

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

Kalite Bağlamında Hasta Katılımı (Bir Alan Araştırması)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cihan UNAL

**Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi**

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ

HAZİRAN – 2018

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ



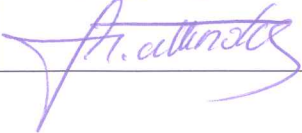
Kalite Bağlamında Hasta Katılımı (Bir Alan Araştırması)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cihan UNAL

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

“Bu tez 20/06/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Mahmut AKSOĞUT	KABUL	
Doç. Dr. Sedat Başta	Kabul	
Doç. Dr. Selma AKTINAR	KABUL	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Cihan UNAL
Öğrenci Numarası	:	1560Y47012
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Kalite Bağlamında Hasta Katılımı (Bir Alan Araştırması)
Benzerlik Oranı	:	%6

ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

...../...../20.....
İmza

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere gsb@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

...../...../20.....
İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Doç Dr. Selma ALTINDİŞ

Tarih:

İmza:

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın konusunun belirlenmesi ve yürütülmesi aşamasında benden desteğini esirgemeyen, akademik bilgi ve deneyimini benimle paylaşan kıymetli danışmanım Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ'e,

Bana bu mesleği öğreten ve sevdiren değerli hocalarım Doç. Dr. Sedat BOSTAN, Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL, Öğr. Görevlisi Aslı KÖSE ÜNAL, Doç. Dr. Taşkın KILIÇ ve Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT'a

Veri toplama sürecinde bana destek olan Emre TÜZÜN, Nida ORDU, Halil AVCI, Gülsüm AKBUĞA ve Yeşim SEZER'e,

Yazım ve istatistik konusunda uzun tartışmalarda ve bilgi paylaşımlarında bulunan ve her konuda destek olan sevgili meslektaşlarım Ramazan ASLAN, Sefa MIZRAK, Gökhan AĞAÇ, Özcan KOÇ, Hakan BOR, Tuba Eda ARPA, Sevil ASLAN, Çiğdem UĞAN, Mustafa AMARAT ve Özgün ÜNAL'a

Her başarılı erkeğin arkasında bir kadın vardır sözünün kanıtı olan güzel eşim Ferhan UNAL'a,

Öğrencilik hayatım boyunca beni türlü zorluklar içerisinde okutan asla vazgeçmeme izin vermeyen babam Kemal UNAL'a ve annem Güldünya UNAL'a, bana her zaman inanan küçük hayranlarım şirin kız kardeşimlerime sonsuz şükranlarımla...

Cihan UNAL

11.06.2018

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET	vii
SUMMARY	viii

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM 1 KALİTE KAVRAMI.....	5
------------------------------------	----------

1.1. Kalite Kavramı	5
---------------------------	---

1.1.1. Hizmet Kalitesi Kavramı	5
--------------------------------------	---

1.1.2. Sağlıkta Hizmet Kalitesinin Önemi	6
--	---

1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri ve Temel Unsurları	7
--	---

1.2.1. Etkenlik.....	8
----------------------	---

1.2.2. Etkililik	8
------------------------	---

1.2.3. Verimlilik	8
-------------------------	---

1.2.4. Optimallik.....	9
------------------------	---

1.2.5. Kabul Edilebilirlik.....	9
---------------------------------	---

1.2.6. Yasallık.....	9
----------------------	---

1.2.7. Hakkaniyet	9
-------------------------	---

1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Temel İlkeleri (Prensipleri)	10
--	----

1.3.1. Liderlik ve Sorumluluk.....	10
------------------------------------	----

1.3.2. Süreç Yönetimi Yaklaşımı	10
---------------------------------------	----

1.3.3. Sürekli Gelişme ve İyileşme.....	11
---	----

1.3.4. Takım Çalışması	11
------------------------------	----

1.3.5. Hasta Merkezli olma	13
----------------------------------	----

BÖLÜM 2 HASTA KATILIMI.....	16
------------------------------------	-----------

2.1. Hasta Katılımı	16
---------------------------	----

2.2. Hasta Katılım Modelleri.....	17
-----------------------------------	----

2.2.1. Paternalistik Model	18
----------------------------------	----

2.2.2. Bilgilendirici Model	19
-----------------------------------	----

2.2.3. Yorumlayıcı Model	20
--------------------------------	----

2.2.4. Müzakereci Model	20
-------------------------------	----

2.2.5. Paylaşılan Karar Verme	21
2.3. Hasta Katılımının Yararları.....	29
2.4. Hasta Katılımının Engelleri ve Zorlukları	31
2.5. Hasta Katılımını Etkileyen Faktörler	32
2.6. Karar Verme Aşamaları	35
2.7. Hasta Katılımının Hasta Hakları İlişkisi, Yasal ve Etik Çerçevesi	35
BÖLÜM 3 GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Aracı.....	38
3.2. Araştırma Evren ve Örnekleme	39
3.3. Araştırma Hipotezleri	40
3.4. Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenirliliği	40
BÖLÜM 4 BULGULAR.....	44
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	44
4.2. Katılımcıların Değerlendirme Formundaki İfadelere Katılım Düzeyleri	47
4.3. Demografik Değişkenlere Göre Farklılıkların İncelenmesi	49
4.4. Değişkenlere İlişkin Korelasyon ve Regresyon Analizleri	58
4.5. Hipotezlerin Değerlendirilmesi	66
BÖLÜM 5 TARTIŞMA SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
KAYNAKÇA.....	73
EKLER	85
ÖZGEÇMİŞ.....	90

KISALTMALAR

PPI	: Hasta ve Toplum Katılımı
IOM	: Institute of Medicine
SPSS	: Statistical Package for Social Science
STD. SAP.	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi



TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : IOM'a göre Sağlık Bakım Kalitesinin Temel Unsurları.....	9
Tablo 2 : Hastaya Odaklı Kalite Müdahalelerinin Çıktıları	14
Tablo 3 : Hasta Merkezli Müdahalelerin Faktörleri.....	15
Tablo 4 : Hasta Hekim İletişim Tipleri	23
Tablo 5 : Karar Verme Modelleri Değerlendirilmesi.....	24
Tablo 6 : Sağlık ve Sağlık Alanındaki Hizmetlere Hasta ve Aile Katılımının Çok Boyutlu Çerçevesi	26
Tablo 7 : Katılım Düzeyini Belirleyen Değişkenler.....	27
Tablo 8 : Mezo / Orta Düzey Hasta ve Toplum Katılımı Merdiveni	28
Tablo 9 : Katılımın Dinamik Boyutları	34
Tablo 10 : Karar Verme Yardım Adımları.....	35
Tablo 11 : Değerlendirme Formunun Geliştirilmesinde Kullanılan Kaynaklar.....	38
Tablo 12 : Çeşitli Evren Büyüklükleri İçin Örneklem Sayıları.....	40
Tablo 13 : Hasta Katılımı ve Hizmet Kalitesi Algısı Değerlendirme Formuna Ait Güvenilirlik ve Geçerlilik Bulguları	42
Tablo 14 : Hasta Katılımı ve Hizmet Kalitesi Algısı Değerlendirme Formunun Geçerlilik Analizi Uyum Ölçütleri.....	43
Tablo 15 : Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Frekansları	45
Tablo 16 : Katılımcıların Hasta Katılımı ve Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin İfadelere Katılma Düzeylerinin Ortalamaları ve Standart Sapmaları	48
Tablo 17 : Katılımcıların Tedaviye Katılım Tercihlerinin Frekansı	49
Tablo 18 : Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenlerine Göre Farklılıkların T Testi ile İncelenmesi	50
Tablo 19 : Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Farklılıkların T Testi ile İncelenmesi	51
Tablo 20 : Meslek Değişkenine Göre Farklılıkların T Testi ile İncelenmesi.....	53
Tablo 21 : Kronik Rahatsızlığa Sahip Olma ve Daha Önce Rahatsızlık Eğitimi Alma Değişkenlerine Göre Farklılıkların T Testi ile İncelenmesi.....	55
Tablo 22 : Son Alınan Tedavi Hizmeti Üzerinden Geçen Süre Değişkenine Göre Farklılıkların Anova Testi İncelenmesi.....	56
Tablo 23 : Katılımcıların Tedavi Hizmetine Katılım Tercihi Değişkenine Göre Farklılıkların Anova İncelenesi.....	57
Tablo 24 : Hasta Katılımı ve Hizmet Kalitesi Algısı Formunun Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon	60
Tablo 25 : Sağlık Farkındalığının Tedaviye Katılıma Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	61
Tablo 26 : Sağlık Farkındalığının Tedaviye Uyuma Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	62
Tablo 27 : Sağlık Farkındalığının Hizmet Kalitesi Algısına Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	62
Tablo 28 : Tedaviye Katılımın Tedaviye Uyuma Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	63
Tablo 29 : Tedaviye Katılımın Hizmet Kalitesi Algısına Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	64

Tablo 30: Tedaviye Uyumun Hizmet Kalitesi Algısına Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	65
Tablo 31: Hasta Katılımının Hizmet Kalitesi Algısına Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	66
Tablo 32: Araştırmanın Hipotezlerinin Değerlendirilmesi	67



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Donabediana Göre Kalitenin Özellikleri.....	8
Şekil 2: Modellerin Hastanın Katılım Gücüne Göre Düzeyleri.....	22



Tezin Başlığı: Kalite Bağlamında Hasta Katılımı (Bir Alan Araştırması)	
Tezin Yazarı: Cihan UNAL	Danışman: Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ
Kabul Tarihi: 20.06.2018	Sayfa Sayısı: viii (ön kısım) + 84 (tez) + 6 (ek)
Anabilimdalı: Sağlık Yönetimi	Bilimdalı: Sağlık Yönetimi
<p>Son yıllarda sağlık hizmeti sağlayıcılarının kaliteli sağlık hizmet sunumunu, bir rekabet aracı olarak kullandığı görülmektedir. Rekabet avantajı sağlamak amacıyla kaliteli sağlık hizmetlerinin ilkelerinden biri olan hasta merkezli olma uygulamalarını benimseyen sunucular, bu uygulamalarda hastaların istek ve beklentilerinin dikkate alma ve karşılama üzerine yoğunlaşmışlardır. Hasta merkezli uygulamaların etkili şekillerinden biri olarak öne çıkan hasta katılımı, hasta ve ailelerinin istek, beklenti ve fikirlerinin kendi bakımlarının planlanması, geliştirilmesi ve izlenmesine ilişkin karar alımlarında yer almalarını sağlamaktır. Özellikle sunulan tedavi ve bakım süreçlerine ilişkin istenen kalite algısının gelişmesinde hastaların sürece aktif katılımı önemlidir. Çünkü hasta ve ailelerinin kendi tedavi süreçlerine katılımında bulunması onların memnuniyetlerini artıracak ve aldıkları hizmet kalitesi algısını pozitif etkileyeceği düşünülmektedir.</p> <p>Bu bağlamda bu tezde daha önce sağlık hizmeti almış olan bireylerin tedavilerine katılım göstermelerinin hizmet kalitesi algılarına etkisinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Gümüşhane il merkezinde daha önce tedavi hizmeti almış olan 443 birey üzerinde anket çalışması yürütülmüştür. Çalışmada ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hasta katılımı ve hizmet kalitesi algısını belirlemek üzere geliştirilen değerlendirme formu kullanılmıştır. Nicel verilerin analizi, frekans analizi, fark analizi, korelasyon analizi ve regresyon analizi yapılarak değerlendirilmiştir.</p> <p>Araştırmanın sonuçlarına göre değerlendirme formunun alt boyutlarından hasta katılımı ve hizmet kalitesi algısı boyutu arasında anlamlı ve orta ($r=0,56$) düzeyde bir ilişki bulunurken diğer boyutlar arasında anlamlı ve düşük düzeyde ilişkiler bulunmuştur. Bu durumda da hastaların tedavilerine katılım düzeylerinin hizmet kalitesi algısı üzerinde orta düzeyde etkisinin olduğu söylenebilir.</p>	
Anahtar Kelimeler: Hasta Katılımı, Tedaviye Katılım, Hizmet Kalitesi.	

Title of the Thesis: Patient Participation in Quality Context (A Field Study)	
Author: Cihan UNAL	Supervisor: Assoc. Dr. Selma ALTINDIŞ
Date: 20.06.2018	Nu. of pages: viii (pre text)+ 84 (main body)+ 6 (App.)
Department: Health Management	Subfield: Health Management
<p>In recent years, healthcare providers seem to use quality health care delivery as a competitive tool. In adopting patient-centered practices, one of the principles of quality health services in order to provide competitive advantage, the presenters have focused on the consideration and acceptance of patients' wishes and expectations. Patient participation, one of the most effective forms of patient-centered practices, is to ensure that patients and their families are involved in decision-making about planning, developing and monitoring their own care, expectations and ideas. Particularly in the development of the desired quality perception regarding the treatment and care processes offered, the active involvement of patients in the process is important. Because patients and their families participate in their own treatment processes, they are expected to increase their satisfaction and positively affect the perceived quality of service.</p> <p>In this context, in this thesis, it is aimed to measure the effect of participation in treatment of individuals who have received health care services to perceptions of service quality. For this purpose, a survey was conducted on 443 individuals who received treatment services in Gumushane province center within the last two years. In the study, the related literature was searched and the evaluation form developed by the researcher to determine patient participation and service quality perception was used. Analysis of quantitative data, frequency analysis, difference analysis, correlation analysis and regression analysis were evaluated.</p> <p>According to the results of the study, significant and moderate ($r=0.56$) relationship was found between the subscales of the evaluation form and patient dimension and service quality perception dimension, but there were significant and low correlations between the other dimensions. In this case, it can be said that the level of participation of the patients in the treatment is moderate effect on the service quality perception.</p>	
Keywords: Patient Participation, Treatment Participation, Service Quality.	

GİRİŞ

Çalışmanın Konusu

Son yıllarda ülkemizde sağlık sektöründe rekabetin arttığı görülmektedir. Özellikle politikalarda yapılan değişikliklerle hastaların kamu kuruluşlarının yanında diğer özel sağlık kuruluşlarından da sağlık hizmeti almasının yolu açılmıştır. Artan rekabet nedeniyle kurumlar arasında rekabet avantajı sağlamak için bazı yöntemler dikkate alınmaya başlanmıştır. Bu yöntemlerden biride kalite uygulamalarıdır. Bireyler artık eğitim, yönetim, iletişim, politika, sağlık ve daha farklı alanlarda aldıkları bütün mal ve hizmetlerin kalitesini değerlendirmekte ve geçen zaman içerisinde bu mal ve hizmetlerinin kalitesinin gelişmesini istemektedir (Öztürk, 2009: 5).

Rekabetin yoğunlaşmasının yanı sıra geçtiğimiz yüzyıl, insan hakları konusunda da önemli gelişmeler görülmüştür. Bu gelişmeler, sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta ile hekim ve diğer sağlık çalışanları arasındaki ilişkilere de yansımıştır. Bu değişimlerle birlikte hastayı memnun edecek bir hasta sağlık personeli ilişkisi beklentisi gelişmiştir. Beklentilerin karşılanmasını gerektiren kalite uygulamalarının odağı hasta memnuniyeti kavramı, hizmetlerin üretiminde önemli bir paydaş olan hastaların çıktıları değerlendirmesini gerekli kılmaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin tüketicisi konumunda olan hastaların sağlık hizmetlerinin çıktısını değerlendirmesi, bir karşılaştırma ve ölçme aracı olarak kabul edilmektedir.

Hizmet sağlayıcıları için sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırarak hasta tatminini sağlamanın ve bunun sonucunda hastalarının benzer rahatsızlıklarında tekrar hizmet sağlayıcı olarak kendilerini tercih etmelerinin veya çevrelerine tavsiye etmelerinin önem taşıdığı açıktır (Dursun ve Çerçi, 2004: 1-2). Bu bakımdan sağlık hizmeti arzını gerçekleştiren kuruluşlar açısından bakıldığında hasta merkezli olmak kaliteli hizmet sunumunun anahtar unsurları arasındadır. Hastaların tercih, beklenti ve değerlerinin alınan tedavi hizmetine veya bakım hizmetine yansıtılması hasta merkezli uygulamaların temelini oluşturur. Hasta merkezli bakım ve uygulamalar, en iyi sonuca ulaşmak üzere bakımlarının planlanması, geliştirilmesi ve izlenmesinde hastaların ve ailelerinin aktif katılımlarını sağlamayı gerektirir.

Literatürde hasta merkezli uygulamaların etkili yollarından birisi olarak hasta ve toplum katılımı (PPI) karşımıza çıkmaktadır. PPI hasta ve toplumun yönetim anlamındaki katılımları ile tedavi ve bakım kararlarına direk katılım olarak görülmektedir. Hasta ve toplum katılımının sağlık sistemlerini, sağlık hizmeti sunucularını ve hastaların kendi sağlık düzeylerini iyileştirdiği düşünülmektedir. Bu uygulama batı ekonomilerinin sağlık hizmetlerinin sağlanması ve organizasyonlarının merkezinde yer almaktadır (Wait ve Nolte, 2006: 149 ; Church ve diğerleri 2016: 12). PPI kavram olarak bakıldığında “karar verme aşamasında hastanın kendisi hakkında, hasta adına veya hastanın yerine anlayışının karşıtı olarak hasta ile beraber hastanın vasıtasıyla karar vermek olarak” tanımlanır.

Katılım sağlama yoluyla karar almanın temel ilkesi, hasta ve hekim arasında tedavi seçenekleri ve hastaların tercihleri üzerine bilgi alışverişinin bulunması yani karar verme aşamasının müzakeresidir. Sağlık bakımına katılıma örnek olarak hastaların sağlık hizmetlerinin alımı sırasında doğru tanıyı ve kendilerine uygun tedaviyi almaları, tercih ve isteklerinin bu sürece yansması ayrıca tedavinin doğru bir şekilde yapılıp yapılmadığını kontrol etmesi verilebilir.

Sağlık hizmeti sağlayıcılarının müşterisi konumunda bulunan hastaların katılımında bulunmasının aldıkları sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmede güçlü bir etken olduğu düşünülmektedir. Hastaların kendileri için tedavi ve bakım planlarında alınacak kararlara katılım sağlamalarının sonucunda hem daha etkili bir sağlık hizmeti alacağı hem de tasarlanan bakım ve tedavi planına uyma, yetenek ve isteklerini arttırılacağı dolayısıyla tedavide başarı sağlanacağı öngörülmektedir. Tedavideki başarının da sağlık hizmetlerine ilişkin hasta ve yakınlarının pozitif bir kalite algısına erişmelerine neden olacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın İçeriği

Bu çalışma giriş, kaynakça ve ekler hariç beş bölümden oluşmaktadır. Beş bölüm “Kalite ve hizmet kalitesi kavramı”, “Hasta Katılımı”, “Gereç ve Yöntem”, “Bulgular” ve “Tartışma Sonuç ve Öneriler” başlıklarını taşımaktadırlar.

Birinci bölümde kalite ve hizmet kalitesi kavramlarının tanımı, sağlık hizmetlerinde kalitenin özellikleri ve temel unsurlarından son olarak ise sağlık hizmetlerinde kalitenin

temel ilkeleri (prensipleri) bahsedilmiştir. İkinci bölümde hasta katılımı kavramı açıklanmıştır. Hastaların hasta katılım modelleri sıralanıp açıklanmış, hasta katılımının yararları, hasta katılımının engelleri ve zorluklarına değinilmiştir. Son olarak hasta katılımını etkileyen faktörler ve karar verme aşamalarından bahsedilmiştir. Üçüncü bölümde ise araştırmanın yöntemi ve veri toplama aracı, araştırma evren ve örnekleme sonrasında araştırmanın hipotezlerine yer verilmiştir. Dördüncü bölümde araştırmanın verilerinin analiz sonuçlarına ve bu sonuçların değerlendirilmesine değinilmiştir. Beşinci ve son bölümde ise araştırmanın sonucuna ve bu sonuçlar gözetilerek tartışma ve öneriler verilmiştir.

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırma Gümüşhane İl merkezinde yaşayan bireylerin tedavi hizmetlerine katılım düzeylerini ölçmek ve katılım düzeyi ile hizmet kalitesi algısı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

İlgili literatür incelendiğinde sağlık hizmetlerinin kullanıcısı olarak hastalara sağlık hizmetlerinin merkezinde tutma ve hasta odaklı müdahalelerin önemine vurgu yapan çalışmalar bulunurken hastaların kendi tedavi süreçlerine katılım düzeylerinin ölçülmesi ve bu katılım düzeyleri ile hastaların hizmet kalitesi algılarının ilişkisine yönelik çalışmaların sınırlı olmasından ötürü literatüre katkı sağlayacağı düşünülmekte ve bu açıdan çalışma önem arz etmektedir.

Araştırmanın Yöntemi ve Kısıtları

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilmiş değerlendirme formu kullanılmıştır. Yöntem olarak kolayda örnekleme yöntemi seçilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılacak olan form 30 kişilik bir gruba uygulanıp anlaşılmayan veya yeteri kadar açık olmayan soruları işaretlemeleri istenmiş ve alınan geri bildirimler ışığında uzman görüşlerine başvurularak değerlendirme formu yeniden düzenlenmiştir.

Kullanılan değerlendirme formunun temelde 4 bileşeni olup bunlar sağlık farkındalığı, tedaviye katılım, tedavi önerisine uyum ve hizmet kalitesi algısı olarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcılardan sorulara beşli likert tipte ölçeklendirme olan ifadelere ‘Hiç Katılmıyorum’ (1), ‘‘Katılmıyorum’’ (2), ‘‘Kararsızım’’ (3), ‘‘Katılıyorum’’ (4) ve ‘‘Tamamen Katılıyorum’’ (5) şeklinde cevap

vermeleri istenmiştir. Bu süreçte, toplam 460 adet anket toplanmış eksik doldurulan veya geçersiz ve çelişkili doldurulan anketler elendikten sonra 443 geçerli anket formu elde edilmiştir. Elde edilen anket formları SPSS Statics 21 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bu araştırma sadece Gümüşhane ili merkezinde daha önce herhangi bir sağlık kuruluşundan hizmet almış olan 433 bireyle sınırlıdır. Bireylere araştırmanın amacı belirtildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler arasından daha önce herhangi bir sağlık kuruluşundan sağlık hizmeti almış olanlara değerlendirme formu sunularak doldurmaları istenmiştir. Çalışma zaman ve bütçe kısıtlarından ötürü sadece Gümüşhane il merkezinde yapılmıştır. Çalışma için gerekli etik izin, Gümüşhane Üniversitesi Etik Kurulundan alınmıştır.

BÖLÜM 1 KALİTE KAVRAMI

1.1. Kalite Kavramı

Günümüzde tüm bireyler eğitimde, yönetimde, iletişimde, politikada, sağlıkta ve daha birçok alanda satın aldığı her mal ve hizmetin kalitesini sorgulamakta ve bununla beraber aldığı mal ve hizmetlerin kalitesinin giderek arttırılmasını istemektedir. İnsan hayatının artık her alanında yer alan kalite kavramının tanımı bu yüzden önemlidir (Öztürk, 2009: 5).

Kalite kavramı Latince “qualitas” kelimesinden türetilmiştir. Bu kelime ilk kez “mahiyet” veya “nitelik” anlamlarında eski yunan yazarlar tarafından kullanılmıştır. Birçok yazar kaliteyi tam olarak tanımlamanın zor olduğunu ileri sürmektedirler (Halis, 2010: 16). İnsanlık tarihi boyunca ele alınmış ve kapsam olarak geniş bir kavram olduğu için kalite kavramında ortak bir tanımlamaya varılamamıştır. Türk dil kurumuna göre bir malın bir ürünün bilinen en iyi özellikleri bünyesinde taşıması durumu olarak tanımlanan kalite (www.tdk.gov.tr, 2017), bakış açısına ve bağlama göre farklılık göstermektedir (Deniz, 2016: 11). Bir başka tanımlamaya göre kalite; bir ürün veya hizmetin müşteri isteklerini karşılayabilmesi, müşteriye tatmin edebilmesidir. Genel olarak ise bir mükemmellik derecesi, kullanım şartlarına uygunluk ve ihtiyaçları karşılayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Efil, 2010: 155).

Kalite anlayışı tüketicilerin karakter özelliklerine, ekonomik durumuna ve bulunduğu sosyal konuma göre değişiklik gösterebilir. Kültür ve din yapısı, sosyal ve ekonomik çevre faktörleri, farklılaşan ihtiyaçlar ve beklentiler, teknoloji, gelenekler, eğitim, toplumsal yargılar gibi faktörler kalite algısını doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir (Bucak, 2011: 17).

1.1.1. Hizmet Kalitesi Kavramı

Hizmet kalitesinin temelde tüketicisinin memnuniyeti ile ifade edildiği bilinmektedir (Chakravarty, 2011: 221). Ya da bir başka deyiş ile tüketicinin tatmin olma düzeyi ile açıklanır (Aksoy, 2005: 93).

Hizmetlerin soyutluk, heterojenlik ve değişkenlik, üretildiği anda tüketilmesi, dayanıksızlık gibi temel özellikleri üretimlerini, satışlarını ve talep tarafının kalite algısını ve tatmin olma düzeyini önemli düzeyde etkilemektedir. Ayrıca soyut oluşu, hizmeti

almadan önce müşterilerin alacakları hizmeti değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır (Devebakan ve Aksaraylı, 2003: 40).

Hizmet kalitesi, hizmetin nasıl algılandığına bağlı olarak değerlendirilmektedir. Hizmet kalitesi algısı bir ürünün yada hizmetin üstünlüğü veya global mükemmellik konusunda tüketicisinin görüşünü yansıtır (Robledo, 2001: 23).

Ghobadian ve arkadaşlarına göre ise algılanan "Algılanan kalite", müşterinin hizmetin kalitesine yönelik hissidir ve müşteri memnuniyetinin derecesini belirler. Ghobadian ve arkadaşları, müşteri tarafından algılanabilecek üç olası kalite sonucu olduğunu iddia etmişlerdir. Bunlar (Ghobadian, Speller ve Jones, 1994: 50).

- I. Tatmin edici kalite; müşterilerin beklentilerinin tam olarak yerine getirildiğinde,
- II. İdeal kalite; algılanan kalitenin müşteri beklentilerinden yüksek olduğunda,
- III. Kabul edilemez kalite; algılanan kalitenin müşterinin beklentilerinden düşük olduğunda müşterilerin algıladıkları hizmet kalitesi sonuçlarıdır.

1.1.2. Sağlıkta Hizmet Kalitesinin Önemi

Günümüzde toplumun gereksinimlerinin değişmesi örgütlerin ürettikleri hizmetin ya da bütün olarak örgütlerin kendilerinin değişmesini gerektirebilir. Sağlık işletmeleri de bu değişimden etkilenen işletmeler arasındadır ve bu değişime ayak uydurabilmenin yanında rekabet avantajını da yakalamalarında etkili olan en önemli unsur olarak ürettikleri hizmetin kalitesi başta gelmektedir (Aslantekin ve diğerleri, 2007: 57).

Literatürde hasta bireylerin aldıkları sağlık hizmetlerinde kalitenin önemini gösteren ve kaliteli sağlık hizmetlerinin bireylerin kalite algıları, davranışları ve aldıkları hizmetten memnuniyet düzeylerine etkisini ortaya koyan araştırmalar vardır. Örneğin Dagger ve Sweeney (2007)'in yaptıkları araştırmaya göre sağlık hizmeti kalitesinin hizmet memnuniyeti ve davranış niyetleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ve hizmet kalitesinin boyutlar ve niyetler arasındaki ilişkiye aracılık ettiği sonucuna ulaşmışlardır (Dagger, Sweeney ve Johnson, 2007: 123).

Dursun ve Çerçi (2004)'in yaptıkları araştırmada algılanan sağlık hizmeti kalitesi, hasta tatmini ve davranışsal niyet arasında anlamlı ilişkilerin bulunduğu ve hizmet kalitesinin hasta tatmini ve davranışsal niyeti etkileyen en önemli değişken olduğu bulgularına ulaşmışlardır (Dursun ve Çerçi, 2004: 8-9). Ayrıca başka bir çalışmada sağlık hizmetine

ilişkin kalite algısının bireylerin aldıkları sağlık hizmetini çevresine önermesini ve aynı sağlık kuruluşunu tekrar tercih etmesini de etkileyeceği belirtilmektedir (Deniz, 2016: 51).

Kalite uygulamalarının hasta güvenliği gibi son derece önemli bir boyutu da vardır. Dünyada her yıl binlerce kişi hastane enfeksiyonu ve yanlış ilaç uygulamalarından hayatını kaybetmektedir. Hasta güvenliği ihlalleri, gerek dünya da gerekse de ülkemizde görülmektedir. Örneğin yapılan tıbbi tahlil sonuçlarının doğruluğuna ilişkin bazı sorunlar görülebilmekte buna bağlı olarak yani yanlış tahlil sonuçları temel alınarak yanlış tedaviler yapılabilmektedir(www.nilgunsarp.com, 2017).

Dolayısıyla tıbbi hataların azaltılarak maksimum hasta güvenliği sağlamakla elde edilecek kaliteli sağlık hizmetinin hem kurumlar açısından tekrar tercih edilebilirlik ve müşterilerinin memnuniyetini sağlaması, hem de bireyler açısından yanlış uygulamalara ve maruz kalma, enfeksiyon ve hatalı ilaç kullanımı gibi bir takım risklerinin azaltılması açısından önem taşıdığını söyleyebiliriz.

1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri ve Temel Unsurları

Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetleri bilimi ve teknolojisi ile bu bilim ve teknolojinin uygulanmasının ürünü olarak düşünülebilir. Bu ürün etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve hakkaniyeti içeren çeşitli özelliklerle nitelendirilebilir. Ayrıca tek tek veya çeşitli kombinasyonlarıyla alındıklarında, bunlar kalitenin bir tanımını oluşturur (Kaya, 2013: 5).



Şekil 1: Donabedian'a Göre Kalitenin Özellikleri

Kaynak: Kaya, 2013, s.5

1.2.1. Etkenlik

Etkenlik, mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade etmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 461).

1.2.2. Etkililik

Etkililik bir örgütün veya bir sistemin istenilen sonuçlara ulaşabilme derecesi ve düzeyi olarak ifade edilen bir kavramdır (Yükçü ve Atağan, 2009: 2). Sağlık sektörü açısından ulaşılabilir olan iyileştirmelere ulaşma derecesi olarak yorumlanabilir(Kaya, 2013: 5).

1.2.3. Verimlilik

Verimlilik kavramı ise genel anlamda bir örgütün veya işletmenin kaynaklarını mal ve hizmet üretiminde ne kadar iyi kullandığını ifade etmektedir. Kısaca verimlilik kavramı üretilen mal veya hizmet ile bu mal veya hizmetin üretimi için harcanan kaynaklar arasındaki orantısal ilişkiyi gösterir (Arslan, 2002: 3). Hizmet veya malın maliyetini azaltma yeteneğidir (Kaya, 2013: 6).

1.2.4. Optimallik

“Optimallik (optimality), sağlıktaki iyileştirmeleri, bu iyileştirmelerin maliyeti ile dengelemektir. Bu tanım, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ve faydaları arasında “en iyi” ya da “optimum” bir nokta bulunduğu anlamına gelir” (Kaya, 2013: 7).

1.2.5. Kabul Edilebilirlik

Kabul edilebilirlik kavramı hastaların ve ailelerinin beklentilerine ve isteklerine sağlık hizmeti sunucularının sundukları hizmetin uygunluğudur.

1.2.6. Yasallık

Verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 463). Toplum tarafından benimsenen değerler, normlar ve uygulamada olan yasalar ve düzenlemelere uygunluktur (Kaya, 2013: 9).

1.2.7. Hakkaniyet

Hakkaniyet ise sağlık hizmetlerinin sağlık hizmetinden yararlanacak olan üyeler arasında dağıtımının doğru ve adil olarak yapılması olarak tanımlanır. (Kaya, 2013: 9).

Sağlık bakım kalitesinde temel unsurlarına baktığımızda ise Institute of Medicine tarafından öne sürölmüş unsurlar karşımıza çıkar. IOM’a göre sağlık bakım kalitesinin 6 temel unsuru (Tablo 1) bulunmaktadır. Bu altı temel unsorda güvenirlilik hastaların bakımları sırasındaki güvenliğini, etkili, zamanında, verimli ve adil bakım sağlık hizmetlerinin gerekliliği durumunda ve hem hizmeti sunan hem de alan için zamanında israftan kaçınarak her insan için sunulmasını ifade etmektedir. Son olarak hasta merkezli olmayı sağlık bakımında ise hastaların hizmetten yararlanma sırasında hizmetin her aşamasında gözetilmesi ve yansıtılmasını ifade etmektedir.

Tablo 1

IOM’a göre Sağlık Bakım Kalitesinin Temel Unsurları

Güvenilir	Hastaların ihtiyacı olan bakım hizmetini verirken yaralanmalarının önlenmesi
Etkili	Sağlık hizmetlerinin bilimsel temellere dayalı olarak faydalanabilecek olanlara sunulması ve faydası olmayacak olanlara sunumunun önlenmesi
Zamanında	Bakım veren ve bakım alan tarafın bekleme ve zararlı sonuç doğurabilecek ertelemelerinin azaltılması
Verimli	Ekipman, araç-gereç, fikir ve enerji israflarından kaçınılması
Adil	Bakım kalitesinin cinsiyet, etnik köken, coğrafi konum ve sosyo-ekonomik durum gibi kişisel farklılıklara göre değişiklik göstermemesi
Hasta Merkezli	Sunulan hizmetlerde hastaların bireysel tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olunması ve hastanın değerlerinin bütün klinik kararlarda olmasının sağlanması

Kaynak: Instute of Medicine (IOM), 2007, s.20

1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Temel İlkeleri (Prensipleri)

Literatürde kalitenin temel ilkeleri ile toplam kalite yönetiminin temel ilkelerinin benzerlik gösterdiği veya kalitenin temel ilkeleri ile toplam kalite yönetiminin temel ilkelerinin birbirlerinin yerine kullanıldığı görülmüştür. Kalitenin veya kalite yönetimlerinin temel ilkeleri aşağıdaki gibidir;

1.3.1. Liderlik ve Sorumluluk

Liderlik ile ilgili yapılmış olan tanımlamalar liderliğin farklı yönlerini ele almıştır. Bazen bir tür davranış, kişilik özelliği olarak tanımlanırken bazen de bir makam ya da yetkinin niteliği olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlamaların ortak noktası ise liderliği bir etkileme sanatı veya etkileme gücü olarak tanımlamalarıdır. Liderlik bir davranış biçimi olarak karşımıza çıkarken lider bu davranışı sergileyen kişidir (Yatkın, 2003: 30).

Bir örgütte lider örgütün amaçlarını belirleyen ve örgütteki üyelerinin faaliyetlerini etkileyen kişidir (Arslantaş ve Dursun, 2008:112). Liderler kuruluşun amaç ve yönetim birliğini sağlarlar. Kalite yönetiminde lider yöneticilik yaptığı alanda insanları yargılamak yerine onlara yol göstermek, önderlik yapmak ve kendilerini geliştirmelerine yardımcı olmak gibi bir misyona sahiptir (Peşkircioğlu, 1999: 64).

Liderler kurum içerisindeki sorumluluklarının bilincinde olup kalite yönetimini öncelikle kendisi benimser ve sıkı şekilde uygulamaları takip ederler. Kalite yönetiminin gerekliliklerinin tüm kurum içerisine yayılması ve benimsenmesinde öncü rol üstlenirler. Sadece kontrol etmekle yetinmeyip uygulamalara ve değişimlere liderlik ederler (Halis, 2010: 110).

1.3.2. Süreç Yönetimi Yaklaşımı

Bu yaklaşımın ana noktası; bir ürün veya hizmetin kalitesinin belirlenmesinde etkili olan faaliyetlerin yine o ürün veya hizmetin üretim aşamasında yapılan faaliyetler olmasıdır. Yapılan faaliyetlerin kalitesi yükseldikçe veya düştükçe ürün veya hizmetin de kalitesi paralel olarak yükselmekte veya azalmaktadır. Sağlık kurumları açısından düşünüldüğü zaman, sağlık kuruluşlarında birimler ve bölümler arasında yoğun olarak işlevsel bağımlılığın olması bir hizmetin üretimi için birden fazla birim veya bölümün eş zamanlı ve koordine olarak faaliyet gerçekleştirmesi ile mümkün olmaktadır. Dolayısıyla sağlık

kurumları açısından yoğun olan bu bağlantıların karşılıklı olarak işbirliği içinde yürütülmesi kaliteli hizmet sunabilmeleri için kilit rol oynamaktadır (Keskin, 2010: 15).

Süreç yönetimi yaklaşımında temel amaç süreç sırasındaki hataların ortadan kaldırılması ve sıfır hataya ulaşmaktır. Bu anlayış doğrultusunda süreç geliştirme kapsamında süreçlerin sürekli kontrol edilmesi, tanımlanması, değişkenlerin ölçülmesi ve gerektiğinde düzeltici işlemlerin yapılması gibi faaliyetler yürütülür. Bunun sonucunda anlayış sonuç odaklı olmaktan çıkıp süreç odaklı olarak sisteme hâkim olur ve üretimde sıfır hatalı olmak mümkün olur (Çetin: 2002).

1.3.3. Sürekli Gelişme ve İyileşme

Ana amaçlarının arasında iç ve dış müşterilerinin tatmini olan kalite yönetimi anlayışlarının temellerinde kendini sürekli olarak geliştirmek yatmaktadır. Üretim ve hizmet sisteminin sürekli olarak geliştirilmesi ise kaliteyi arttırmanın ve maliyetleri düşürmenin anahtarı olarak görülmektedir (Halis, 2000: 120).

Bu ilkenin en önemli aktörlerinden olan çalışanlara sürekli gelişme ve iyileşmeyi orta ve alt kademedeki yöneticiler aracılığıyla aktarmanın yerine “bir işi en iyi o işi yapan bilir” anlayışıyla “tabana yayarak” vermek daha etkili bir yoldur (Şimşek, 2010: 47). Devamlı yeni buluş ve uygulamalar peşinde koşan bir örgüt sonuç olarak hem çalışanlarını hem de yöneticilerini yenilikçi üretken faaliyetlerde yer almaya teşvik etmiş olur (Halis, 2000: 120).

Toplam kalite yönetimi anlayışında da yer alan “kaizen” yani sürekli geliştirme anlayışına göre işletmelerde yapılacak olan küçük nitel değişiklikler ve iyileştirmeler uzun vadede köklü ve nitel değişiklikleri beraberlerinde getireceklerdir. Bu küçük değişiklikler ürün ve hizmetler üzerinde yapılacak olan büyük ve riskli değişim ve reformlara tercih edilmelidir (Şimşek, 2010: 47).

1.3.4. Takım Çalışması

Toplam kalite yönetimi anlayışının ilkelerinden biri olan bu ilke, geleneksel organizasyonların veya klasik anlayışın aksine çalışanların birbirlerine rakip olmasının değil ekip olarak değerlendirilmesinin gerekliliği üzerinde durmaktadır (Peşkirioğlu, 1999: 60).

Yani geleneksel bürokratik organizasyonel modelden yüksek performans organizasyonel modele geçiş yapılarak ekip çalışmasının en yoğun ve en etkili örgütlenme şekline geçiş yapılmalıdır. Bu ekipler “kendi kendini yöneten ekipler” veya “yüksek performans ekipleri” olarak adlandırılmaktadır (Peşkircioğlu, 1999: 62).

Yüksek performans ekiplerinin öne çıkan özellikleri şu şekildedir (Turan, 1999: 10);

- ✓ Ortak hedefler ve Misyon
- ✓ Güven ve Açıklık Ortamı
- ✓ Açık Yüreklilik ve Dürüst İletişim
- ✓ Ait Olma Duygusu
- ✓ Farklılıklara Saygı
- ✓ Sürekli Öğrenme/Gelişme
- ✓ Değerlendirme ve Kendini Düzeltme Olanakları
- ✓ Uzlaşmalı Karar Alma
- ✓ Katılımcı Liderlik

Oluşturulan yüksek performans ekiplerinin aynı zamanda takım ruhunun özelliklerine sahip olması gerekir Bucak’a göre takım ruhunun dört özelliği şunlardır (Bucak,2011: 67)

- ✓ Bilinçli olmak
- ✓ Katılımcı Olmak
- ✓ Benimseyici olmak
- ✓ Üstlenici olmak.

Oluşturulan takımlarda takım üyelerinin takım ruhuna hizmet eden bu özellikleri taşıması yapılan işin daha etkili yapılmasını sağlayacaktır. Böylece takım üyeleri kalite çabalarının anlamını ve kuruluşun nereye doğru gittiğini bilip, kuruluştaki değişimlerin bilincinde olurlar. Bu bilince sahip olan takım üyeleri çevresindeki uğraşların bir parçası olmaya çalışır ve kendi fikirlerinin yansıdığı değişimlere katılımları sonucu bu uğraşları benimserler. Sonunda işler bir yöneticiye gerek duymaksızın yapılmaya ve ilerlemeye başlar (Bucak,2011: 67-71).

1.3.5. Hasta Merkezli olma

Müşterilerin şundaki beklentileri kadar gelecekte ortaya çıkacak olan beklenti ve ihtiyaçlarını tespit edip bunları karşılayabilmek ve dolayısıyla müşteri memnuniyetini sağlayabilmek anlamına gelmektedir. Özellikle toplam kalite yaklaşımında yönetici, personel ve sistem birbiriyle yakın etkileşim içerisinde odak noktalarına müşteri tatminini koyarlar. Müşteri odaklı olmaktan kasıt sadece dış müşteriler değildir iç müşterilerin tatmini de önemlidir ve iç müşterilerin tatmini diğer müşterilerinde tatminini etkileyecektir (Yatkın, 2003: 27).

Hasta merkezli bakım hastaların, sağlık hizmetlerinin, sosyal hizmetlerin ve bakımlarının planlanması, geliştirilmesi ve izlenmesinde kişileri eşit olarak düşünmenin bir yoludur. Bu insanları ve ailelerini kendilerine ilişkin tedavi bakım kararlarının merkezine koyup onların sağlık profesyonelleriyle birlikte en iyi sonuca ulaşmak üzere birlikte çalışması demektir (healthinnovationnetwork.com, 2017). Hastaları bakımlarındaki kararlarda bilgilendirmenin önemi ve tedavi kararlarında hastanın tercihlerinin kritik rolü etrafında bir görüş birliği vardır (Sepucha ve diğerleri, 2008: 504).

Hasta merkezli bakımda uygulayıcılar, hastalarını daha çok dinlerler ve sürdürülebilir ilişkiler kurmaya çalışırlar. Bu, sağlık bakımının temelini oluşturur ve hem hastalar hem de doktorların memnuniyeti açısından büyük önem taşır. Muayene görüşmesi sırasında hasta-doktor ilişkisinin doğasının önemli bir belirleyicisi, "doktor merkezli" veya "hasta merkezli" olacağı doktorun klinik uygulama tarzıdır. Doktor merkezli model, doktorun egemen olduğu ve hastanın çıkarına olduğuna inandığı kararlar verir; hasta merkezli model ise hastaların katılımını ve karşılıklı bir ilişki kurmaya teşvik eden çok daha az bir doktor kontrol modelidir (Stewart ve diğerleri, 2005: 1). Kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumu ise hasta merkezli olabilmeyi gerektirmektedir.

Sağlık hizmetlerinde gerçekten hasta merkezli olabilmek için, hastalara hizmet planlaması veya değerlendirmeye dâhil edilmek suretiyle organizasyon ve hizmet sunumunu etkilemek için fırsatlar sağlanmalıdır (Sofaer ve Firminger, 2005: 555).

Ayrıca hasta odaklı müdahaleler beraberinde pek çok yararı getirmektedir. Bu müdahaleler, uygun, etkili, güvenli ve duyarlı sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde sunmak için hastaları desteklemektedir. Böyle bir desteğin sonucunda hastalar kendilerinin ve ailelerinin bakımlarına katılmaya teşvik edilebilir veya sağlık hizmetlerinin cevap verme

yeteneğini arttırmak için bireylerin yanı sıra toplum da kararlara dâhil edilmeye çalışılabilir. Aşağıda (tablo 2) hasta odaklı kalite müdahalelerinin çıktılarını göstermektedir (Coulter ve Ellins, 2007: 24).

Tablo 2
Hastaya Odaklı Kalite Müdahalelerinin Çıktıları

Çıktılar	Uygulama Örnekleri
Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmek	✓ Basılı broşürler ve sağlık bilgi paketlerinin sağlanması
	✓ Bilgisayar destekli sağlık bilgisi verilmesi
	✓ Dezavantajlı gruplarda düşük sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile mücadele için hedeflenen yaklaşımlar.
	✓ Hedeflenen kitle iletişim araçları kampanyaları.
Klinik karar vermeyi iyileştirmek	✓ Hastaya karar vermesinde yardımcı olmak
	✓ Klinisyenlere iletişim becerilerinin geliştirilmesi için eğitim vermek
	✓ Hastaları soru sorma konusunda cesaretlendirmek ve koçluk yapmak
Öz Bakım Geliştirmek	✓ Öz yönetim eğitimi
	✓ Kendi durumunu takip etme ve tedavisini yönetme
	✓ Kendi kendine yardım grupları ve akran desteği
	✓ Hastanın kişisel tıbbi bilgilere erişimi
	✓ Hasta merkezli uzaktan eğitim
Hasta Güvenliğini Arttırmak	✓ Güvenilir hizmet sağlayıcıları seçmenize yardımcı olacak bilgiler
	✓ Enfeksiyon kontrolünde hasta katılımı.
	✓ Tedavi rejimine uymaya teşvik etmek.
	✓ Kayıtları ve bakım süreçlerini kontrol etme.
	✓ İlaç yan etkilerinin hasta tarafından raporlanması.

Kaynak: Angela Coulter ve Ellins, 2007, s.24

Coulter ve Ellins'e göre hasta merkezli müdahaleler sağlık hizmeti sağlayıcılar için yol gösterici niteliktedirler. Bu müdahalelerin hangi faktörler altında ölçümlenebileceği aşağıdaki tabloda verilmiştir (Coulter ve Ellins, 2006: 12).

Tablo 3
Hasta Merkezli Müdahalelerin Faktörleri

Faktörler	Faktör Özellikleri
Hastaların Bilgisi	✓ Durum ve uzun vadeli komplikasyonların bilgisi.
	✓ Öz bakım bilgisi
	✓ Tedavi seçenekleri ve muhtemel sonuçların bilgisi
	✓ Bilginin kavranması
	✓ Bilgiyi hatırlama
Hastaların Deneyimi	✓ Hastaların memnuniyeti
	✓ Doktor-hasta iletişimi
	✓ Yaşam kalitesi
	✓ Psikolojik sağlık
	✓ Öz yeterlik
	✓ Hastaların katılımı ve güçlendirilmesi
Hizmetlerin Kullanımı ve Maliyetleri	✓ Hastane kabul ücreti oranları
	✓ Acil servis kabul ücreti oranları
	✓ Hastanede kalış süresi
	✓ Pratisyen hekimlere yapılan ziyaret sayısı
	✓ Maliyet etkinliği
	✓ Hastalara maliyet
	✓ İş veya okuldan uzak kalınan gün sayısı
Sağlık Davranışı ve Sağlık Durumu	✓ Sağlıkla ilgili yaşam biçimleri
	✓ Öz bakım aktiviteleri
	✓ Tedaviye uyum
	✓ Hastalığın şiddeti veya semptomları
	✓ Fiziksel işlevsellik
	✓ Zihinsel işlevsellik
	✓ Klinik göstergeler

Tabloya bakıldığında hasta merkezli müdahalelerin ölçümlenebileceği beş faktör görülmektedir. Bu müdahalelerde hastaların öz bakım, komplikasyon bilgisi ve bilgiyi anlama kavrama gibi yeterlilikleri, deneyim boyutunda hasta ve doktor arasındaki iletişim ve hastanın katılımı, hizmetlerin kullanımı sırasında ortaya çıkan maliyetler ve son olarak hastanın tedaviye uyumu, göstermesi yaşam biçimi ve işlevsellikleri göze çarpmaktadır.

BÖLÜM 2 HASTA KATILIMI

2.1. Hasta Katılımı

Katılım, katılımında bulunacak olan “hasta için, hastanın kendisi hakkında hastanın adına veya hastanın adına düşüncesinin” yerine “hasta ile beraber ve hasta vasıtasıyla karar vermek veya araştırma yürütmek” olarak tanımlanır. (Involve, www.invo.org.uk). Sağlık hizmetleri literatüründe “toplum ve hasta katılımı” (Patient and Public Involvement - PPI) (Bayın, 2016: 459), “toplum ve hasta işbirliği”, “toplum ve hasta güçlendirilmesi” (Atoof ve diğerleri, 2015: 1) gibi farklı anlamlarda kullanılan bu kavram, hastaların ve toplumun klinik araştırmaların geliştirilmesi, yürütülmesi ve yönetilmesinde, sağlık mesleği mensuplarıyla birlikte çalışılması, klinik karar vermede giderek aktif bir rol oynama (Cayton, 2004: 54), toplum ve sağlık profesyonelleri arasındaki ortaklık (Ocloo ve Matthews, 2016: 2) ve politika oluşturmaya katkıda bulunma anlamına kullanılmaktadır.

Hasta ve toplum katılımı (PPI), sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin şekillendirilmesinde bireylerin ve toplulukların dâhil edilmesine ve güçlendirilmesine vurgu yapılarak sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçası olmuştur (Mockford ve diğerleri, 2012: 28). Sağlık bakımında karar verme sürecine hastaların dâhil edilmesi yeni olmamakla beraber birçok ülkedeki sağlık sistemlerinde halen geçerli bir politikadır. (Thompson, 2007: 1297).

Ortak karar alma mekanizmasının temel ilkesi hekimlerin ve hastaların tedavi seçenekleri ve tercihleri hakkında bilgi alışverişinde bulunması, böylece karar verme sürecinin müzakeresidir (Emanuel ve Emanuel, 1992). Ayrıca bu mekanizma, hastaların sağlıklarını korumak için sorumluluk almaya teşvik etmek, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için en iyi yöntem olarak görülüyor (Smith, 2007: 2).

Hastanın ve ailesinin katılımı, hem hastanın sağlığını ve hem de sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek için doğrudan bakım kararlarına, organizasyonel tasarıma veya kararlara, yönetişim anlamında yönetime ve politika yapmaya katılma gibi çeşitli düzeylerde yapılabilir (Carman ve diğerleri, 2013: 224).

Örneğin hastalar doğru tanıyı, uygun tedaviyi almak, bakımının yönetim stratejisini belirlemek veya güvenli bir sağlayıcının seçilmesinde fikir edinmek, tedavinin doğru bir şekilde yapılıp yapılmadığından emin olmak, olumsuz olayları ve yan etkileri belirlemek

ve bunlara karşı hareket etmeyi sağlamak gibi çeşitli yollarla sağlık bakımına katılabilir ve katkıda bulunabilir. (Coulter ve Ellins, 2006:7; Vincent ve Coulter, 2002:76).

Hasta ve toplum katılımı, bir uygulamanın çeşitli aşamalarında başlayabilir ve birçok yönünü etkileyebilir (Gamble ve diğerleri, 2015: 1). Hasta katılımı, profesyonel ve hasta arasındaki bilgi / yetkinlik farkının daraltılmasını ve fikir birliği olmasa bile, hastaya fayda sağlayan kararlarda sağlık profesyoneli tarafından hastaya bir miktar iktidar teslimini (söz hakkının verilmesini) gerektirir (Thompson, 2007: 1299).

2.2. Hasta Katılım Modelleri

Literatürde hasta katılımının karar verme ve hasta hekim iletişimi bağlamında araştırmacılarca geliştirilmiş farklı modelleri bulunmaktadır. Araştırmacıların çoğu Babacıl (paternalistik) ve Paylaşımçı model olmak üzere iki model üzerinde durmuştur. Bazı araştırmacılar ise bu modelleri genişletmiş ve ara modellerin olduğunu söylemişlerdir. Bu çalışmada hasta ile hekim veya sağlık hizmeti sağlayıcı arasında araştırmacılarca en fazla değinilen modeller incelenecektir.

Genelde yazarların ortak ele aldıkları modellere bakacak olursak paternalizm; doktorun hastası hakkında en iyiyi bildiği ve hastanın sadece bilgi ve onay verdiği model olarak ele alınmıştır. Karar paylaşımı (Shared decision-making) modeli ise hasta ve doktor arasında tedavi seçenekleri, tedavi süreçleri ve sonuçlarının paylaşıldığı modeldir. Danışman olan profesyonel (Professional-as-agent) ise kararlara hastaların tercihlerinin katıldığı ve doktorların uzmanlık alanlarında danışman rolünü üstlendiği model olarak görülür. Son olarak bilgiye dayalı karar verme / bilgilendirilmiş karar verme (Informed decision-making) ise seçenekler hakkındaki tüm bilgilerin hastaya aktarılmasıyla son kararı hastanın verdiği modeldir (Charles, Gafni ve Whelan, 1997: 682; Coulter, 1997: 112).

Özçakır insan davranışlarının karmaşık yönlerinden birini oluşturan karar vermenin hasta hekim etkileşim modellerinde karar vermede hastanın uygun şekilde bilgilendirilmesine ve hasta ile ortaklık kurulmasına dikkat çekmektedir. Özçakır bu etkileşim modellerini Paternalistik model (Paternalism / Paternalistic model), Bilgilendirme modeli (Informed model) ve Paylaşım modeli (Shared model) olmak üzere üç başlık halinde ele almıştır (Özçakır, 2004: 412).

Emanuel ve emanuelin yaptığı sınıflamaya göre ise doktor ve hasta arasında katılım ve iletişim modelleri dörde ayrılmıştır. Yazarlar modelleri Paternalistik (babacıl) model, açıklayıcı (İnterpretive) model, bilgilendirici (informative) model ve görüşmeci (deliberative) model olarak sınıflamışlardır (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2222).

Roter ve McNeilis ise bu modelleri babacıl (paternalistik), Tüketimcilik ve Ortaklık (mutuality) olmak üzere üç şekilde sınıflamışlardır. (Roter ve McNeilis, 2003:123).

2.2.1. Paternalistik Model

Hasta ve hekim arasındaki ilişki modellerine bakıldığında paternalistik model en yaygın model olarak görülmektedir. Bu modelde hekim hastasına babacıl bir tavır içerisinde yaklaşır. Karmaşık tıbbi bilgi ve uygulamalar karşısında hasta bilgisiz olduğundan kendisi için iyi olanı bilemez ve seçemez. Bu durum karşısında hekim çocuğuna yaklaşır gibi hastaya yaklaşır ve onun için en iyi olanı seçer. Model hasta ve hekim arasında ilişkiler ve karar alma aşamalarında hekim kontrolünün en yüksek olduğu model olarak kabul edilmektedir (Özlü, 2005: 79)

Bu model hekimlerin çok doğru bulmadıkları fakat istedikleri bir modeldir. Modelde gündemi belirleyen, hedefleri koyan ve bunlara yönelik kararları veren hekim iken büyük oranda hastanın sesi çıkmamaktadır ve hekim tarafından medikal ve terminolojik terimler kullanılır. Burada hekimin yükümlülüğü hastanın çıkarlarına en iyi hizmet edecek şekilde davranmaktır. Hekim hasta çıkarlarını maksimize etmeye çalışırken ise hastanın tercih, değer ve yargılarının hekim ile uyduğu veya aynı olduğu varsayılır. Dolayısıyla bu modelde hastanın tercihleri üzerinde durulmaz hasta alternatiflerini bilmez ve bunlar arasında seçim yapamaz (Roter ve McNeilis, 2003: 123).

Cirhinoğluna göre hasta ve hekim arasında kurulan paternalistik ilişkide hekimin kontrolü yüksek, hastanın ki ise daha düşük düzeyde olmaktadır. İlişkide hakim taraf hekim olmaktadır ve hasta hekiminin sürekli onun lehine hareket edeceği varsayımından ötürü hekiminin vereceği kararları önceden kabul eder. Bu karşılıklı ilişkide rahat ve pasif olan taraf hastadır. Hasta hekimine teslim olmakta, ona güvenmekte ve karar verme sürecine hiçbir şekilde katılmak istememektedir (Cirhinoğlu, 2010: 60).

Bu model ayrıca ataerkil model olarak geçmektedir. Hastaya kararlara sınırlı bir katılım hakkı tanınır ve hasta için iyi olabilecek koşullar hekim tarafından sunulur. Hekim bilgi,

beceri ve deneyimini kullanarak hastaya kendisi ile aynı fikirde olmasa bile daha sonra müteşekkiri olacağı düşünülerek tedavi kararı verir (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2221).

2.2.2. Bilgilendirici Model

Bu modelde hekimin amacı hastaya istediği tıbbi müdahaleyi seçme olanağı tanırken bunun için hastaya hastalığı ve kendisi ile ilgili tüm bilgileri sunmaktır. Bu amaca yönelik olarak doktor, hastaya hastalık durumunu, muhtemel teşhis ve tedavi edici girişimlerin niteliğini, müdahalelerle ilişkili risklerin ve faydaların doğası ve olasılığını bildirir. Hastalar hastalığına ve mevcut müdahalelere ilişkin tüm tıbbi bilgileri anlamaya başlarlar ve tercihlerine en uygun olan müdahaleleri seçerler. Bilgilendirici model, gerçekler ve değerler arasında oldukça net bir ayrıma sahiptir. Hastanın değerleri iyi tanımlanmış ve bilinmektedir. Mevcut olan tüm bilgilerin verilmesi doktorun yükümlülüğüdür ve hastanın değerleri hangi tedavilerin verileceğini belirler. Doktorun değerleri bakımından bakıldığında doktorun hasta değerlerini anlaması ya da bilgilendirici modelde hastanın değerine bakışı konusunda herhangi bir rol yoktur, hekim teknik uzmanlığın bir tedarikçisi konumundadır. Teknik uzmanlar olarak doktorlar, doğru bilgi vermek, uzmanlığı korumak ve bilgi ya da deneyimlerinin olmadığı durumlarda ilgili alanlara danışmak gibi önemli yükümlülükleri vardır (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2222).

Bu model paternalistik modelin tam aksinedir. Hekim hastalara bilgilerini verip, alternatifleri sunduktan sonra bu alternatifler arasında seçim yapmayı hastaya bırakır. Dolayısıyla bu modelde hekimin sorumluluk üstlenmez. Hastanın istek ve beklentileri nasıl şekillenirse uygulanır (Özlü, 2005: 80).

Bilgilendirici model kimi kaynaklarda tüketimcilik modeli olarak da geçmektedir. Bu anlayışa göre hastaya tüketici gözüyle bakılmaktadır. Dolayısıyla herhangi bir işletmeye gelen müşteri için nasıl seçenekler sunularak müşterinin isteklerine göre hizmet veriliyorsa hasta içinde aynı şekilde davranılarak hastanın istekleri değerleri bilinir ve kararını kendisi vermesi için bilgilendirilir. Buradan anlaşılacağı üzere güç ilişkisi tipik yaygın olan modelin aksine hastada toplanmıştır. Burada hekimin rolü hastanın yararına olacak uygulamaları tedavi alternatiflerini anlatmak ve iyi danışman olmaktır (Roter ve McNeilis, 2003: 123).

Ticari temelli ilişki türünde, hasta tam ters kutba geçmiş ve aktif bir rol üstlenmiş durumdadır. Hekim, genel olarak hastanın arzularına göre hareket etmekte, istediği her

şeyi yerine getirmeye çalışmaktadır. Bu modele uyan ilişki türleri genelde özel sağlık kuruluşlarında veya hastaların tüm masraflarını kendilerinin karşıladıkları yerlerde görülmektedir (Cirhinoğlu, 2010: 61).

2.2.3. Yorumlayıcı Model

Bu modelde hasta ve hekim arasındaki etkileşimin amacı, hastanın değerlerini hastaya yorumlamasında yardımcı olmak ve hastanın bu değerler ışığında medikal karar vermesine yapılacak müdahaleyi seçmesine yardımcı olmaktır. Hekim bunun için hastaya bilgilendirici rolünü üstlenerek yorumlanan durumun niteliğini, risklerini ve olası müdahalelerin yararları hakkında hastanın bilgi edinmesini sağlar. Bununla birlikte, yorumlayıcı doktor, bunun ötesinde, hastayı sahip olduğu değerlerini açıklama ve ifade etme ve hangi medikal müdahalelerin belirtilen değerleri en iyi şekilde yerine getirdiğini belirlemeye yardımcı olur. Böylece hasta için hasta değerlerinin yorumlanmasına yardımcı olur. Hastaya bu değerlerin her zaman sabit kalmayacağını anlattıktan sonra doktor hasta ile beraber hareket ederek hastanın istek ve kararlarının bu değerlere göre şekillenmesinde yardımcı olur. Hasta burada kararlarını kendisi vermekte ve doktor hastanın kararlarını etkilemek ve hastayı göstermesi gereken davranışa zorlamak gibi durumların dışında kalmaktadır. Yorumlayıcı modelde doktor, bir devlet başkanına danışman görevi gören, ilgili bilgileri tedarik eden, değerleri açıklığa kavuşturmaya yardımcı olan ve hastanın medikal müdahalelerin bu değerlerin farkına varmasına yardımcı olan bir danışmandır. Dolayısıyla doktorun yükümlülükleri, bilgilendirici modelin özelliklerini içerir, ancak aynı zamanda hastasıyla ortak bir anlayış süreci içine girmesini gerektirir (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2221-2222).

2.2.4. Müzakereci Model

Bu modelde ise hasta ve hekim sorunu beraber çözmeye uğraşır. Kararları hasta verir ancak hekim bu modelde sadece danışmanlık yapmaz yol gösterici bir tavır alır. Önerilerde bulunarak sadece bilgi aktarmayı gerisinde bırakır ve hastaya cesaret verir onu motive eder. Bu model katılımcı uygulama olarak değerlendirilir (Özlü, 2005: 80).

Bu modelde doktor ve hastası arasındaki ilişkinin amacı hastanın değerlerini en iyi şekilde belirlemek ve hastanın karar vermesine yardımcı olmaktır. Bu amaca ulaşmak için doktor, hastanın klinik durumu hakkında bilgi vermeli ve mevcut seçeneklerde somutlaşan değer türlerini aydınlatmaya yardımcı olmalıdır. Doktorun bu modeldeki rolü önerdiği kararın

neden önemli olduğunu ve neden tercih edilmesi gerektiğini açıklamaktır. Hekim ve hasta, hastanın tedavi sonucunda ne kadar sağlıklı değerlere sahip olabileceği ve nihai olarak takip etmesi gerektiği adımlar konusunda müzakereye başlarlar. Doktor yalnızca sağlıkla ilgili değerleri, yani hastanın hastalığını ve tedavisini etkileyen veya hastalığından etkilenen değerlerini tartışır; ahlakın ve kendi değer yargılarının birçok unsurunun hastanın hastalığı veya tedavisiyle ilgisi olmadığını ve mesleki ilişkilerinin kapsamının ötesinde olduğunu kabul eder. Dahası, doktor ahlaki açıdan ikna etmeyi amaçlamaz, eninde sonunda baskının önüne geçilir. Bu noktada hasta hayatını tanımlamalı ve benimsenmesi gereken değerlerin sıralamasını seçmelidir (Emanuel ve Emanuel, 1992: 2222).

2.2.5. Paylaşılan Karar Verme

Paylaşılan karar verme modelinde hasta ve doktor arasında ortak bir karara varma söz konusudur. Hasta ve hekim tedavi seçeneklerini, olası riskleri ve konuştuktan sonra beraber bir tedaviye karar verirler.

Charles ve diğerlerine göre (1997) paylaşılan karar vermenin anahtar unsurları şu şekildedir:

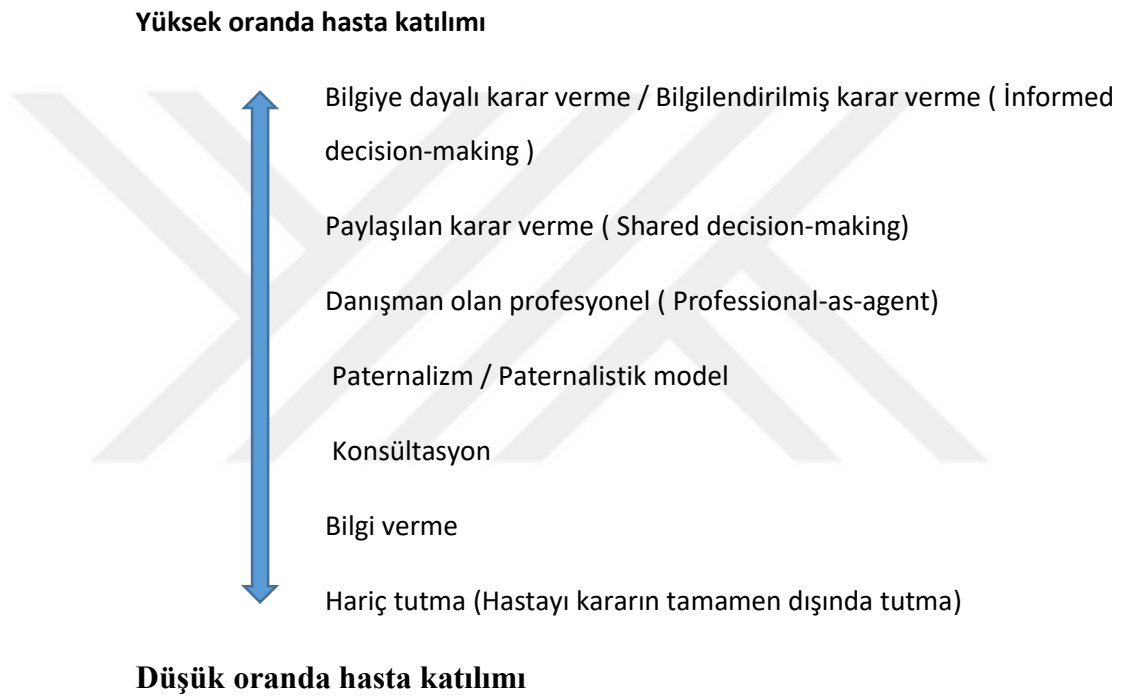
- ✓ En az iki katılımcının - hekim ile hastanın dâhil olması;
- ✓ Her iki tarafın da bilgi paylaşması
- ✓ Her iki tarafın tercih edilen müdahale konusunda fikir birliği oluşturmak için adımlar atması
- ✓ Uygulanacak tedavi konusunda bir anlaşmaya varılması.

Hasta katılımı her zaman önemlidir ancak; doğru tedavinin seçilmesinin ancak hastalara bilgi verildikten sonra yapılabilmesi ve değerlerini ve tercihlerini seslendirme fırsatı verildiğinde, hasta katılımı hayati önem taşımaktadır (Fraenkel, 2013: 81). Karar verme bağlamından kasıt, hastalık sürecindeki kilit noktalarda önemli kararlar alınan ve yaşam kalitesini tehdit eden muhtemel hastalıklarda ve muhtemel sonuçlarda ve önemli belirsizliklerle birlikte birçok tedavi seçeneği mevcut olduğu durumdaki karar vermedir (Charles ve diğerleri, 1997: 691).

Bu noktada şuna değinilmelidir ki bu modeller sadece hasta ve hekim arasındaki ilişkileri genellemek amaçlıdır. Bu ilişki bir hastadan hastaya veya hastalığın sürecine seyrine

hasta ve hekim arasında geçirilen zamana göre değişiklik gösterecektir. Örneğin çok şiddetli bir ağrı ile bir hastanın hekime başvurması ve bu durumun hayati tehlike göstermesi durumunda hekim hastasına ona ihtiyaç duyan bir çocuk gibi yaklaşp babacıl modeldeki gibi davranırken, hayati tehlikenin geçmesi durumunda hekim hastasıyla diğer ilişki türlerini kurup kontrolü hastasına devredebilir (Cirhinoğlu, 2010: 61).

Bu modeller ayrıca hastanın katılım gücünün yüksek olduğu modelden düşük olduğu modele doğru sınıflanabilir (Şekil 2). Thompson modellerde hastaların katılım gücü düzeylerini aşığıdaki şekilde göstermiştir (Thompson, 2007: 1299).



Şekil 2: Modellerin Hastanın Katılım Gücüne Göre Düzeyleri

Bir başka sınıflamada Roter ve McNeilis tarafından yapılmıştır (tablo 4). Bu modellemeye göre tabloya bakıldığında Paternalistik modelde doktor kontrolünün yüksek hasta kontrolünün düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Tüketici modeline bakıldığında zaman ise hasta daha çok müşteri gibi görüldüğü için hizmet sunan konumunda olan doktorların kontrolü düşük hizmet alıcı konumundaki hastanın kontrolü yüksek düzeydedir. Tavsiye edilen model olan ortaklık modelinde ise her iki tarafın kontrolü yüksektir.

Tablo 4
Hasta Hekim İletişim Tipleri

Hasta-Hekim iletişim tipleri		Doktor Kontrolü	
		Düşük	Yüksek
Hasta Kontrolü	Düşük	Varsayılan (default)	Paternalizm
	Yüksek	Tüketici (consumerizm)	Ortaklık (Mutualty)

Kaynak: Roter ve McNeilis, 2003, s.123

Bir başka modelleme ise Özçakır (2004) tarafından yapılmıştır (tablo5). Özçakır ile Roter ve McNeilis'in (2003) yaptıkları çalışmalarda hasta hekim arasındaki karar verme veya karara varmadan önceki katılım ve iletişim modellerinin benzerlik gösterdiği görülmektedir. Paternalistik model ortak model iken Roter ve McNeilis'in ortaklık iletişim tipi paylaşım modeli ve tüketici iletişim tipi ise bilgilendirme modeline benzerdir. Bu modellemede paylaşım modeli hekim ve hastanın beraber kontrolünün yüksek olduğu, bilgi akışının iki yönlü olup hekimden hastaya ve hastadan hekime doğru gerçekleştiği modeldir. Aktarılan tıbbi ve kişisel bilginin karara varmak için yararlı olacak her şeyi kapsadığı ve tedaviye nihai olarak hekim ve hastanın beraber karar verdiği modeldir (Özçakır, 2004: 413).

Tablo 5**Karar Verme Modelleri Değerlendirilmesi**

Analitik safhalar	Paternalistik model	Ara model	Paylaşım modeli	Ara model	Bilgilendirme modeli
Bilgi akışı	Tek Yönlü (Genelde)		İki Yönlü		Tek Yönlü
Bilgi aktarımı yönü	Hekimden Hastaya		Hekim Hasta arasında (İki Yönlü)		Hekimden hastaya
Aktarılan bilgi tipi	Tıbbi		Tıbbi ve Kişisel		Tıbbi
Aktarılan minimum Bilgi miktarı	Yasal ihtiyaçlar kadar		Karara varmak için yararlı olacak her şeyi kapsar		Karara varmak için yararlı olacak her şeyi kapsar
Görüşme / müzakere	Hekim (tek başına veya başka hekimler ile)		Hekim ve hasta (+ potansiyel diğer kişiler)		Hasta (+ potansiyel diğer kişiler)
Uygulanacak tedaviye karar veren kişi	Hekim		Hekim ve hasta		Hasta

Kaynak: Özçakır, 2004, s.413

Hasta katılım çok boyutlu bir çerçevesi ise Carman ve diğerleri (2013) tarafından ele alınmıştır(Carman ve diğerleri, 2013: 224). Bu çerçeveye göre hastalar katılım süreçlerini, halk ve sağlık uzmanları arasında bir ortaklık olarak görmektedir (Ocloo ve Matthews, 2016: 1). Çerçeve hasta katılımının üç kritik yönünü içermektedir. Birincisi, istişareden ortaklığa ve paylaşımlı liderliğe kadar bir süreklilik boyunca uzanan katılım etkinlikleridir. İkincisi katılım düzeyidir ve katılım farklı seviyelerde gerçekleşmektedir. Bunlar sadece bireysel sağlık davranışı veya direkt bakım etkileşimleri ile sınırlı değildir; aynı zamanda örgütsel tasarım ve yönetim ve politika yapma süreçlerinde de gerçekleşir. Üçüncüsü ise hastaların katılımları etkileyen faktörlerdir ve birden fazla

faktör hastaların katılma isteklilik ve yeteneklerini etkiler durumdadır (Carman ve diğerleri, 2013: 224).

Tablo 6’da katılımın birden fazla düzeyde gerçekleşebileceğini gösteren, katılım için tipik bir organizasyon çerçevesini görmekteyiz. Danışmadan katılıma ve işbirliği ile paylaşımlı liderliğe kadar değişen katılım şekillerini göstermektedir. Alt uçta katılıma hastalar dâhil olmakla birlikte sınırlı güç veya karar alma yetkisine sahiptir. Üst uçta katılım, gündemleri tanımlama ve karar verme konusunda aktif ortaklar olan hastalarla paylaşılan güç ve sorumlulukla görülmektedir. PPI ayrıca bireysel sağlık davranışı veya doğrudan bakım seviyesinde ortaya çıkabilir veya örgütsel tasarım ve yönetim ile politika oluşturmada kolektif düzeyde ortaya çıkabilir (Ocloo ve Matthews, 2016: 3).



Tablo 6

Sağlık ve Sağlık Alanındaki Hizmetlere Hasta ve Aile Katılımının Çok Boyutlu Çerçevesi

KATILIMIN SÜREKLİLİĞİ 			
KATILIM DÜZEYİ	Konsültasyon / Danışma	Ortaklık / Katılım	İşbirliği ve Paylaşımlı Liderlik
Doğrudan Bakıma Yönelik	Hastalar tanı hakkında bilgi alır.	Hastalara tedavi planında tercihleri sorulur.	Tedavi kararı, hastanın tercihleri, tıbbi kanıtlar ve klinik yargıya dayalı olarak yapılır.
Örgütsel Tasarım ve Yönetişim	Kuruluşun hastaların bakım deneyimleri ilgili araştırmaları.	Hastane, hastaları bir danışman ya da danışma konseyi üyesi olarak kararlara dâhil eder.	Hastalar, hastane güvenliği ve kalite geliştirme komitelerinin içerisinde yer alıyor.
Politika Üretme	Politika yapıcı kurum, bir sağlık sorunu hakkında görüş almak üzere hastalarla odak grup görüşmeleri yürütür.	Araştırma öncelikleriyle ilgili hastaların önerileri, kamu kuruluşu tarafından fonlama kararı için kullanılır.	Hastalar, sağlık programlarına kaynakların nasıl tahsis edileceği ile ilgili kararlar alan ajans komitesinde eşit şekilde yeniden temsil edilmelidir.



KATILIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	<ul style="list-style-type: none">• Hasta (Hastanın katılım rolü hakkındaki inançları, Sağlık okuryazarlığı, eğitim durumu)• Organizasyon (Politika ve uygulamalar, Kültür)• Toplum (Sosyal normlar, kurallar, hareket tarzı)
------------------------------	--

Kaynak: Carman ve diğerleri, 2013, s.225

Hastaların katılım düzeylerini belirlemek için birçok değişken kullanılmaktadır. Hastaların katılım düzeylerini ölçmek için yapılan bir araştırmada 6 farklı katılım göstergesi kullanılmıştır (Coulter, 2006: 2-3). Bunlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 7

Katılım Düzeyini Belirleyen Değişkenler


Doktor-hasta iletişimi kalitesi	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doktor ile geçirilen süre ✓ Doktorun dinleme becerisi ✓ Doktorun açıklamalarının açıklığı
Alternatif bilgi ve kaynaklara erişim	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Telefon yardım hatlarının kullanımı ✓ Tıbbi kayıtlara erişim ✓ Doktorla e-posta iletişimi
Koruyucu bakım ve danışmanlık sağlanması	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarama ve koruyucu bakım için gönderilen hatırlatıcılar ✓ Ağırlık, diyet veya egzersiz üzerine alınan öneri ✓ Stres ve duygusal sorunların takibi
Bilinçli hizmet sağlayıcı seçimi	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Doktorlar hakkında bilgi ✓ Doktor seçiminde uygunluk ✓ Ameliyat prosedürü için cerrah seçme
Risk iletişimi ve tedavi kararlarına katılımı	<ul style="list-style-type: none"> ✓ İlaç yan etkilerinin açıklamaları ✓ İlaç incelemesinde hasta katılımı ✓ Tedavi kararlarında hasta katılımı
Öz bakım ve öz yönetim için destek	<ul style="list-style-type: none"> ✓ İzlenmesi gereken belirtilere ve ne yapılması gerektiğine yönelik talimatlar ✓ Açık hedefler ve tedavi planı ✓ Evde kronik rahatsızlıkların kendiliğinden yönetimi planlama

Mikro düzeyde hastaların sağlık profesyonelleri ile tedavi bakım ve planlamasına katılımı ele alınırken orta (mezo) düzey hasta ve toplum katılımı ise katılımcıların sağlık kurum ve organizasyonlarının yönetimlerine katılımını ifade etmektedir.

Aşağıdaki tabloda orta düzeyde toplumun organizasyona katılım derecelerinin sıralandığı katılım merdiveni gösterilmiştir.

Tablo 8

Mezo / Orta Düzey Hasta ve Toplum Katılımı Merdiveni

Kontrol Derecesi	Katılımcının Eylemi	Örnek Tarz
 <p>YÜKSEK</p>	Kontrolü var.	Organizasyon, topluluğun sorunun belirlenmesini ve amaç ve araçlarla ilgili tüm önemli kararların alınmasını ister. Hedefleri gerçekleştirmek için her adımda topluluğa yardımcı olmaya isteklidir.
	Kontrolünü devir eder.	Organizasyon, topluluk için bir sorun belirler ve sunar, sınırları belirler ve topluluğun, kabul edebileceği bir planda somutlaşabilen bir dizi kararlar vermesini ister.
	Birlikte planlar.	Organizasyon değişime tabi geçici planlar sunar ve etkilerine göre değişime açıktır. Planı en azından biraz veya belki daha sonra değiştirmesi beklenebilir.
	Organizasyona tavsiye verir.	Organizasyon bir plan sunar ve katılımcıların sorularını kabul eder. Planı ancak kesinlikle gerekli olması halinde değiştirmeye hazırlanır.
	Danışmanlık yapar.	Organizasyon bir plan geliştirmeye çalışır. Planlamaya kabulü kolaylaştıracak ya da yeterli yaptırımında bulunarak desteğin geliştirilmesini ve böylece idari uygunluğun beklenmesini istemektedir.
	Bilgi edinir.	Organizasyon plan yapar ve duyurur. Topluluk bilgi amaçlı toplanır. Topluluktan plana uyum beklenir.
	DÜŞÜK	Hiçbiri

Kaynak: Arnstein, S.R. (1969), 'A ladder of citizen participation in the USA', American Institute of Planners Journal, 35: 216–24 ve Brager, G. and H. Specht (1973), Community Organizing, New York: Columbia University Press. **Aktaran:** Wait ve Nolte, 2006, s.154

2.3. Hasta Katılımının Yararları

Hasta ve toplum katılımı sağlık sistemlerinin, politikalarının geliştirilmesinde ve tıbbi işlemlerde tedavi kararının verilmesinde ideal bir model olarak görülmektedir (Charles ve diğerleri, 1997: 681). Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma Ata beyanı şunu belirtir: İnsanların sağlık bakım planlamasına ve uygulamasına bireysel ve toplu olarak katılma hakları ve görevleri vardır (WHO, 1978).

Hastaların katılımı ile doğru tanıya ulaşmaya yardımcı olma, kendisi için uygun tedavi ve yöntem stratejisine karar vermek, hizmet sağlayıcı seçiminde uygun tecrübeli ve güvenli bir sağlayıcının seçilmesi, seçilen tedavinin uygun şekilde uygulanması, izlenmesi ve uygulanmasının sağlanması, yan etkileri ve olumsuz gelişmeleri hızlı bir şekilde tespit etme ve uygun önlemin alınması gibi fırsatları bulunur (Vincent ve Coulter, 2002: 76).

Hastaları, aileleri ve halkı da katılıma dâhil etmek hastaların seçim yapma kabiliyetini, kişisel bakımlarını ve ortak araştırma kararlarını geliştirerek, araştırma ortaklıklarına ve hizmet sunumunda hasta sonuçlarındaki değişikliklere katkıda bulunma gibi birtakım faydalar sağlayabilir (Mockford ve diğerleri 2012: 34-35; Brett ve diğerleri, 2014a: 640).

Alanda yapılan çalışmalar, hasta katılımının daha iyi sağlık sonuçlarına yol açacağını (Epstein ve Street, 2007: 101), kalite ve hasta güvenliğinde iyileşmelere katkıda bulunabileceğini (Coulter ve Ellins, 2007: 24) ve sağlık bakım maliyetlerini kontrol etmeye yardımcı olabileceğini göstermektedir (Charmel ve Frampton, 2008: 4).

Toplum ve hasta katılımı sağlık hizmetlerinin kalitesini ve nüfusun ihtiyaç ve beklentilerine duyarlılığını artıracak önerilerin geliştirilmesinin bir yolu olarak görülebilir (Boivin ve diğerleri, 2010: 2).

Yararlar, zararlar ve yan etkiler de dâhil olmak üzere prognoz ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olan hastaların tedaviye uyma olasılığı daha yüksektir ve sağlık sonuçlarının daha iyi olmasına neden olur (Mullen, 1997: 691).

Hizmet kullanıcılarını araştırma süreçlerinde aktif ortak olarak kullanmak, daha kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumuna yardımcı olacak kaliteli araştırmalara yardımcı olabilir (Smith ve diğerleri, 2008: 299).

Bireysel düzeyde, hasta katılımı, bireylerin haklarının geliştirilmesi ve hastaların özerkliği ve seçim özgürlüğünün korunması için düzenlenebilir (Boivin ve diğerleri, 2010: 2).

Hasta ve toplum katılımı katılımcı demokrasiyi, toplumsal hesap verebilirliği ve toplumdaki şeffaflığı teşvik etmenin yanında (Rowe ve Shepherd, 2002: 295), Bayın (2016: 462) hasta ve toplum katılımının yaratacağı avantajları şu şekilde sıralamıştır;

Avantajlar;

- ✓ Klinik karar verme sürecinin iyileştirilmesi
- ✓ Hesap verilebilirlik sağlama
- ✓ Hizmet kalitesinin iyileştirilmesi
- ✓ Maliyetlerin azaltılması

Hastalar ve toplum katılımı;

- ✓ Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi
- ✓ Klinik karar verme becerisinin geliştirilmesi
- ✓ Kendi kendine bakımın iyileştirilmesi
- ✓ Hasta güvenliğinin artırılması
- ✓ Sağlık tavsiyelerine erişimin geliştirilmesi
- ✓ Bakım deneyiminin geliştirilmesi
- ✓ Hizmet geliştirilmesinin geliştirilmesi gibi kalite geliştirme hedeflerinin bir ve ya birkaçını hedef almaktadır (Coulter ve Ellins, 2006: 7).

Sağlık okuryazarlığı, hasta katılımı için son derece önemlidir. İnsanlar temel sağlık bilgilerini elde edemez, işleyemez ve anlayamazlarsa, kendilerini iyi bakamaz ya da sağlıkla ilgili iyi kararlar alamazlar. Sağlık okuryazarlığı sadece hastaların sağlık bilgilerini okuyabilmelerini ve anlayabilmelerini sağlamakla kalmaz aynı zamanda katılımı ilgilidir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar sağlık durumları daha zayıf, hastaneye yatış oranları daha yüksek, reçete edilen tedavilere ve öz bakım planlarına uyma, ilaç ve tedavi hataları yaşama ve koruyucu hizmetleri daha az kullanmaya daha az yatkınlardır. Toplumda daha fazla sağlık okuryazarlığına kavuşmak, dezavantajlı nüfusun sağlığını iyileştirmek ve sağlık eşitsizliklerini gidermek için ayrılmaz bir araçtır (Coulter ve Ellins, 2007: 25).

Yapılan araştırmalar sonucunda hastalara yazılı ya da sözlü bilgi verilmesinin sağlık bilgisini geliştirebileceğini ortaya koymaktadır. Hastalara bilgi ve eğitim desteği verilmesi durumlarını ve prognozlarını anlamayı geliştirip ve kaygı düzeyinin azalmasına ve belirti yönetiminin geliştirilmesine yol açar (Mcpherson, Higginson ve Hearn, 2001: 230).

PPI hedefleri, hasta ve hizmet sağlayıcı etkileşiminin hasta odaklı olması ve bireysel ihtiyaçlara, değerlere ve önceliklere duyarlı olmasını sağlamak için bilinçli seçimi teşvik etmeye odaklanmıştır (Boivin ve diğerleri, 2010: 2).

2.4. Hasta Katılımının Engelleri ve Zorlukları

Hastaların ve toplumun katılımının faydaları, avantajları olmasının yanında pratik uygulamalarda bu katılımın sağlanması önünde bazı engeller ve zorluklar bulunmaktadır. Örneğin doktorlar hastaların değer ve tercihlerini bilmezlerse, hastalar ihtiyaçlarına uygun olmayan tedavi alabilirler (Vincent ve Coulter, 2002: 77) ya da hastaların ve doktorların tercihleri birbirleriyle uyuşmayabilir, hasta hangi tedavinin kendisi için en iyi olacağı konusunda şüpheye sahip olabilir bu durum beraberinde güvensizliği getirebilir. Hastalar için doğru bilgi doğru zamanda verilmeyebilir veya doktorlar bu bilgileri hastaya yeterince aktarmak için yeterli zamanın olmadığını dolayısıyla zaman baskısı altında olduklarını hissedebilirler. Zaman kısıtlamaları, birçok farklı kültürel ve örgütsel bağlamda klinik uygulamada paylaşılan karar alma sürecinin uygulanması için alan yazında en çok belirtilen engel olarak bildirilmektedir (Say, 2003: 541,542,543).

Bazı hastalar karar vermeye katılmak istemeyebilir. Bunun nedeni, bilinçli tercihler geliştirmek için bilgi ve tecrübelerinden yoksun olduklarını düşünmeleri ve yanlış karar vermekten korkmaları olabilir (Coulter, Entwistle ve Gilbert, 1999: 318). Bunların yanı sıra katılım engelleri içinde medikal belirsizlik, doktorlar arasındaki bilgi farklılığı ve hastaların tıbbi bilgileri anlama ve hatırlama konusundaki değişken yetenekleri, tedavi veya müdahale konusunda riskin doğru anlatılamaması vs yer alır (Say, 2003: 545).

Bunların yanında meslek gruplarının alanlarına hastaların fikirlerinin dahil edilmesinden kaynaklanan endişeler de katılıma engel oluşturmaktadır. Bazı sağlık mesleği mensupları,

hastalarla ortaklık fikrini benimsememiş ve hatta aktif katılım kavramıyla tehdit altında hissetmiştir (Tritter, 2009: 283-284, Brett ve diğerleri, 2014b: 392).

Beresford katılımın önündeki engelleri fiziksel erişim engelleri, organizasyonel engeller, davranışsal engeller ve yapısal engeller olmak üzere dört ana başlık altında toplamıştır (Beresford, 2013: 33).

Bayın (2016) hasta ve toplum katılımını uygulama zorluklarını şöyle sıralamıştır. Bunlar: (Bayın, 2016: 462):

- ✓ Etik konular
- ✓ Sağlık profesyonellerinin endişeleri
- ✓ Hastanın özellikleri
- ✓ Temsiliyet endişeleri

Bunların yanında engeller ve zorluklar arasında bazı iletişimsel engeller de ön plana çıkmaktadır. İlgili literatürde bu engellere örnek olarak sağlık profesyonellerinin hastaların sosyo demografik özelliklerine veya klinik duruma bağlı olarak, kararların ortaklaşa paylaşılmasına uygun olmadığını düşünmesinden dolayı karar paylaşımının önünde ön yargısal bir engel olduğu belirtilmiştir (Legare ve diğerleri, 2008: 534). Ayrıca doktorların, hastanın tercihlerini ortaya çıkarmak ve tedavi kararlarına dâhil etmek için uygun iletişim becerilerine sahip olamayabileceği (Coulter, Peto ve Doll, 1994: 69-70) veya doktorlar hastalarının karar vermeye katılma tercihlerini iyi bir şekilde anlamayabileceği diğer engeller olarak sıralanır. Bu nedenle hastaların tercihlerini ortaya çıkarmanın yollarını bulmak önemli bir zorluktur (Say, 2003: 542).

2.5. Hasta Katılımını Etkileyen Faktörler

Hastaların tedavi süreçlerini etkileyen bir takım faktörler söz konusudur. Bu faktörler dikkate alınarak hasta katılım düzeyini artırmak mümkün olabilir. Bireysel olarak değerlendirilmiş ve bilgilendirilmiş hasta tercihlerinin bir araya getirilmesi, tedavi planlamasında temel bir bileşen olarak kabul edilmektedir. İdeal olarak, tüm hastalar zor kararlarla karşı karşıya kaldığında bir seçeneğinin olduğunun farkında olmalı, her seçenekle ilgili beklenen sonuçlardan etkili bir şekilde haberdar olmalı ve görüşlerini doktorlarıyla görüşme fırsatını bulmalıdır (Fraenkel, 2013: 80).

Hastaların bakım, öncesi bakım sonrası ve bakım sırasında katılımında bulunmasını birçok faktör etkilemektedir. Davis ve arkadaşları (2007) hasta güvenliği bağlamında yaptıkları literatür taramasında hastaların katılımlarını etkileyen faktörleri beş kategoriye ayırmışlardır. Bu kategoriler;

Hastayla ilgili faktörler: Hastaların güvenlikle ilgili bilgi ve inançları; Sağlık hizmeti sunumuyla ilgili duygusal deneyimler, başa çıkma stilleri ve demografik özellikler.

Hastalıkla ilgili faktörler: Hastalığın evresi ve ciddiyeti; semptomlar; tedavi planı; hastaların sağlık sonuçları ve hastaların önceki deneyimleri

Sağlık Profesyonelleri ile İlgili Faktörler: Sağlık profesyonellerinin hasta katılımı ve hasta güvenliği konusundaki bilgi ve inançları, sağlık bakım profesyonellerinin hastalarla etkileşim kurma biçimi

Sağlık Bakım Düzeyi ve Başvuru: Başvurulan sağlık bakımının birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti olması, acil veya poliklinik hastası olması

Görev ile İlgili Faktörler: Spesifik hasta davranışları ve hastaların hasta güvenliğine katılmaya yönelik davranışları (Davis ve diğerleri, 2007: 260).

Bunların yanında hasta katılımını çalışan katılımı üzerinden yorumlayıp etkili ve kaliteli bir hasta katılımının beş ayrı boyut altında incelenebileceği görüşü de literatürde yer alan başka bir görüştür. Bu beş boyut şu şekildedir;

- ✓ Hasta ve sağlık hizmet sunucusunun ortak hedefleri benimsemesi ve uyumu
- ✓ İletişim
- ✓ Bilgilendirme ve Cesaretlendirme
- ✓ Hasta teşvikleri
- ✓ Sağlık hizmeti sağlayıcısının etkinliği (Gill, 2013a: 86).

Bu faktörlere göre hastaların ve sağlık çalışanlarının hedeflerinin uyumlu olması önemlidir. Bir sağlık bakım planı ve hedefleri, sağlık hizmeti sunucusu ve hasta arasındaki görüş birliği ile geliştirilmelidir. Bu sadece hastanın anlayışını arttırmakla kalmayıp, aynı zamanda hastanın sağlık hizmeti sunucusunun yönlendirmesi ile uyumunu sağlayacaktır. Bununla birlikte sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar arasındaki açık iletişim, bakım talimatlarını etkin bir şekilde anlaşılmasına ve hataları azaltmaya

yardımcı olabilir (Gill, 2013a: 86-87). Sağlık hizmetlerinin sunumunda hastayı bilgilendirme ve cesaretlendirme örneğin belirli konulara veya konularda hitap eden bilgilendirici broşürler ve kitapçıklar, gerektiğinde danışmanlara / sosyal hizmet uzmanlarına erişim ve çevrimiçi bilgi tabanları ve forumlara teşvik etmek, yani pozitif takviye şeklindeki uygulamalardır (Gill, 2013b: 3-4). Sağlık hizmeti sağlayıcılarının etkinliği etkili sağlık çıktıları için önem taşır. Hasta teşviki için kaynaklara ve sağlık bilgilerine erişimini kolaylaştırmak, hijyen ve yaşam tarzı üzerine danışmanlık hizmeti sunmak gibi hastalarının çıkarlarına hizmet edecek faaliyetler sıralanabilir (Gill, 2013a: 87).

Thompson'nın yaptığı çalışmada hasta katılımının birçok boyuttan etkilenen çok yönlü ve dinamik bir kavram olduğunu belirtmiş bu katılımın dinamik boyutlarını aşağıdaki tabloda göstermiştir (Thompson, 2007: 1308). Tablodan da anlaşılacağı üzere Thompson'a göre katılımı etkileyen faktörler hastanın hastalığının tipi ve ciddiyeti, kişilik özellikleri ve profesyonel ilişkiye olan güveni olarak sıralanmaktadır. Bu faktörlerden tipi ve ciddiyeti katılıma talebin azalması ve artması şeklinde yorumlanacak olursa akut ya da ciddiyeti düşük olan hastalık tipinde katılıma talebin azalması söz konusu iken kronik ve ciddiyeti yüksek olan hastalık tipinde talebin artması durumu görülür. Kişisel özellikler bakımından bilgi ve deneyim talebin artması ve azalmasında değişken iken pasif kişilikteki hastalarda katılıma talebin azalması ve aktif kişilikteki hastalarda ise artması beklenir. Son olarak profesyonel ilişkiye olan güven düşük ise katılıma talebin azalması, yüksek ise artması beklenmelidir.

Tablo 9

Katılımın Dinamik Boyutları

	Talebin Azalması	Talebin Artması
Sağlık Bakımına İhtiyaç Duyulması		
Hastalığın tipi	Akut	Kronik
Ciddiyeti	Düşük	Yüksek
Kişisel Özellikler		
Bilgi / Deneyim	Değişken	Değişken
Kişilik	Pasif	Aktif
Profesyonel İlişki		
Güven	Düşük	Yüksek

Kaynak: Thompson, 2007, s. 1308

2.6. Karar Verme Aşamaları

Tablo 10

Karar Verme Yardım Adımları

Adım	Bileşenler / İçerik
Görev / İş Üzerinde Anlaşma	Hastalık için bireysel mutlak risk hesaplanması, hastanın karar vermeye dâhil edilmesi
Hasta tarafından algılanan riskin araştırılması	Korkuların, beklentilerin, tercihlerin, hastaların sorularının belirlenmesi
Riskin objektif olarak hesaplanması ve hastaya gösterilmesi	Bireysel risk faktörlerinin (örn. Yaş, kan basıncını, toplam kolesterolü) değerlendirilmesi, riskin hesaplanması, aynı cinsiyet ve yaştaki nüfus ile kıyaslanması, mutlak sayılarda olasılıkların sağlanması
Koruyucu önlemlerin sunulması	Davranışsal değişikliğin ve ilacın eklenmesi
Artı ve eksiklerin tartışılması	Müdahale edilmemesinin eklenmesi veya müdahaleden vazgeçilmesi
Müdahalenin seyri üzerinde anlaşma	Bir sonraki değerlendirmenin tarihinin eklenmesi

Kaynak: Krones ve diğerleri, 2008, s.219

Çoğu hasta, kendi sağlık bakımında aktif bir rol oynamak istemektedir. Sağlıkları iyi iken nasıl koruyacaklarını ve iyileştireceklerini bilmek isterler; hastalandıklarında tedavi seçenekleri ve muhtemel sonuçları hakkında bilgi isterler ayrıca hızlı etkili sağlık önerileri ve onlara ihtiyaç duydukları bakım taleplerine ek olarak, çoğu insan aynı zamanda kendilerine yardımcı olmak için ne yapabileceklerini bilmek istemektedirler (Smith, 2007: 2).

Hastaların bir doktorun danışmanlığında sağlık kararlarını vermeden önce destek almayı tercih ettiği bilinmektedir. Bu nedenle, sağlık kararlarıyla karşı karşıya kaldıklarında, sağlık uzmanlarının yeterli karar destek sağlamak için gerekli becerilere sahip olmalarını veya en azından kendilerini güvenilir kaynaklara yönlendirebilmelerini beklemektedirler (Légaré, Stacey ve Forest, 2007: 216).

2.7. Hasta Katılımının Hasta Hakları İlişkisi, Yasal ve Etik Çerçevesi

Kişilerin insan olma özelliklerinden dolayı tüm yaşamı boyunca sahip olması gereken temel hak ve özgürlüklerine insan hakları denir (Özata ve Özer, 2016: 13). İnsan hakları

kavramının kabul edilmesi ve hukuksal olarak korunması geçtiğimiz yüzyılda toplumları etkileyen en temel değişimlerden biri olmuştur (İzgi, 2014: 26). Fransız ihtilali ile ön plana çıkan insan haklarının bazı yansımaları zaman içindeki gelişmeler ile birlikte sağlık sektöründe de hasta hakları olarak kendini göstermiştir (Nişancı ve diğerleri, 2009: 3). Hasta hakları esasında doktor ve diğer sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarını yerine getirmelerine ve hastalara sağlık hizmetlerinin kullanımını sürecinde gerekli özeni göstermelerine dayanmaktadır (Arslan ve Demir, 2017: 193-194). Bu esas başta hekimler olmak üzere tüm sağlık personellerine hasta hakları konusunda yüklenen görev ve sorumlulukların yerine getirilmemesi durumunda yasal düzenlemeler yoluyla adli ve hukuki sorunlar doğabilir (Yürümez, 2010: 67).

Gelişen insan hakları ve hasta haklarının yanında meslek etikleri grubundan olan tıp etiği kavramı da hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkiyi düzenleyen kavramlardan biridir. Tıp etiği, tıbbi ilişkilerde sağlık profesyonellerinin sağlık hizmeti kullanıcılarına iyi davranmak adına ne yapılması ve nelerden kaçınılması gerektiği ile ilgilidir (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007: 78). Etik ilkeler hasta katılımını özerk olma ve başkalarının özerkliğine saygı gösterme, aydınlatma ve onam alma gibi konularda desteklemektedir (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007: 79). Hasta hakları konusunda yaşanan ilk ve önemli gelişmelerden biri olan Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma Ata Beyanı insanların sağlık bakım planlamasına ve uygulamasına bireysel ve toplu olarak katılma hakları ve görevlerini olduğunu bildirir (WHO, 1978). Yine hasta hakları konusunda ilk yazılı belge olma özelliğini taşıyan ve Dünya Tabipler Birliği'nin 1981 yılında kabul ettiği Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi de bu konuda destekleyici niteliktedir (Nişancı ve diğerleri, 2009: 7).

Yazılı metinler ve bildirgelerin ötesinde ülkemizde hastaların katılımlarını destekleyen haklar Anayasasının 17 ve 56'ncı maddeleri ve 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği ile yasal olarak korunmaktadır ve yönetmelik hasta hakları konusunda oldukça geniş hazırlanmış hukuksal bir metindir (Bostan, 2007: 3). Anayasasının 17'inci maddesi yaşama hakkı, maddi ve manevi varlığın korunması ve geliştirilmesi, vücut bütünlüğüne dokunulamaması ve kişilerin tıbbi ve bilimsel deneylerde rızasının alınmasına değinmektedir. Anayasasının 56'ncı maddesi ise herkesin sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı ve hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla devletin sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesine değinir. Hasta hakları

yönetmeliğinin ise 7'inci maddesinde hastaların bilgi isteme hakkına değinir ve 15'inci madde bilgi istemenin kapsamını hastaların hastalığının muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, muhtemel komplikasyonları, tedaviyi reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgi alabilmesi olarak açıklar. Bu yönetmeliğin 18'inci maddesinde ise bilgi vermenin usulü açıklanır ve bilginin mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilmesi gerektiğini söyler. Aynı yönetmeliğin 24'üncü maddesi hastanın tıbbi müdahalelerde rızasının ve izninin olmasına ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımının sağlanmasına, 25'inci maddesi hastanın istediği takdirde tedaviyi reddetme ve durdurma isteğinde bulunabilmesine ve isteğin kapsamına, son olarak 39'uncu maddesinde ise hastanın insani değerlerine saygı gösterilmesi ve ziyaret haklarına değinilir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Bu açılardan bakıldığında hastaların sahip olduğu haklar ve tıp etiğinde benimsenen ilkeler tedavi süreçlerine ve kararlara katılımı, ortak karar vermeyi, karar verebilecek düzeyde bilgi sahibi olmayı, hastanın tercih ve beklentilerinin tedavi süreçlerine ve kararlara yansıtılması gibi katılımın temel dinamiklerinin gerçekleşmesini kolaylaştırmakta aynı zamanda ahlaki ve yasal açılardan güvence altına almaktadır.

BÖLÜM 3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatürde hasta katılımını ölçmek üzere kullanılan formlar kullanılarak uyarlanan değerlendirme formu kullanılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılacak olan form sağlık bilimleri fakültesinde farklı bölümlerde çalışan 30 kişilik uzman gruba dağıtılmış anlaşılmayan, tekrarlayan veya yeteri kadar açık olmayan soruları işaretlemeleri ve düzenleme önerilerini yazmaları istenmiş ve alınan geri bildirimler ışığında değerlendirme formu yeniden düzenlenmiştir.

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı, temelde dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmaya katılan bireylerin demografik bilgilerinin toplanmasına yönelik sorular yer alır. İkinci bölümde ise hasta katılım düzeyini belirlemek üzere 22 ifade yer almaktadır. Bu ifadeler alt boyutlar olan sağlık farkındalığını belirleyen 5 ifade, tedaviye katılım düzeyini belirleyen 12, tedaviye uyum düzeyini belirleyen 5 ifadeden oluşmaktadır. Üçüncü bölümde hizmet kalite algısını belirlemek üzere 7 ifade yer almaktadır. Dördüncü bölümde katılımcıların kararlara katılım modelini belirlemek üzere 5 ifade bulunmaktadır. Tablo 11’de değerlendirme formunun geliştirilmesinde kullanılan kaynaklar verilmiştir.

Tablo 11

Değerlendirme Formunun Geliştirilmesinde Kullanılan Kaynaklar

	Yararlanılan kaynaklar
Hasta Katılımı	<ul style="list-style-type: none">✓ Atzori ve Ünver (Atzori ve Ünver, 2013: 26),✓ Frank ve diğerleri (Frank, Asp, Fridlund ve Baigi, 2011: 647),✓ Lindberg ve diğerleri (Lindberg, Kreuter, Person ve Taft, 2013: 842),✓ Weingart ve diğerleri (Weingart ve diğerleri, 2011: 274)
Hizmet Kalite Algısı	<ul style="list-style-type: none">✓ Deniz, 2016
Katılım Modeli	<ul style="list-style-type: none">✓ Kolovos, Kaitelidou, Lemonidou, Sachlas ve Sourtzi, 2016: 6)

Ayrıca katılımcıların değerlendirme formunu daha sağlıklı cevaplandırmaları ve yanlış anlamaları engellemek adına soruları cevaplandırmadan önce “Lütfen aşağıdaki ifadeleri en son aldığınız tedavi hizmetini göz önünde bulundurarak cevaplayınız.” , “Aşağıdaki ifadeleri sağlık kuruluşundan tedavi önerinizi aldıktan sonraki süreci düşünerek cevaplayınız.” ve “Aşağıdaki ifadeleri son aldığınız tedavinizi göz önünde bulundurarak cevaplayınız.” gibi bilgilendirici satırları okuduktan sonra değerlendirme formunu cevaplandırmaları istenmiştir.

Değerlendirme formunun güvenilirlik ve geçerlilik analizleri yapıldıktan sonra güvenilirliği düşürdüğü düşünülen ve yeterli düzeyde faktör yükü taşımayan 4 soru (6,8,15 ve 17.sorular) değerlendirme formundan çıkarılmış ve kalan 25 soru kullanılmıştır. Bu soruların yer almadığı analizlerde Cronbach Alpha katsayısı 0,894 ve Kaiser-Mayer-Olkin katsayısı ise 0,890 olarak bulunmuştur. Kullanılan değerlendirme formunun temelde 4 bileşeni olup bunlar sağlık farkındalığı, tedaviye katılım, tedavi önerisine uyum ve hizmet kalitesi algısı olarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcılara sorular beşli likert tipte ölçeklendirme kullanılarak sorular sorulmuştur. İfadelere ‘Hiç Katılmıyorum’ (1), ‘‘Katılmıyorum’’ (2), ‘‘Kararsızım’’ (3), ‘‘Katılıyorum’’ (4) ve ‘‘Tamamen Katılıyorum’’ (5) şeklinde cevap vermeleri istenmiştir.

Araştırma kapsamında toplam 460 adet anket toplanmış eksik doldurulan veya geçersiz ve çelişkili doldurulan anketler elendikten sonra 443 geçerli anket formu elde edilmiştir. Elde edilen anket formları IBM SPSS Statics 21 paket programı kullanılarak hipotezler ve araştırma amaçları doğrultusunda frekans (sıklık) testi, bağımsız örneklerde T testi, Anova (Tek yönlü varyans) testi, korelasyon (ilişki) ve regresyon testlerine tabi tutulmuştur.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Gümüşhane ilinde olan ve daha önce herhangi bir sağlık kuruluşundan tedavi hizmeti almış olan bireyler oluşturmaktadır. TÜİK’in 2016 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sisteminin verilerine göre Gümüşhane merkez nüfusu 46.986’dır (biruni.tuik.gov.tr, 2018). Bu süreçte, evrenden alınacak örneklem sayısı Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) tarafından yüzde 95 güven aralığı ve 0,05 örneklem hatası ile temsil edilebilecek evren büyüklükleri tablosundan yararlanılarak bulunmuştur. $n = Nt^2pq/d^2(N-1) + t^2pq$ formülü kullanılarak oluşturulan tabloya göre Gümüşhane

evrenini temsil için 383 katılımcının yeterli olduğu görülmüştür (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004: 71-72). Bu evrenden olasılığa dayalı olmayan örnekleme yöntemlerinden göre kolayda örnekleme yöntemi ile seçilen 443 birey araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır (Altunışık ve diğerleri, 2007: 132).

Tablo 12

Çeşitli Evren Büyüklükleri İçin Örneklem Sayıları

N	100	500	750	1000	2500	5000	10 (bin)	25 (bin)	50 (bin)	100 (bin)	1 (milyon)
n	80	217	254	278	333	357	370	378	381	383	384

Kaynak: (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004: 72)

*($\alpha=0.05$ ve Örneklem Hatası= 0,05 İçin, N= Evren Büyüklüğü, n= Örneklem Sayısı)

3.3. Araştırma Hipotezleri

Bu araştırma kapsamında geliştirilen temel ve alt hipotezler aşağıdaki gibidir;

H: Hasta katılımı ve hizmet kalitesi algıları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Ha: Sağlık farkındalığı ile hizmet kalitesi algısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hb: Tedaviye katılım ile hizmet kalitesi algıları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hc: Tedaviye uyum ile hizmet kalitesi algısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1: Sağlık farkındalığı ile tedaviye katılım arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Sağlık farkındalığı ile tedavi önerisine uyum arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Tedaviye katılım ile tedavi önerisine uyum arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Sosyo-demografik özellikler ile hasta katılımı arasında anlamlı bir fark vardır.

H4a: Sosyo-demografik özellikler ile sağlık farkındalığı arasında anlamlı bir fark vardır.

H4b: Sosyo-demografik özellikler ile tedaviye katılım arasında anlamlı bir fark vardır.

H4c: Sosyo-demografik özellikler ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir fark vardır.

H5: Sosyo-demografik özellikler ile hizmet kalitesi algıları arasında anlamlı bir fark vardır.

3.4. Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenirliliği

Tablo 13'te araştırma kapsamında kullanılan veri toplama aracının güvenilirlik ve geçerlilik analizi sonuçları verilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi yapılmadan önce elde

edilen verilerin açımlayıcı faktör analizine uygunluğu kontrol edilmiştir. Normallik varsayımı çarpıklık ve basıklık katsayılarının incelenmesiyle sağlanmıştır. Çarpıklık ve basıklık katsayısının $[-1,1]$ arasında olması normallik varsayımının sağlandığı anlamına gelmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2012: 16). Değerlendirme formu için yapılan analizde çarpıklık ve basıklık katsayı değerlerinin $[-1,1]$ arasında olduğu görülmüştür. Ayrıca Bartlett Küresellik Testi sonucunun da anlamlı çıktığı görülmüş ve değişkenlerin arasında korelasyonlar olduğu varsayımı kabul edilmiştir. Dolayısıyla verilerin analizinde parametrik testlerin kullanımının uygun olduğuna karar verilmiştir. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) testi Örneklem büyüklüğünün faktörleşmeye uygunluğunun kontrolü amacıyla yapılmış ve test sonucunda 0,890 değeri ile verilerin faktörleşmeye uygun olduğuna karar verilmiştir (Kalaycı, 2009: 322).

Hasta katılımı ve hizmet kalitesi algısı değerlendirme formunda ifadeler çıkarıldıktan sonra elde edilen Cronbach Alpha değeri 0,894'tür. Araştırmalarda, Cronbach Alpha Katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır. Alpha değerinin;

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise değerlendirme aracı güvenilir değildir,

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ arasında güvenilirliği düşük,

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ arasında oldukça güvenilir,

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ arasında ise yüksek derecede güvenilir olduğu belirtilmektedir (Kayış, 2009:405). Bu durumda, Hasta katılımı ve hizmet kalitesi algısı değerlendirme formunun yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir. Hasta katılımı ve hizmet kalitesi algısı alt boyutlarının Cronbach Alpha değeri, sağlık farkındalığı için 0,750; tedaviye katılım için 0,814; tedavi önerisine uyum için 0,810; hizmet kalitesi algısı için 0,857 olarak bulunmuştur. Bu durumda form boyutlarının güvenilir olduğu söylenebilir.

Hasta katılımı ve hizmet kalitesi algısı formunun açıklanan toplam varyansı %53,625 olarak bulunmuştur. Boyutlar bazında ise, sağlık farkındalığı %30,066, tedaviye katılım %8,761, tedavi önerisine uyum %7,651 ve hizmet kalitesi algısı 7,187 oranında değerlendirme formunun tamamını açıklamaktadır.

Tablo 13

Hasta Katılımı ve Hizmet Kalitesi Algısı Değerlendirme Formuna Ait Güvenilirlik ve Geçerlilik Bulguları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,890
Bartlett's Test of Sphericity	Anlamlı	Sig.	0,000
Approx. Chi-Square	4331,308	Df	300
Açıklanan Toplam Varyans	53,625	Cronbach Alpha toplam	0,894
Hasta Katılımı ve Hizmet Kalitesi Algısı Değerlendirme Formu			
			Faktör yükü
			Açıklanan Varyans
			Cronbach Alpha
SAĞLIK FARKINDALIĞI			30,066
1.Sağlık kuruluşuna başvurmadan önce hastalığım hakkında bilgiye sahiptim.			0,696
2.Sağlık kuruluşunu ziyaretimde bana anlatılan sağlık bilgilerini yeterince anladım.			0,599
3.Kitaplar, internet siteleri ve diğer sağlık bilgisi kaynaklarında olan bilgileri anlayabiliyorum.			0,748
4.Sağlığım veya hastalığımla alakalı ortaya çıkan belirtileri anlayabiliyorum.			0,738
5.Kendi sağlık durumumu takip ederim.			0,663
TEDAVİYE KATILIM			8,721
7.Doktorumun bana önerdiği tedavi seçeneği dışında bir tedavi seçeneğimin olup olmadığını sordum.			0,443
9.Tedavi seçeneklerinden istediğimi kendim seçtim.			0,772
10.Doktorum ve diğer sağlık çalışanları tedavi planıyla ilgili benim önerilerimi hesaba kattı.			0,751
11.Doktorum tedavi planım ile ilgili karar verebilmem için bana yeterince bilgi aktardı.			0,564
12.Bana önerilen tedavi seçeneğine veya bakım planına hayır deme şansım vardı.			0,602
13.Tedavim sırasında karşılaşılabileceğim iyi ve kötü durumlar hakkında bilgilendirildim.			0,549
14.Tedavim için doktorum bana vereceği ilaçların neler olduğunu anlattı.			0,515
16.İlaçları kullanma kararını doktorum ve ben beraber aldık.			0,651
TEDAVİ ÖNERİSİNE UYUM			7,651
18.Sağlık kuruluşuna gittikten sonra doktorumun bana verdiği önerilere uydum.			0,728
19.İlaçlarımı anlatıldığı şekilde almaya dikkat ettim.			0,724
20.İlaçlarımı aldıktan sonra bana doğru ilaçların verilip verilmediğini kontrol ettim.			0,583
21.Doktorumun bana önerdiği şekilde beslenmeye çalıştım.			0,797
22.Doktorumun yasakladığı şeylerden uzak durdum.			0,779
HİZMET KALİTESİ ALGISI			7,187
23.Doğru teşhis aldığımı düşünüyorum.			0,717
24.Doktorların benimle olan ilişkisi iyiydi.			0,705
25.Hemşirelerin benimle olan ilişkisi iyiydi.			0,697
26.Doğru tedaviyi aldığımı düşünüyorum.			0,720
27.Sağlık kuruluşunu başka insanlara tavsiye ederim.			0,674
28.Sağlık kuruluşunu başka insanlara şikâyet ederim.			0,500
29.Genel olarak verilen sağlık hizmet kalitesini yeterli buldum.			0,721

Ölçeğin açımlayıcı faktör analizi yapıldıktan sonra oluşan boyutların uygunluğu doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile test edilmiştir. Analiz için SPSS AMOS programından yararlanılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen sonuç değerler aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

DFA sonuçlarının kabul edilebilirliğini ortaya koymak amacıyla modelin uyum indekslerine bakılmıştır. Tablo 14'te görüldüğü üzere, modelin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,900 ile iyi uyum düzeyindedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) değeri ise 0,055'tir. Bu değer, 0,05'in üstünde olduğu için kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Meydan ve Şeşen, 2015:37). Bu bulgulardan hareketle, hasta katılımı ve hizmet kalitesi algısı değerlendirme formundan elde edilen veri setinin geçerli olduğu söylenebilir.

Tablo 14
Hasta Katılımı ve Hizmet Kalitesi Algısı Değerlendirme Formunun Geçerlilik Analizi Uyum Ölçütleri

Uyum Ölçütleri	Tahmini Model
Ki-kare (CMIN)	608,647
Serbestlik Derecesi (sd)	266
p değeri	0,000
Ki-kare/sd	2,228
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)	0,055
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,900
Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)	0,878
Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI)-Delta 1	0,862
Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI veya Tucker-Lewis İndeksi (TLI))	0,906
Artırmalı Uyum İyiliği İndeksi (IFI)- Delta 2	0,918
Model (AIC)	726,642

BÖLÜM 4 BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcıların meslek, yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, aylık gelir durumu, kronik rahatsızlığa sahip olma durumu, son alınan tedavi hizmeti üzerinden geçen süre, daha önce herhangi bir rahatsızlık eğitimi alma durumu gibi sosyo demografik özelliklerine Tablo 15'te yer verilmiştir. Katılımcıların 223'ü (%51,5) erkek ve 210'u (%48,5) kadındır. Katılımcıların medeni duruma göre dağılımlarının 195'i (%45,0) evli, 238'i (%55,0) bekâr katılımcılardan oluştuğu görülmektedir.

Katılımcıların yaş dağılımının 20 ve altında yaşı olan 49 kişi (%11,3), 21-30 yaş arasında 219 kişi (%50,6), 31-40 yaş arasında 79 kişi (%18,2), 41-50 yaş arasında 40 kişi (%9,2) ve 51 yaş üstünde yaşı olan 46 kişi (%10,6) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların 23'ü (%5,3) ilköğretim mezunu, 28'i (%6,5) ortaöğretim mezunu, 102'si (%23,6)'i lise mezunu, 96'sı (%22,2) ön lisans mezunu, 170'i (%39,3) lisans mezunu olduğu ve 14'ü (%3,2) lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Katılımcıların 91'i (%21,0) memur, 59'u (%13,6)'si sağlık çalışanı, 28'i (%6,5)'i ev hanımı, 139'u (%32,1) öğrenci, 71'i (%16,4) işçi, 12'si (%2,8) emeklidir. Meslek dağılımları karşılaştırmasında, örneklemin büyük oranda memur ve öğrencilerden oluştuğu görülmektedir.

Katılımcıların 111'i (%25,6) 1000 TL ve altı, 135'i (%31,2) 1001-2000 TL, 98'i (%22,6) 2001-3000 TL, 67'si (%15,5) 3001-4000 TL, 22'si (%5,1) 4001 ve üstü aylık gelire sahiptir.

Katılımcıların 67'si (%15,5) kronik bir rahatsızlığa sahip olduğunu belirtirken 366'sı (%84,5) herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip olmadığını belirtmiştir. Ayrıca 275'i (63,5) son altı ay içerisinde, 76'sı (%17,6) 7-12 ay önce, 37'si (%8,5) 13-18 ay önce ve 45'i 19-45 ay önce son sağlık hizmetini aldığını görülmektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu olan 350'sinin (%80,8) daha önce herhangi bir rahatsızlık ile ilgili eğitim almadığı görülmektedir.

Tablo 15
Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Frekansları

Meslek		
Meslek	Sayı	%
Memur	91	21,0
Sağlık Çalışanı	59	13,6
Ev Hanımı	28	6,5
Öğrenci	139	32,1
İşçi	71	16,4
Emekli	12	2,8
Diğer	33	7,6
Toplam	433	100,0
Yaş		
Yaş	Sayı	%
20 ve altı	49	11,3
21-30	219	50,6
31-40	79	18,2
41-50	40	9,2
51 ve üstü	46	10,6
Toplam	433	100,0
Cinsiyet		
Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	223	51,5
Kadın	210	48,5
Toplam	433	100,0
Medeni Hal		
Medeni Hal	Sayı	%
Bekâr	195	45,0
Evli	238	55,0
Toplam	433	100,0
Eğitim		
Eğitim	Sayı	%
İlköğretim	23	5,3
Ortaöğretim	28	6,5
Lise	102	23,6
Ön lisans	96	22,2
Lisans	170	39,3
Lisans üstü	14	3,2
Toplam	433	100,0

Tablo 15**Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Frekansları (Devamı)**

Aylık Gelir		
Gelir	Sayı	%
1000 tl ve altı	111	25,6
1001-2000	135	31,2
2001-3000	98	22,6
3001-4000	67	15,5
4001 ve üstü	22	5,1
Toplam	433	100,0
Kronik Rahatsızlık Durumu		
Durum	Sayı	%
Evet	67	15,5
Hayır	366	84,5
Toplam	433	100,0
Son Alınan Tedavi Hizmetinin Üzerinde Geçen Süre		
Süre	Sayı	%
0-6 ay	275	63,5
7-12 ay	76	17,6
13-18 ay	37	8,5
19-24 ay	45	10,4
Toplam	433	100,0
Daha Önce Herhangi bir Rahatsızlık Eğitimi Alma Durumu		
Durum	Sayı	%
Evet	83	19,2
Hayır	350	80,8
Toplam	433	100,0

4.2. Katılımcıların Değerlendirme Formundaki İfadelere Katılım Düzeyleri

Tablo 16’da hasta katılımı ve hizmet kalitesi algısı değerlendirme formunda yer alan 25 ifadeye katılımcıların vermiş oldukları yanıtların ortalama ve standart sapma değerleri görülmektedir. Bu kapsamda “Kitaplar, internet siteleri ve diğer sağlık bilgisi kaynaklarında olan bilgileri anlayabiliyorum.”, “Kendi sağlık durumumu takip ederim.” ve “İlaçlarımı anlatıldığı şekilde almaya dikkat ettim.” ifadelerine katılım sırasıyla 3,76 ve 3,81 ve 3,91’lik bir ortalama değer ile bireylerin en çok katıldıkları ifadeler olarak tespit edilmiştir.

Öte yandan “Tedavi seçeneklerinden istediğimi kendim seçtim” , “Doktorum ve diğer sağlık çalışanları tedavi planıyla ilgili benim önerilerimi hesaba kattı.” ve “İlaçları kullanma kararını doktorum ve ben beraber aldık.” İfadeleri sırasıyla 2,94, 2,94 ve 2,95’lik ortalama değerler ile araştırmaya katılan bireylerin en düşük katılım gösterdiği ifadelerdir.

Tablo 16

Katılımcıların Hasta Katılımı ve Hizmet Kalitesi Algısına İlişkin İfadelere Katılma Düzeylerinin Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Sorular	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Farkındalığı	3,64	0,73
1.Sağlık kuruluşuna başvurmadan önce hastalığım hakkında bilgiye sahiptim.	3,27	1,18
2.Sağlık kuruluşunu ziyaretimde bana anlatılan sağlık bilgilerini yeterince anladım.	3,60	0,99
3.Kitaplar, internet siteleri ve diğer sağlık bilgisi kaynaklarında olan bilgileri anlayabiliyorum.	3,76	1,01
4.Sağlığım veya hastalığımla alakalı ortaya çıkan belirtileri anlayabiliyorum.	3,75	0,96
5.Kendi sağlık durumumu takip ederim.	3,81	1,04
Tedaviye Katılım	3,23	0,80
7.Doktorumun bana önerdiği tedavi seçeneği dışında bir tedavi seçeneğimin olup olmadığını sordum.	3,39	1,20
9.Tedavi seçeneklerinden istediğimi kendim seçtim.	2,94	1,24
10.Doktorum ve diğer sağlık çalışanları tedavi planıyla ilgili benim önerilerimi hesaba kattı.	2,94	1,19
11.Doktorum tedavi planım ile ilgili karar verebilmem için bana yeterince bilgi aktardı.	3,36	1,18
12.Bana önerilen tedavi seçeneğine veya bakım planına hayır deme şansım vardı.	3,40	1,23
13.Tedavim sırasında karşılaşılabileceğim iyi ve kötü durumlar hakkında bilgilendirildim.	3,51	1,18
14.Tedavim için doktorum bana vereceği ilaçların neler olduğunu anlattı.	3,36	1,21
16.İlaçları kullanma kararını doktorum ve ben beraber aldık.	2,95	1,28
Tedavi Önerisine Uyum	3,58	0,85
18.Sağlık kuruluşuna gittikten sonra doktorumun bana verdiği önerilere uydum.	3,71	1,04
19.İlaçlarımı anlatıldığı şekilde almaya dikkat ettim.	3,81	0,97
20.İlaçlarımı aldıktan sonra bana doğru ilaçların verilip verilmediğini kontrol ettim.	3,39	1,29
21.Doktorumun bana önerdiği şekilde beslenmeye çalıştım.	3,48	1,16
22.Doktorumun yasakladığı şeylerden uzak durdum.	3,51	1,18
Hizmet Kalitesi Algısı	3,53	0,85
23.Doğru teşhis aldığımı düşünüyorum.	3,57	1,10
24.Doktorların benimle olan ilişkisi iyiydi.	3,56	1,14
25.Hemşirelerin benimle olan ilişkisi iyiydi.	3,54	1,15
26.Doğru tedaviyi aldığımı düşünüyorum.	3,57	1,07
27.Sağlık kuruluşunu başka insanlara tavsiye ederim.	3,60	1,19
28.Sağlık kuruluşunu başka insanlara şikâyet ederim.	3,50	1,32
29.Genel olarak verilen sağlık hizmet kalitesini yeterli buldum.	3,33	1,19

Katılımcıların sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurularında tercih ettikleri tedaviye katılım modelleri Tablo 17’de verilmiştir. Katılımcıların 61’i (%14,1) doktorların tedaviyle ilgili tüm kararları almalarını, 71’i (%16,4) kendi fikri değerlendirildikten sonra doktorların hangi tedavinin kullanılacağı hakkında son kararı vermesini, 184’ü (%42,5) doktorlar ile birlikte hangi tedavinin benim için en iyi olduğuna karar verme konusunda sorumluluğu paylaşmayı, 101’i (%23,3) doktorların görüşlerini ciddi olarak değerlendirdikten sonra tedavisi ile ilgili nihai kararı kendi vermeyi, 16’sı (%3,7) hangi tedaviyi alacağı konusunda nihai kararı kendi almayı tercih ettiğini belirttiği görülmektedir.

Tablo 17

Katılımcıların Tedaviye Katılım Tercihlerinin Frekansı

Tedaviye Katılım Tercihi		
İfade	Sayı	%
Doktorların, tedaviyle ilgili tüm kararları almalarını tercih ediyorum.	61	14,1
Benim fikrim değerlendirildikten sonra doktorların hangi tedavinin kullanılacağı hakkında son kararı vermesini tercih ediyorum.	71	16,4
Doktorlar ile birlikte hangi tedavinin benim için en iyi olduğuna karar verme konusunda sorumluluğu paylaşmayı tercih ediyorum.	184	42,5
Doktorların görüşlerini ciddi olarak değerlendirdikten sonra tedavimle ilgili nihai kararı kendim vermeyi tercih ediyorum.	101	23,3
Hangi tedaviyi alacağım konusunda nihai kararı almayı tercih ediyorum.	16	3,7
Toplam	433	100,0

4.3. Demografik Değişkenlere Göre Farklılıkların İncelenmesi

Cinsiyet değişkeninin katılımcıların sağlık farkındalığı, tedaviye katılım, tedavi önerisine uyum ve hizmet kalitesi algısına göre farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklerde t testi analizi sonuçları Tablo 18’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre, katılımcıların erkek veya kadın olmaları, sağlık farkındalığı boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ($p<0,05$). Buna göre katılımcılardan erkek olanlar kadın katılımcılara göre sağlık farkındalığı boyutunda daha yüksek ortalama

değere sahiptir (3,72). Bu bakımdan erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre sağlık farkındalığı düzeyinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Medeni durumun sağlık farkındalığı, tedaviye katılım, tedavi önerisine uyum ve hizmet kalitesi algısına göre farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklerde t testi analizi yapıldı. Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların evli ya da bekâr olmalarının bir farklılık oluşturmadığı tabloda görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 18

Cinsiyet ve Medeni Durum Değişkenlerine Göre Farklılıkların T Testi ile İncelenmesi

Cinsiyet		Ortalama	N	Std. Sap.	T	P
Sağlık Farkındalığı	Kadın	3,5614	223	0,74383	-2,357	0,019
	Erkek	3,7276	210	0,72210		
Tedaviye Katılım	Kadın	3,1693	223	0,80944	-1,771	0,077
	Erkek	3,3060	210	0,79556		
Tedavi Önerisine Uyum	Kadın	3,5758	223	0,86261	-0,236	0,814
	Erkek	3,5952	210	0,85110		
Hizmet Kalitesi Algısı	Kadın	3,5138	223	0,88176	-0,458	0,647
	Erkek	3,5517	210	0,83761		
Medeni Hal		Ortalama	N	Std. Sap.	T	P
Sağlık Farkındalığı	Evli	3,5908	195	0,77281	-1,311	0,191
	Bekâr	3,6840	238	0,70561		
Tedaviye Katılım	Evli	3,2096	195	0,81280	-0,607	0,544
	Bekâr	3,2568	238	0,79912		
Tedavi Önerisine Uyum	Evli	3,6267	195	0,85922	0,912	0,362
	Bekâr	3,5513	238	0,85387		
Hizmet Kalitesi Algısı	Evli	3,5223	195	0,83727	-0,215	0,830
	Bekâr	3,5402	238	0,87959		

Eğitim düzeyi durumlarına göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, tek yönlü varyans analizi yapılarak Tablo 19’da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; tedaviye katılım, tedavi önerisine uyum ve hizmet kalitesi algısı faktörleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Sağlık farkındalığı boyutunda ise yapılan tek yönlü varyans analizine göre bir farklılık oluşmuştur bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan çoklu karşılaştırma testine göre farklılık

ilköğretim eğitim düzeyinde eğitime sahip bireyler ile lisans düzeyinde eğitime sahip bireyler arasındaki ortalama değer farklılığından kaynaklanmaktadır. Tablo incelendiğinde eğitim düzeyinin yükselmesi ile beraber bireylerin sahip olduğu ortalama değerinde yükseldiği görülmektedir. Bu durumda lisans düzeyinde eğitime sahip bireylerin ilköğretim düzeyinde eğitime sahip bireylere göre sağlık farkındalığının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 19

Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Farklılıkların T Testi ile İncelenesi

	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	Std. Sap.	T	P	Post-Hoc Analizi
Sağlık Farkındalığı	İlköğretim	23	3,4957	0,62630	2,832	0,016	1-5 p=0,050
	Ortaöğretim	28	3,3643	0,80195			
	Lise	102	3,5235	0,78906			
	Ön Lisans	96	3,6229	0,69456			
	Lisans	170	3,7776	0,67812			
	Lisans Üstü	14	3,7857	1,06833			
Tedaviye Katılım	İlköğretim	23	3,1630	0,72047	0,743	0,592	
	Ortaöğretim	28	3,1518	0,72995			
	Lise	102	3,1728	0,81770			
	Ön Lisans	96	3,1810	0,89146			
	Lisans	170	3,3265	0,77357			
	Lisans Üstü	14	3,2500	0,75320			
Tedavi Önerisine Uyum	İlköğretim	23	3,5043	0,88804	1,458	0,202	
	Ortaöğretim	28	3,6000	0,87433			
	Lise	102	3,4569	0,96035			
	Ön Lisans	96	3,5458	0,89277			
	Lisans	170	3,6588	0,75577			
	Lisans Üstü	14	4,0000	0,78053			
Hizmet Kalitesi Algısı	İlköğretim	23	3,5342	0,84868	0,630	0,677	
	Ortaöğretim	28	3,5714	0,81185			
	Lise	102	3,5224	0,88051			
	Ön Lisans	96	3,4167	0,88784			
	Lisans	170	3,6042	0,82117			
	Lisans Üstü	14	3,4388	1,11851			

Katılımcıların meslek durumlarına göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, tek yönlü varyans analizi yapılarak Tablo 20’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; tedaviye katılım, tedavi önerisine uyum ve hizmet kalitesi algısı faktörleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Sağlık farkındalığı boyutunda ise katılımcıların mesleki durumlarına göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Yapılan çoklu karşılaştırma testinde farklılığın sağlık çalışanları ile diğer meslek grupları arasındaki ortalama değer farklılığından kaynaklandığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarından daha yüksek bir ortalama değere sahip olmasından dolayı sağlık çalışanlarının diğer gruplara göre sağlık farkındalığının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 20**Meslek Değişkenine Göre Farklılıkların T Testi ile İncelenesi**

	Meslek	N	Ortalama	Std. Sap.	T	P	Post-Hoc Analizi
Sağlık Farkındalığı	Memur	91	3,5846	0,73408	5,446	0,000	2-1 p=0,002 2-4 p=0,016 2-5 p=0,000 2-7 p=0,000
	Sağlık Çalışanı	59	4,0576	0,72782			
	Ev hanımı	28	3,5857	0,74819			
	Öğrenci	139	3,6878	0,65103			
	İşçi	71	3,4423	0,71468			
	Emekli	12	3,6500	0,80960			
	Diğer	33	3,3394	0,83439			
Tedaviye Katılım	Memur	91	3,1071	0,78673	1,424	0,204	
	Sağlık Çalışanı	59	3,4597	0,77663			
	Ev hanımı	28	3,1786	0,66617			
	Öğrenci	139	3,2851	0,83623			
	İşçi	71	3,2077	0,80566			
	Emekli	12	3,1667	0,87797			
	Diğer	33	3,1136	0,81332			
Tedavi Önerisine Uyum	Memur	91	3,6747	0,79030	0,844	0,536	
	Sağlık Çalışanı	59	3,7220	0,91803			
	Ev hanımı	28	3,6714	0,77021			
	Öğrenci	139	3,5324	0,79621			
	İşçi	71	3,4592	0,96356			
	Emekli	12	3,5833	0,86742			
	Diğer	33	3,5152	0,98492			
Hizmet Kalitesi Algısı	Memur	91	3,5479	0,78630	1,099	0,362	
	Sağlık Çalışanı	59	3,7094	0,81028			
	Ev hanımı	28	3,5204	0,84579			
	Öğrenci	139	3,4985	0,91770			
	İşçi	71	3,3964	0,91256			
	Emekli	12	3,8810	0,50904			
	Diğer	33	3,4892	0,86825			

Kronik bir rahatsızlığa sahip olma durumunun sağlık farkındalığı, tedaviye katılım, tedavi önerisine uyum ve hizmet kalitesi algısına göre farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek amacıyla yapılan bağımsız örneklerde t testi analizi sonuçları Tablo 21’de verilmiştir. Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların kronik bir rahatsızlığa sahip olup olmamalarının bir farklılık oluşturmadığı tabloda görülmektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların daha önce herhangi bir rahatsızlık hakkında eğitim alıp almama durumlarının sağlık farkındalığı, tedaviye katılım, tedavi önerisine uyum ve hizmet kalitesi algısına göre farklılık oluşturup oluşturmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklerde t testi analizi yapıldı. Yapılan analiz sonucunda, eğitim alıp almamanın katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu tabloda görülmektedir ($p<0,05$). Tedaviye katılım, tedavi önerisine uyum ve hizmet kalitesi algısı boyutlarında farklılık oluşmazken ($p>0,05$), Sağlık farkındalığı boyutunda katılımcılar arasında farklılığa rastlanmaktadır ($p<0,05$). Tablo yorumlandığında rahatsızlık eğitimi almış olan bireylerin rahatsızlık eğitimi almamış bireylere göre ortalama değerlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumda daha önce herhangi bir rahatsızlık hakkında eğitim almış bireylerin sağlık farkındalığının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 21**Kronik Rahatsızlığa Sahip Olma ve Daha Önce Rahatsızlık Eğitimi Alma Değişkenlerine Göre Farklılıkların T Testi ile İncelenesi**

Kronik Rahatsızlık Durumu		Ortalama	N	Std. Sap.	T	P
Sağlık Farkındalığı	Var	3,6478	67	0,83926	0,069	0,945
	Yok	3,6410	366	0,71827		
Tedaviye Katılım	Var	3,1922	67	0,78345	-0,480	0,632
	Yok	3,2435	366	0,80935		
Tedavi Önerisine Uyum	Var	3,4418	67	0,90355	-1,494	0,136
	Yok	3,6115	366	0,84580		
Hizmet Kalitesi Algısı	Var	3,4478	67	0,88794	-0,874	0,383
	Yok	3,5476	366	0,85495		
Rahatsızlık Eğitimi Alma Durumu		Ortalama	N	Std. Sap.	T	P
Sağlık Farkındalığı	Aldı	3,8964	83	0,63427	3,543	0,000
	Almadı	3,5817	350	0,74780		
Tedaviye Katılım	Aldı	3,2139	83	0,78732	-0,273	0,785
	Almadı	3,2407	350	0,80982		
Tedavi Önerisine Uyum	Aldı	3,6169	83	0,88962	0,374	0,708
	Almadı	3,5777	350	0,84911		
Hizmet Kalitesi Algısı	Aldı	3,5594	83	0,85517	0,320	0,749
	Almadı	3,5257	350	0,86205		

Katılımcıların son alınan tedavi hizmeti üzerinden geçen süreye göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, Anova (tek yönlü varyans) analizi yapılarak Tablo 22’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; sağlık farkındalığı, tedaviye katılım, tedavi önerisine uyum ve hizmet kalitesi algısı faktörleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 22**Son Alınan Tedavi Hizmeti Üzerinden Geçen Süre Değişkenine Göre Farklılıkların Anova Testi İncelenesi**

	Süre	N	Ortalama	Std. Sap.	T	P	Post-Hoc Analizi
Sağlık Farkındalığı	0-6 ay	275	3,6211	0,75261	0,701	0,552	
	7-12 ay	76	3,6053	0,74617			
	13-18 ay	37	3,7676	0,66918			
	19-24 ay	45	3,7289	0,68378			
Tedaviye Katılım	0-6 ay	275	3,1855	0,79984	1,443	0,230	
	7-12 ay	76	3,2829	0,66813			
	13-18 ay	37	3,2601	0,80546			
	19-24 ay	45	3,4417	1,00940			
Tedavi Önerisine Uyum	0-6 ay	275	3,5629	0,84088	0,345	0,793	
	7-12 ay	76	3,5974	0,90303			
	13-18 ay	37	3,7135	0,76673			
	19-24 ay	45	3,5956	0,95107			
Hizmet Kalitesi Algısı	0-6 ay	275	3,4888	0,88017	0,675	0,568	
	7-12 ay	76	3,5921	0,82897			
	13-18 ay	37	3,5946	0,65596			
	19-24 ay	45	3,6444	0,93659			

Katılımcıların tedavi hizmetine katılım tercihine göre farklılıklarının olup olmadığına ilişkin bulgular, Anova (tek yönlü varyans) analizi yapılarak Tablo 23'te verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; sağlık farkındalığı boyutunda anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Tedavi kararına katılım boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuş ($p<0,05$), bu farklılığın ikinci ve üçüncü tercihler arasındaki ortalama değer farklılığından kaynaklığı görülmektedir. Buna göre doktoru ile tedavi konusunda sorumluluğu paylaşmak isteyen bireylerin kendi fikri değerlendirildikten sonra kararı doktora bırakan bireylere göre tedaviye daha çok katılım sağladıkları söylenebilir.

Tedavi önerisine uyum boyutunda yapılan analize göre anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0,05$), bu farklılığın üçüncü tercih ile ikinci tercih ve üçüncü tercih ile beşinci tercihi tercih eden bireyler arasındaki ortalama değer farkından kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre tedavi kararı konusunda sorumluluğu doktorlar ile paylaşmayı tercih eden

bireylerin diğ er tercihleri seç en bireylerden daha fazla aldığı tedaviye uyum gösterdiği söylenebilir.

Hizmet kalitesi algısı boyutunda yapılan analiz sonucunda yine anlamlı farklılığa rastlanmış ($p<0,05$), bu farklılığın üçüncü tercih ile ikinci, dördüncü ve beşinci tercih arasında ve birinci tercih ile beşinci tercih arasındaki ortalama değ er farklılığından kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre tedavi konusunda sorumluluğu doktorlarıyla paylaşmayı tercih eden bireylerin diğ er tercihlerde bulunan bireylere göre hizmet kalitesi algılarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca nihai kararı kendisi almak isteyen ile doktorların almasını isteyen bireyler arasında yine anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Buna göre nihai kararı doktorlara bırakan bireylerin nihai kararı kendi alan bireylere göre hizmet kalitesi algısının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 23

Katılımcıların Tedavi Hizmetine Katılım Tercih Değ işkenine Göre Farklılıkların Anova İncelenesi

	Katılım Tercih	N	Ortalama	Std. Sap.	T	P	Post-Hoc Analizi
Sağlık Farkındalığı	1	61	3,6066	0,70235	2,352	0,053	
	2	71	3,6056	0,67101			
	3	184	3,7446	0,66659			
	4	101	3,5624	0,81717			
	5	16	3,2625	1,17011			
Tedavi Kararına Katılım	1	61	3,2869	0,80018	5,322	0,000	2-3 p=0,001
	2	71	2,9437	0,76555			
	3	184	3,3899	0,80668			
	4	101	3,1906	0,74301			
	5	16	2,8438	0,92252			

Tablo 23**Katılımcıların Tedavi Hizmetine Katılım Tercih Değişkenine Göre Farklılıkların Anova İncelenesi (Devamı)**

	Katılım Tercih	N	Ortalama	Std. Sap.	T	P	Post-Hoc Analizi
Tedavi Önerisine Uyum	1	61	3,5541	0,87055	4,803	0,001	3-2 p=0,013 3-5 p=0,007
	2	71	3,3690	0,82715			
	3	184	3,7446	0,82936			
	4	101	3,5584	0,85852			
	5	16	3,0000	0,81976			
Hizmet Kalitesi Algısı	1	61	3,6276	0,77735	5,715	0,000	1-5 p=0,027 3-2 p=0,012 3-4 p=0,046 3-5 p=0,004
	2	71	3,3219	0,85909			
	3	184	3,7003	0,83395			
	4	101	3,4116	0,85935			
	5	16	2,9286	0,97171			

¹Doktorların, tedaviyle ilgili tüm kararları almalarını tercih ediyorum.

²Benim fikrim değerlendirildikten sonra doktorların hangi tedavinin kullanılacağı hakkında son kararı vermesini tercih ediyorum.

³Doktorlar ile birlikte hangi tedavinin benim için en iyi olduğuna karar verme konusunda sorumluluğu paylaşmayı tercih ediyorum.

⁴Doktorların görüşlerini ciddi olarak değerlendirdikten sonra tedavimle ilgili nihai kararı kendim vermeyi tercih ediyorum.

⁵Hangi tedaviyi alacağım konusunda nihai kararı almayı tercih ediyorum.

4.4. Değişkenlere İlişkin Korelasyon ve Regresyon Analizleri

Araştırmada kullanılan hasta katılımı ve hizmet kalitesi algısı değerlendirme formunun boyutları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi yöntemi kullanılarak Tablo 24’te incelenmiştir. Korelasyon analizi -1 ve +1 bir değer alır ve “r” harfi korelasyon katsayısını ifade etmek için kullanılır. Değişkenlerin arasındaki ilişkinin düzeyini rakamların mutlak büyüklüğü belirler iken rakamların pozitif veya negatif olması yani rakamların işareti ilişkinin yönünü belirlemek için kullanılır. Pozitif değerler değişkenler arasında doğru yönlü bir ilişkinin var olduğunu gösterip, bir değişkene ait verilerin artması veya azalması durumunda diğerinin de aynı şekilde artıp azalacağı anlamına gelir. Negatif değerlerde ise ters yönlü bir ilişkinin varlığından söz edilecek olup, bir değişkene ait verilerin artması durumunda diğerine ait verilerin azalacağı veya bir değişkene ait verilerin azalması durumunda diğer değişkene ait verilerin artacağı anlamına gelir (Ural ve Kılıç, 2013:243).

Bu sonuçlara göre boyutlar arasındaki ilişki ortaya konulmuştur. Araştırmanın sonuçlarında her bir boyutun birbiriyle olan ilişkisi incelendiğinde; sağlık farkındalığı ve tedaviye katılım boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ($r=0,371$) bir ilişki bulunmuştur. Bu durumda kişilerin sağlık bilgisi ve farkındalıkları arttıkça kendi tedavilerine daha çok katılım sağladıkları söylenebilir. Yine sağlık farkındalığı ve tedaviye uyum boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ($r= 0,313$) bir ilişki bulunmuştur. Bu durumda kişilerin sağlık bilgisi ve farkındalıkları arttıkça sağlık kuruluşundan aldıkları tedavi önerisine daha çok uydukları söylenebilir. Ayrıca sağlık farkındalığı ile hizmet kalitesi algısı boyutları arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ($r=0,317$) bir ilişki bulunmuştur. Bu durumda kişilerin sağlık bilgisi ve farkındalıkları arttıkça buna paralel olarak hizmet kalitesi algılarının da arttığı söylenebilir.

Ayrıca tedaviye katılım ile tedavi önerisine uyum boyutları arasında yine istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ($r=0,429$) bir ilişki bulunmuştur. Bu durumda kişilerin tedaviye katılımları arttıkça tedavi önerisine daha çok uydukları söylenebilir. Yine tedaviye katılım ve hizmet kalitesi algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ($r= 0,510$) bir ilişki bulunmuştur. Bu durumda kişilerin tedaviye katılımları arttıkça hizmet kalitesi algılarının da bu artışa paralel olarak arttığı söylenebilir.

Yapılan analizde tedavi önerisine uyum ile hizmet kalitesi algısı arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ($r= 0,419$) bir ilişki bulunmuştur. Bu durumda kişilerin sağlık kuruluşundan aldıkları tedaviye uyum sağlamaları arttıkça hizmet kalitesi algısının da arttığı söylenebilir.

Son olarak yapılan korelasyon analizinde hasta katılımı boyutu ile hizmet kalitesi algısı arasında anlamlı pozitif yönlü ($r=0,560$) bir ilişki bulunmuştur. Bu durumda kişilerin katılım sağlamalarının algıladıkları hizmet kalitesi algısı ile ilişkili olduğu ve katılım sağladıkça hizmet kalitesi algılarının da arttığı söylenebilir.

Tablo 24

Hasta Katılımı ve Hizmet Kalitesi Algısı Formunun Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon

Boyutlar	1	2	3	4
Sağlık farkındalığı	1			
Tedaviye katılım	0,371**	1		
Tedavi önerisine uyum	0,313**	0,429**	1	
Hizmet kalitesi algısı	0,317**	0,510**	0,419**	1
Hasta Katılımı	0,665**	0,864**	0,735**	0,560**

** p<0,01 düzeyinde anlamlı korelasyon , * p<0,05 düzeyinde anlamlı korelasyon

Korelasyon analizi ile değerlendirme formunun boyutları arasındaki ilişki ortaya konulduktan sonra bu ilişkileri açıklamak amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanılır (Ural ve Kılıç, 2013: 249).

Bu kapsamda sağlık farkındalığının tedaviye katılıma olan etkisini açıklamak maksadıyla yapılan regresyon analizi tablo 25’te verilmiştir. Oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmekte ($F=68,673$; $p=0,000<0,05$) ve tabloda sağlık farkındalığının tedaviye katılım üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta=0,371$). Geliştirilen regresyon modelinde yer alan 0,137’lik R^2 değerinin ise tedaviye katılımında yaşanan %13,7’lik değişimin kişilerin sağlık farkındalığından kaynaklandığı söylenebilir. Bu bağlamda katılımcıların sağlık bilgisi ve farkındalıkları artıkça tedaviye katılımlarının da aynı şekilde arttığı söylenebilir.

Tablo 25**Sağlık Farkındalığının Tedaviye Katılıma Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P		
	β	Std. Hata	β				
Sabit	1,762	0,181		9,710	0,000		
Sağlık Farkındalığı	0,405	0,049	0,371	8,287	0,000		
R	0,37	R ²	0,137	F	68,673	P	0,000

Bağımlı Değişken: Tedaviye Katılım

Sağlık farkındalığının tedaviye uyuma olan etkisini açıklamak amacıyla yapılan regresyon analizi tablo 26'da verilmiştir. Oluşturulan regresyon modeli istatistiksel açıdan anlamlıdır (F=46,917; p=0,000<0,05). Tabloda sağlık farkındalığının tedaviye uyum üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta=0,313$). Geliştirilen regresyon modelinde yer alan 0,098'lik R² değerinin ise tedaviye uyumda yaşanan %9'luk değişimin kişilerin sağlık farkındalığından kaynaklandığı söylenebilir. Bu bağlamda katılımcıların sağlık bilgisi ve farkındalıkları arttıkça tedaviye uyumlarının da aynı şekilde arttığı söylenebilir.

Tablo 26**Sağlık Farkındalığının Tedaviye Uyuma Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P		
	β	Std. Hata	β				
Sabit	2,260	0,197		11,451	0,000		
Sağlık Farkındalığı	0,364	0,053	0,313	6,850	0,000		
R	0,31	R ²	0,098	F	46,917	P	0,000

Bağımlı Değişken: Tedaviye Uyum

Sağlık farkındalığının hizmet kalitesi algısına olan etkisini açıklamak amacıyla yapılan regresyon analizi tablo 27’de verilmiştir. Oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ve (F=48,318; p=0,000<0,05) tabloda sağlık farkındalığının hizmet kalitesi algısı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta=0,317$). Geliştirilen regresyon modelinde yer alan 0,100’lük R² değerinin ise hizmet kalitesi algısında yaşanan %10’luk değişimin kişilerin sağlık farkındalığından kaynaklandığı söylenebilir. Bu bağlamda katılımcıların sağlık bilgisi ve farkındalıkları arttıkça hizmet kalitesi algılarının da aynı şekilde arttığı söylenebilir.

Tablo 27**Sağlık Farkındalığının Hizmet Kalitesi Algısına Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P		
	β	Std. Hata	β				
Sabit	2,186	0,198		11,040	0,000		
Sağlık farkındalığı	0,370	0,053	0,317	6,938	0,000		
R	0,31	R ²	0,100	F	48,318	P	0,000

Bağımlı Değişken: Hizmet Kalitesi Algısı

Tedaviye katılımın tedaviye uyuma olan etkisini açıklamak amacıyla yapılan regresyon analizi tablo 28’de verilmiştir. Oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F=97,174$; $p=0,000<0,05$) ve tabloda tedaviye katılımın tedaviye uyum üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta=0,429$). Geliştirilen regresyon modelinde yer alan 0,184’lük R^2 değerinin ise hizmet kalitesi algısında yaşanan %18,4’lük değişimin kişilerin tedaviye katılımından kaynaklandığı söylenebilir. Bu bağlamda katılımcıların tedaviye katılım düzeyleri arttıkça tedaviye daha fazla uydukları söylenebilir.

Tablo 28

Tedaviye Katılımın Tedaviye Uyuma Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P		
	β	Std. Hata	β				
Sabit	2,109	0,154		13,664	0,000		
Tedaviye Katılım	0,456	0,046	0,429	9,858	0,000		
R	0,42	R^2	0,184	F	97,174	P	0,000

Bağımlı Değişken: Tedaviye Uyum

Tedaviye katılımın hizmet kalitesi algısına olan etkisini açıklamak amacıyla yapılan regresyon analizi tablo 29’da verilmiştir. Oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F=151,760$; $p=0,000<0,05$) ve tabloda tedaviye katılımın hizmet kalitesi algısı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta=0,510$). Geliştirilen regresyon modelinde yer alan 0,260’lık R^2 değerinin ise hizmet kalitesi algısında yaşanan %26’lık değişimin kişilerin tedaviye katılımından kaynaklandığı söylenebilir. Bu bağlamda katılımcıların tedaviye katılım düzeyleri arttıkça hizmet kalitesi algılarının da değiştiği ve tedavilerine katılımlarının yüksek olan bireylerin hizmet kalitesi algılarının da yükseldiği söylenebilir.

Tablo 29**Tedaviye Katılımın Hizmet Kalitesi Algısına Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P		
	β	Std. Hata	β				
Sabit	1,768	0,148		11,981	0,000		
Tedaviye Katılım	0,545	0,044	0,510	12,319	0,000		
R	0,51	R^2	0,260	F	151,760	P	0,000

Bağımlı Değişken: Hizmet Kalitesi Algısı

Tedaviye uyumun hizmet kalitesi algısına olan etkisini açıklamak amacıyla yapılan regresyon analizi tablo 30'da verilmiştir. Oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F=91,762$; $p=0,000<0,05$) ve tabloda tedaviye uyumun hizmet kalitesi algısı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta=0,419$). Geliştirilen regresyon modelinde yer alan 0,176'lık R^2 değerinin ise hizmet kalitesi algısında yaşanan %17'lik değişimin kişilerin tedaviye uyumundan kaynaklandığı söylenebilir. Bu bağlamda katılımcıların tedaviye uyum düzeyleri arttıkça hizmet kalitesi algılarının da değiştiği ve sağlık kuruluşundan aldığı tedaviye uyumu yüksek olan bireylerin hizmet kalitesi algılarının da yükseldiği söylenebilir.

Tablo 30**Tedaviye Uyumun Hizmet Kalitesi Algısına Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P		
	β	Std. Hata	β				
Sabit	2,024	0,162		12,498	0,000		
Tedaviye Uyum	0,421	0,044	0,419	9,579	0,000		
R	0,41	R ²	0,176	F	91,762	P	0,000

Bağımlı Değişken: Hizmet Kalitesi Algısı

Hasta katılımının hizmet kalitesi algısına olan etkisini açıklamak amacıyla yapılan regresyon analizi tablo 31’de verilmiştir. Oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F=196,835$; $p=0,000<0,05$) ve tabloda hasta katılımının hizmet kalitesi algısı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta=0,560$). Geliştirilen regresyon modelinde yer alan 0,314’lük R² değerinin ise hizmet kalitesi algısında yaşanan %31’lik değişimin hasta katılımından kaynaklandığı söylenebilir. Bu bağlamda katılımcıların katılım düzeyleri arttıkça hizmet kalitesi algılarının da değiştiği ve sağlık kuruluşundan aldığı tedaviye katılım sağlayan bireylerin hizmet kalitesi algılarının da yükseldiği söylenebilir.

Tablo 31**Hasta Katılımının Hizmet Kalitesi Algısına Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	P		
	β	Std. Hata	β				
Sabit	2,020	0,105		19,315	0,000		
Hasta Katılımı	0,404	0,029	0,560	14,030	0,000		
R	0,560	R ²	0,314	F	196,835	P	0,000

Bağımlı Değişken: Hizmet Kalitesi Algısı

4.5. Hipotezlerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın daha önce geliştirilen hipotezlerine yönelik sonuçları aşağıdaki gibidir.

Araştırma kapsamında kurulan ve hasta katılımı değerlendirme formunun alt boyutları olan sağlık farkındalığı, tedaviye katılım, tedaviye uyum ve hasta katılımı boyutlarının hizmet kalitesi algısı ile anlamlı ilişkilerinin test eden korelasyon analizleri sonucunda H hipotezi Ha, Hb ve Hc hipotezleri kabul edilmiştir.

Ayrıca hasta katılımının alt boyutları olan sağlık farkındalığının, tedaviye katılımın ve tedavi önerisine uyumun birbirleri arasındaki ilişkileri sorgulayan H1, H2 ve H3 hipotezleri yapılan korelasyon analizleri sonucunda kabul edilmişlerdir.

Bu araştırma kapsamında meslek, cinsiyet, medeni durum ve eğitimleri sosyo-demografik özellik olarak analiz edilmiştir. Sosyo-demografik özelliklerin hasta katılımı ile alt boyutları ve hizmet kalitesi algısıyla arasındaki anlamlı farklılıkları sorgulayan H4, H4a, H4b, H4c ve H5 hipotezleri yapılan fark analizleri sonucunda reddedilmiştir.

Tablo 32**Araştırmanın Hipotezlerinin Değerlendirilmesi**

Hipotezler	Kabul	Red
H: Hasta katılımı ve hizmet kalitesi algıları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	X	
Ha: Sağlık farkındalığı ile hizmet kalitesi algısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.	X	
Hb: Tedaviye katılım ile hizmet kalitesi algıları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	X	
Hc: Tedaviye uyum ile hizmet kalitesi algısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.	X	
H1: Sağlık farkındalığı ile tedaviye katılım arasında anlamlı bir ilişki vardır.	X	
H2: Sağlık farkındalığı ile tedavi önerisine uyum arasında anlamlı bir ilişki vardır.	X	
H3: Tedaviye katılım ile tedavi önerisine uyum arasında anlamlı bir ilişki vardır.	X	
H4: Sosyo-demografik özellikler ile hasta katılımı arasında anlamlı bir fark vardır.		X
H4a: Sosyo-demografik özellikler ile sağlık farkındalığı arasında anlamlı bir fark vardır.		X
H4b: Sosyo-demografik özellikler ile tedaviye katılım arasında anlamlı bir fark vardır.		X
H4c: Sosyo-demografik özellikler ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir fark vardır.		X
H5: Sosyo-demografik özellikler ile hizmet kalitesi algıları arasında anlamlı bir fark vardır.		X

BÖLÜM 5 TARTIŞMA SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma kapsamında; çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerin son aldıkları tedavi hizmetinde tedavilerine ne kadar katıldığı tedaviye katılımın kişinin sağlık farkındalığı düzeyi ile ilişkili olup olmadığı, tedavisine katılım sağlayan bireylerin tedavilerine uyma davranışında bulunup bulunmadığı ve katılımın algılanan hizmet kalitesine etkisinin olup olmadığını ölçmek üzere testler yapılmıştır.

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda “Kitaplar, internet siteleri ve diğer sağlık bilgisi kaynaklarında olan bilgileri anlayabiliyorum.”, “Kendi sağlık durumumu takip ederim.” ve “İlaçlarımı anlatıldığı şekilde almaya dikkat ettim.” ifadeleri bireylerin en çok katıldıkları ifadeler olarak tespit edilmiştir. Bu katılım düzeylerine göre kişilerin sağlık farkındalığının olduğu ve sağlıklarına önem verdikleri söylenebilir. Bunun yanında “Tedavi seçeneklerinden istediğimi kendim seçtim” , “Doktorum ve diğer sağlık çalışanları tedavi planıyla ilgili benim önerilerimi hesaba kattı.” ve “İlaçları kullanma kararını doktorum ve ben beraber aldık.” İfadeleri ifadeleri en az katılım sağlanan ifadeler olarak karşımıza çıkmıştır. Bu ifadelere göre araştırmaya katılım sağlayan hastaların tedaviye katılım düzeyleri düşük olduğu söylenebilir. Örnekleme oluşturan kitlenin yaş durumuna ve tedaviye katılım tercihine bakıldığı zaman genç ve orta yaş ağırlıklı olan kitlenin ve tedaviye daha çok katılım sağlama isteğini belirtmiş olmalarına rağmen tedaviye katılım boyutundaki ifadelerin ortalamasının düşük olması katılım tercihi ile çelişki gösterdiği söylenebilir. Bu durumda hastalar her ne kadar sağlık farkındalıkları yüksek olsa ve tedaviye katılmayı tercih etse de bu fırsatı bulamadıkları ve tedavilerine yeterince katılım sağlayamadıklarını düşünmektedir. Atoof ve diğerlerinin yaptığı araştırmada da hastaların %21’i tedavileri hakkında bilgilendirilmeleri gerektiğini düşünmüşlerdir. (Atoof ve diğerleri, 2015: 5). Ölmez ve Barkan tarafından yapılan çalışmada ise bu çalışmanın sonuçlarını destekleyecek şekilde hastaların katılım sağlayamadıklarına ve katılım sağlamalarının önündeki engellere değinilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre hekimlerin anlaşılmayan terimler kullandıkları, çok hızlı konuştukları için hastaların hekimi anlamakta güçlük çektikleri, sağlık problemleri hakkında hekimlerin yeterli bilgi vermediği dolayısıyla tedavinin nasıl olması gerektiği hakkında hastaların %65’inin kafasının karıştığı görülmüştür. Ayrıca hekimlerin bir testin neden yapılacağı ve nasıl yapılacağı, ilaçların nasıl alınacağı ve kullanılacağı konusunda

ve tedavi sonrasında hastanın sağlığında ne gibi değişikliklerin olacağı konusunda bilgi verme bakımından yetersiz kalmışlardır. Bunların yanında hastaların önerilen tedaviyi uygularken karşılaşılabilecekleri problemleri yeteri kadar anlamadıkları görülmüştür (Ölmez ve Barkan, 2015: 124, 125).

Analizler sonucunda katılımcıların demografik özelliklerine göre farklılıkları incelendiğinde cinsiyet değişkeninde alt boyutlardan sadece sağlık farkındalığı boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmuş ve erkek katılımcıların farkındalığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Medeni durum açısından ise farklılığın oluşmadığı görülmüştür. Eğitim durumu ve meslek için yapılan analizlerde yine sadece sağlık farkındalığı boyutu açısından farklılık oluşmuş olup eğitim düzeyi arttıka farkındalığın genelde arttığı ve sağlık çalışanlarının farkındalık düzeylerinin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar daha önce sağlık okuryazarlığı gibi konularda yapılmış çalışmaların genel olarak ileri yaşlarda, kadınlarda, evli olmayanlarda, eğitim durumu ve gelir durumu düşük olanlarda sağlık okuryazarlığının da daha düşük olması sonuçları ile uyusmaktadır (Paasche-Orlow ve diğerleri, 2005: 175; Cho ve diğerleri, 2008: 1814; Morris, MacLean ve Littenberg, 2013: 642).

Daha önce yapılmış çalışmalarda kronik hastalarda yeterli bilgilendirme ile hastanın kendini daha iyi hissettiği, fizik aktivitesinin ve hasta memnuniyetinin arttığı bulunmuştur. Bunun yanında bilgilendirme yoluyla elde edilecek bir diğer önemli sonuç hizmet kalitesinin artması ve hasta ile daha iyi ilişki kurulmasıdır. Böylece verilen hizmete ve tedavilere uyum artacaktır (Özer ve diğerleri, 2002: 11). Bu bağlamda kronik rahatsızlığa sahip olma durumu ve daha önce rahatsızlıkları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre yapılan analizlerde kronik rahatsızlığa sahip olan bireyler ile sahip olmayan bireyler arasında bir fark bulunmamıştır. Rahatsızlıkları ile ilgili eğitim alma durumuna bakıldığında ise sağlık farkındalığı boyutunda fark oluşmuş olup daha önce rahatsızlığıyla ilgili eğitim almış olan bireylerin farkındalığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Daha önce rahatsızlık eğitimi alma durumuna göre katılımcıların ifadelere verdikleri cevaplara bakıldığında da bireyler arasında fark görülmüştür. Daha önce herhangi bir rahatsızlık eğitimi almış olan bireylerin sağlık bilgisi kaynaklarını anlayabilme, kendi sağlığı ve hastalığı ile ilgili belirtileri anlayabilme ve kendi sağlık durumunu kontrol etme ifadelerine daha önce sağlık eğitimi almamış olan bireylere göre daha çok katılım sağladıkları görülmüştür. Yapılan araştırmalar hastalara yazılı ya da

sözlü bilgi verilmesinin sağlık bilgisini geliştirebileceğini ortaya koymaktadır (Mcpherson, Higginson ve Hearn, 2001: 230). Eğitim alan kişilerin rahatsızlıkları ve hastalıkları hakkında bilgi düzeylerinin artmasının bir sonucu olarak değerlendirilen bu bulgu Cho ve diğerleri tarafından yapılan araştırmanın yeterli düzeyde sağlık bilgi düzeyine sahip olma ile hastanın kendi sağlık durumu ve hastalık hakkında bilgi sahibi olması arasında pozitif yönlü korelasyon bulunması sonucuyla uyumaktadır (Cho ve diğerleri, 2008: 1814).

Katılımcıların son aldıkları tedavi hizmeti üzerinden geçen sürenin farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Katılım ifadeleri bakımından yapılan analizde ise “Doktorlar ile birlikte hangi tedavinin benim için en iyi olduğuna karar verme konusunda sorumluluğu paylaşmayı tercih ediyorum.” ifadesine katılan bireyler ile diğer ifadeler katılan bireyler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Analize göre sorumluluğu paylaşmak ve beraber karar almak isteyen bireylerin beklenildiği gibi diğer gruplardan sağlık farkındalığı boyutunda anlamlı fark oluşturmasa da ortalaması yüksek; tedaviye katılım, tedavi önerisine uyum ve hizmet kalitesi algısında ise anlamlı farklılık oluşmuş ve ortalaması yüksektir. Tedavi kararlarında sorumluluğu paylaşmayı tercih eden bireylerin hem tedavi kararlarına daha çok katıldığı ve uyma eğilimde olduğu hem de hizmet kalitesi algısının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Yapılan ilişki analizlerinin sonucunda bütün alt boyutlar arasında ilişki tespit edilmiştir. Boyutlar arasında en güçlü ilişki ise hasta katılımı ve hizmet kalitesi algısı arasında bulunmuş olan pozitif yönlü orta düzey ilişkidir. Bunun dışında sağlık farkındalığı ile tedaviye katılım, tedavi önerisine uyum ve hizmet kalitesi algısı arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur. Tedaviye katılım ile tedaviye uyum ve hizmet kalitesi algısı arasında yine pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur. Son olarak tedaviye uyum ve hizmet kalitesi algısı arasında da pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur.

Regresyon analizlerinin sonuçlarına göre sağlık farkındalığının artmasının sonucunda tedaviye katılım daha da artacaktır. Sağlık farkındalığı boyutunda katılımcıların sağlık bilgilerini ne kadar anladığı, bilgi sahibi olduğu ve kendi durumunu ne kadar takip ettiği gibi sorular yöneltilmiş ve farkındalığı ölçülmeye çalışılmıştır. Buna göre kişilerin bilgileri anlama düzeyinin yüksek olması ve kendi durumlarını takip etmesinin tedaviye katılımlarını arttırdığı görülmüştür. Bilgisi ve farkındalığı yüksek olan bireylerin

tedavilerinde daha çok sorumluluk alacağı söylenebilir. Aynı şekilde tedaviye katılımın yanında bu bireylerin sağlık bilgisi ve farkındalıklarının yüksek olmasıyla tedaviye daha çok uyum gösterecekleri ve hizmet kalitesi algılarının da daha çok artacağı söylenebilir. Nitekim Cho ve diğerleri tarafından yapılan araştırmada da yeterli düzeyde sağlık bilgi düzeyine sahip olma ile ilaç tedavisine uyum arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur (Cho ve diğerleri, 2008: 1814).

Literatürde hasta odaklı olarak sunulan sağlık hizmetlerinin hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesinin arttırdığına yönelik çalışmalar vardır (Kumbasar, 2016: 85). Sunulan hizmetin kalitesi ise hizmet sunan ile hizmeti alan arasındaki ilişkinin iyiliğine dayanır. Sağlık hizmetlerinde bu ilişkinin iyi olması hastanın hizmet alımı sırasında kendisini rahat hissetmesi, tedavisi için gerekli olan bilgileri verebilmesi ve kendisine uygun olan tedavi seçenekleri arasından seçimini yapabilmesiyle sonuçlanır (Kaya, 2013: 4). Böylece hasta tedavisine katılım sağlayabilmiş olur ve bu katılım beraberinde sağlık hizmetinden algıladığı kaliteyi etkiler. Bu noktadan hareket ile yapılan analizlerde orta düzey ve pozitif yönlü bir ilişkiler hasta katılımı ve tedaviye katılım ile hizmet kalitesi algısı arasında bulunmuştur. Bireylerin tedavilerinde sorumluluk alma, görüşlerinin ve tercihlerinin tedaviye yansıtılması, göreceği tedavi hakkında ve kullanacağı ilaçlar hakkında bilgi sahibi olması ve bunları seçme hakkının tanınmış olması hem bu tedavilere hastaların uyumunu hem de hastanın hizmet kalitesi algısını arttıracaktır. Analizlere göre hizmet kalitesi algısını arttıran alt boyutlardan birisi de tedaviye uyumdur. Tedaviye uyum gösteren bireylerin hizmet kalitesi algısının buna bağlı olarak artacağı görülmüştür. Bu sonuçlara paralel olarak Gill (2013), yaptığı araştırmanın sonucunda hastaların sağlık hizmeti alımında hedefler üzerinde anlaşma ve işbirliği yapmanın, iletişimin, bilgi ve cesaretlendirmenin, hastayı teşvik etmenin ve hizmet sunucuların etkinliğinin hastaların algıladıkları sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır (Gill, 2013: 91). Ayrıca Weingart ve diğerlerinin (2011) hastanede yatan hastaların bakımlarına ne ölçüde katıldığını ve hasta katılımının bakım kalitesi ve hasta güvenliği ile ilişkisini anlamak için yaptıkları çalışmada hemen hemen tüm katılımcılar hastanede yatma süreleri boyunca bakımlarına katılmışlardır. Hastalar, başvurularının nedeninin farkında olduklarını, bakım verenlerle iletişim kurmaya yetecek kadar iyi hissettiklerini, bilgi sağlayabilecek bir klinisyen bulduklarını, tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını tartıştiklerini ve bakımları ile ilgili kararlara katıldıklarını bildirmişler. Az sayıda katılımcı, ilaçlarının

doğru olduğundan emin olmak için kontrol etmek gibi aktif katılım etkinliklerini rapor etmiştir. Sonuçlara göre daha fazla katılımı olanların, yüksek kalitede bakım bildirme olasılıkları daha yüksekti (Weingart ve diğerleri, 2011: 273).

Genel olarak tedaviye katılım boyutu altında yer alan ifadelere katılımcıların cevaplarının ortalamalarına bakıldığında orta düzeyde kaldığı görülmektedir buda katılımcıların tedavilerine yeterince katılım gösteremediğini göstermektedir. Bunun altında yatan sebebin ise hasta ile sağlık hizmeti sunucularının yeterli düzeyde ve doyurucu iletişim kuracak kadar zaman ayıramamış olması olduğu düşünülmektedir. Bireylerin tedavilerine katılımları düştükçe doğru teşhis ve tedavi almış olsalar dahi tedavilerine uyumları düştüğü için aynı rahatsızlık için tekrar sağlık kuruluşuna başvuru yaptığı düşünülmektedir. Bu durum beraberinde yine hasta yoğunluğunu ve sağlık hizmeti sunucularının hastaya daha az zaman ayırmasını doğurup döngüyü tekrarlamaktadır. Etkili ve kademeli bir sevk zinciri vb. zmler ile hastaya katılımında bulunabilmesi için yeterli ve doyurucu sürenin ayrılması önerilmektedir. Hastaların rahatsızlıkları hakkında alabileceği eğitimlerin olması veya sağlanmasının katılımlarını arttığı ve beraberinde uyum ve hizmet kalitesi algılarını etkilediği görülmüştür. Bu durumda sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve kamunun bu eğitimleri arttırması önerilmektedir.

Hastalar tedavileri ve bakım planlarında sorumluluğu paylaşmayı daha çok tercih etmiştir. Hastaların sağlık hizmetinin sağlayıcısı ile kendi durumunu değerlendirdikten sonra sorumluluğu paylaşması tedavilerine katılımlarını arttırdığı gibi bu tedaviye uyumlarını ve dolaylı olarak memnun olmayı hizmet kalitesi algılarını etkilemektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının geleneksel paternalistik (babacıl) yaklaşımlar yerine paylaşımcı ve bilgilendirici modelleri tercih etmeleri önerilmektedir. Bu modellerin seçimi hizmet kalite algısını değeristirmektedir.

Sonuçları genellenmemiş olan bu araştırma sadece 433 kişi ile sınırlıdır daha geniş veya çeşitli gruplara uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve E. Yıldırım. (2007). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı. 5. Baskı. Sakarya: Sakarya Yayıncılık
- Beresford, P. (2013). Beyond the Usual Suspect. Pureprint Group ISBN 978-1-906498-01-6
- Bucak, T. (2011). İşletmelerde Kalite Yönetimi. 1. Baskı. İzmir: İlya İzmir Yayınevi.
- Cirhinoğlu, Z. (2010). Sağlık Sosyolojisi. 2. Baskı. Ankara: Nobel yayın dağıtım.
- Coulter, A. (2006). Engaging Patients in Their Healthcare; How is the Uk Doing Relative to Other Countries?, London: Picker institute
- Çokluk, Ö. S., Şekercioglu, G. ve Büyüköztürk, S. (2012). Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: spss ve lisrel uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Efil, İ. (2010). Toplam Kalite Yönetimi. 7. Baskı. Bursa: Dora Basım Yayın Dağıtım.
- Halis, M. (2000). Paradigmadan Uygulamaya Toplam Kalite Yönetimi ve ISO-9000 Kalite Güvence Sistemleri. 1. Baskı. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Halis, M. (2010). Toplam Kalite Yönetimi. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Kalaycı, Ş. (2009) SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 8. Baskı. Ankara: Dinamik Akademi
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım S. (2015). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 4. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, S. (2013). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. 1. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını
- Kayış, A. (2009). Güvenilirlik Analizi. Ş. Kalaycı (Ed). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Dinamik Akademi. 404 – 419. ISBN:978-

605-122-153-3

- Özlü, T. (2005). Kurumsal Metinler, Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları. İstanbul: Timaş Yayınları
- Öztürk, A. (2009). Kalite Yönetimi ve Planlaması. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Peşkircioğlu, N. (1999). Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.
- Şimşek, H. (2010). Toplam Kalite Yönetimi Kuram, İlkeler, Uygulamalar. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tekin, M. (2004). Toplam Kalite Yönetimi. 3. Baskı. Ankara: Kişisel Yayınlar.
- Turan, A.P. (1999). Ekip Çalışması Yayımlanmamış Seminer Notları. MPM. Ankara s.10
Aktaran: Peşkircioğlu, N. (1999). Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları. 2.basım. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları
- Ural, A. ve İ. Kılıç. (2013). Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. 4. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık
- Yatkın, A. (2003). Toplam Kalite Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Genişletilmiş 2.baskı. Ankara: Detay Yayıncılık.

Sürekli Yayınlar

- Aksoy, R. (2005). Zonguldak'ta Ayakta Tedavi Tüketicilerinin Sağlık Hizmeti Kalite Değerlemesi. ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 1(1), 1–21.
- Arslan, A. (2002). Kamu Harcamalarında Verimlilik, Etkinlik ve Denetim. Maliye Dergisi, (140), 1–14.
- Arslan, E. T. ve Demir, H. (2017). Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine İlişkin Tutumu: Nitel Bir Araştırma. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(17), 191–220.
- Arslantaş, C. ve Dursun, M. (2008). The Impact Of Ethical Leadership Behavior On Trust In Manager And Psychological Empowerment: The Mediating Role Of Interactional Justice. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 128, 111–128.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2(6), 55- 71
- Keskin E. (2010). Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Uygulamalarının ve Sürekli İyileştirmenin Çalışanların Motivasyonu Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi.
- Atoof, F., Eshraghian, M. R., Mahmoodi, M., Mohammad, K., Rangraz Jeddi, F. ve Abootalebi, F. (2015). Patients and Public Involvement in Patient Safety and Treatment Process in Hospitals Affiliated to Kashan University of Medical Sciences, Iran, 2013. Nursing and Midwifery Studies, 4(2). doi:10.17795/nmsjournal24755
- Atzori, W. ve Ünver, Ö. (2013). Support Users To Access Information and Services Document – Questionnaire for Patient Empowerment Measurement. Public. (297206). 1–74.
- Bayın, G. (2016). Role of Patient and Public Involvement in The Process of Health Services Development. TAF Preventive Medicine Bulletin.15(5). 458.

doi:10.5455/pmb.1-1462259636

- Boivin, A., Currie, K., Fervers, B., Gracia, J., James, M., Marshall, C., Burgers, J. (2010). Patient and Public Involvement In Clinical Guidelines: International Experiences And Future Perspectives. *BMJ Quality & Safety*. 19(5), e22–e22. doi:10.1136/qshc.2009.034835
- Bostan, S. (2007). Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(1), 1–18.
- Brett, J., Staniszewska, S., Mockford, C., Herron-Marx, S., Hughes, J., Tysall, C. ve Suleman, R. (2014a). Mapping The Impact Of Patient And Public Involvement On Health and Social Care Research: A Systematic Review. *Health Expectations*. 17(5), 637–650. doi:10.1111/j.1369-7625.2012.00795.x
- Brett, J., Staniszewska, S., Mockford, C., Herron-Marx, S., Hughes, J., Tysall, C. ve Suleman, R. (2014b). A Systematic Review of the Impact of Patient and Public Involvement on Service Users, Researchers and Communities. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*. 7(4), 387–395. doi:10.1007/s40271-014-0065-0
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C. ve Sweeney, J. (2013). Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies. *Health Affairs*, 32(2), 223–231. doi:10.1377/hlthaff.2012.1133
- Cayton, H. (2004). Patient and public involvement. *Journal of health services research & policy*, 9(4), 193–4. doi:10.1258/1355819042250195
- Chakravarty, A. (2011). Evaluation of service quality of hospital outpatient department services. *Medical Journal Armed Forces India*, 67(3), 221–224. doi:10.1016/S0377-1237(11)60045-2
- Charles, C., Gafni, A. ve Whelan, T. (1997). Shared Decision-Making in The Medical Encounter: What Does it Mean? (or it takes at least two to tango). *Social science & medicine* (1982), 44(5), 681–92. doi:10.1016/S0277-9536(96)00221-3
- Charmel, P. ve Frampton, S. (2008). Building the business case for patient-centered care.

Healthcare Financial Management, 62(3), 80–85.

Cho, Y. I., Lee, S.-Y. D., Arozullah, A. M. ve Crittenden, K. S. (2008). Effects of Health Literacy On Health Status and Health Service Utilization Amongst The Elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809–1816. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.003

Church, J., Saunders, D., Pong, R. ve Spooner, C. (2016). Citizen Participation in Health Decision-Making : Past Experience and Future Prospects Author (s): John Church , Duncan Saunders , Margaret Wanke , Raymond Pong , Carol Spooner and Marlene Dorgan Source : *Journal of Public Health Policy* , Vol . 23 , No. *Journal of Public Health Policy*, 23(1), 12–32.

Coulter, A. (1997). Partnerships With Patients: The Pros and Cons of Shared Clinical Decision-Making. *Journal of health services research & policy*, 2(2), 112–21. doi:10.1177/135581969700200209

Coulter, A. ve Ellins, J. (2006). Patient-focused interventions: A Review of the Evidence. Picker Institute Europe And The Health Foundation, QQUIP – Quest for Quality and Improved Performance, London(August).

Coulter, A. ve Ellins, J. (2007). Effectiveness of Strategies for Informing, Educating, and Involving Patients. *BMJ*, 335(7609), 24–27. doi:10.1136/bmj.39246.581169.80

Coulter, A., Entwistle, V. ve Gilbert, D. (1999). Sharing Decisions with Patients: Is the Information Good Enough? *BMJ*, 318(7179), 318–322. doi:10.1136/bmj.318.7179.318

Coulter, A., Peto, V. I. V ve Doll, H. (1994). Patients Preferences and General Practitioners Decisions in the Treatment of Menstrual Disorders. Oxford Universty Press, 11(1), 67–74.

Çetin, K. (2002). Toplam Kalite Yönetimi Felsefesi ve Temel Unsurları. *Milli Eğitim Dergisi*. 155-156. Ankara.

Dagger, T. S., Sweeney, J. C. ve Johnson, L. W. (2007). A Hierarchical Model of Health Service Quality. *Journal of Service Research*, 10(2), 123–142. doi:10.1177/1094670507309594

- Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N. ve Vincent, C. A. (2007). Patient Involvement in Patient Safety: What Factors Influence Patient Participation And Engagement? *Health Expectations*, 10(3), 259–267. doi:10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x
- Deniz, N. (2016). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalite Algısının Ölçümüne Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
- Department of Health. (2005). *Creating a Patient-Led NHS: Delivering the NHS Improvement Plan*. London: Department of Health
- Devebakan, N. ve Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(5), 38–54.
- Dursun, Y. ve Çerçi, M. (2004). Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü. Uzman, Sağlık Bakanlığı , Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23, 1–16.
- Emanuel EJ ve Emanuel LL. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal Am Med Assoc.*6, 267:2221
- Epstein, R. M. ve Street, R. L. (2007). The value of patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 68(2), 179–185. doi:10.1370/afm.1239.atient-centered
- Fraenkel, L. (2013). Incorporating Patients' Preferences Into Medical Decision Making. *Medical Care Research and Review*, 70, 80–93. doi:10.1177/1077558712461283. *Medical Care Research and Review*, 70(1_suppl), 80S–93S. doi:10.1177/1077558712461283
- Frank, C., Asp, M., Fridlund, B. ve Baigi, A. (2011). Questionnaire For Patient Participation İn Emergency Departments: Development and Psychometric Testing. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 643–651. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05472.x
- Gamble, C., Dudley, L., Allam, A., Bell, P., Buck, D., Goodare, H., Young, B. (2015).

- An Evidence Base To Optimise Methods For Involving Patient and Public Contributors in Clinical Trials: A Mixed-Methods Study. *Health Services and Delivery Research*, 3(39), 1–142. doi:10.3310/hsdr03390
- Ghobadian, A., Speller, S. ve Jones, M. (1994). Service Quality. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 11(9), 43–66. doi:10.1108/02656719410074297
- Gill, P. (2013). Patient Engagement: An Investigation at A Primary Care Clinic. *International Journal of General Medicine*, 6, 85. doi:10.2147/IJGM.S42226
- Gill, P. S. (2013). Improving Health Outcomes: Applying Dimensions of Employee Engagement to Patients. *The International Journal of Health*, 3, 1–9.
- Institute of Medicine. (2007). *Emergency Medical Services: At the Crossroads*. Washington, D.C.: National Academies Press. doi:10.17226/11629
- İzgi, M. C. (2014). The concept of privacy in the context of personal health data. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(1), 25–37. doi:10.5505/tjob.2014.65375
- Kolovos, P., Kaitelidou, D., Lemonidou, C., Sachlas, A. ve Sourtzi, P. (2016). Patients Perceptions and Preferences of Participation in Nursing Care. *Journal of Research in Nursing*, 21(4), 290–303. doi:10.1177/1744987116633498
- Krones, T., Keller, H., Sonnichsen, A., Sadowski, E.-M., Baum, E., Wegscheider, K., Donner-Banzhoff, N. (2008). Absolute Cardiovascular Disease Risk and Shared Decision Making in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *The Annals of Family Medicine*, 6(3), 218–227. doi:10.1370/afm.854
- Kumbasar, B. (2016). Hasta Odaklı Sağlık Hizmetlerinde İletişim. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 85–90. doi:10.17681/hsp.50586
- Légaré, F., Ratte, S., Gravel, K. ve Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, 73, 526–535. doi:10.1016/j.pec.2008.07.018
- Légaré, F., Stacey, D. ve Forest, P.-G. (2007). Shared Decision-Making in Canada: Update, Challenges And Where Next! *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und*

- Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care, 101(4), 213–221. doi:10.1016/j.zgesun.2007.02.024
- Lindberg, J., Kreuter, M., Person, L.-O. ve Taft, C. (2013). Patient Participation in Rehabilitation Questionnaire (PPRQ)—Development and Psychometric Evaluation. *Spinal Cord*, 51(11), 838–842. doi:10.1038/sc.2013.98
- Mcperson, C. J., Higginson, I. J. ve Hearn, J. (2001). Effective Methods of Giving Information in Cancer : A Systematic Literature Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of Public Health Medicine*, 23(3), 227–234.
- Mockford, C., Staniszewska, S., Griffiths, F. ve Herron-Marx, S. (2012). The Impact of Patient And Public Involvement on UK NHS Health Care: A Systematic Review. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(1), 28–38. doi:10.1093/intqhc/mzr066
- Morris, N. S., MacLean, C. D. ve Littenberg, B. (2013). Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults With Diabetes. *The Diabetes Educator*, 39(5), 638–646. doi:10.1177/0145721713496871
- Mullen PD. (1997). Compliance Becomes Concordance. *BMJ*. 314:691
- Nişancı, Y., Nazlı, N., Özkan, M. ve Özcan, M. (2009). Türk Kardiyoloji Derneği Etik Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 37(3).
- Ocloo, J. ve Matthews, R. (2016). From Tokenism to Empowerment: Progressing Patient and Public Involvement in Healthcare Improvement. *BMJ Quality & Safety*, 25(8), 626–632. doi:10.1136/bmjqs-2015-004839
- Ölmez, E. H. ve Barkan, O. B. (2015). Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hasta Hekim İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 121–127.
- Özata, M. ve Özer, K. (2016). Hastanelerde Hasta Mahremiyetine Yönelik Uygulamalarının Sağlıkta Kalite Standartları Bağlamında Değerlendirilmesi: Konya Örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 45, 11–33. doi:http://dx.doi.org/10.9761/JASSS3307

- Özçakır Alis. (2004). Hekim-Hasta İlişkisi : Karar Verme Sürecinde Hastanın Yeri. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 24, 411–415.
- Özer, C., Şahin, E. M., Dağdeviren, N. ve Aktürk, Z. (2002). Birinci Basamakta Hasta Eğitimi. Sted Dergisi, 11(1), 11–14.
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T. ve Rudd, R. R. (2005). The Prevalence of Limited Health Literacy. Journal of General Internal Medicine, 20(2), 175–184. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x
- Robledo, M. A. (2001). Measuring and Managing Service Quality: Integrating Customer Expectations. Managing Service Quality: An International Journal, 11(1), 22–31. doi:10.1108/09604520110379472
- Roter, Debra J. ve McNeilis, Kelly S. (2003). The Nature of the Therapeutic Relationship and the Assessment of Its Discourse in Routine Medical Visits. Thompson Teresa L., Dorsey Alicia M., Miller Katherine I., ve Parrott, Roxanne. (Ed). Handbook of Health Communication. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 121-140.
- Rowe, R. ve Shepherd, M. (2002). Public Participation in the New NHS: No Closer to Citizen Control? Social Policy & Administration, 36(3), 275–290.
- Say, R. E. (2003). The Importance of Patient Preferences in Treatment Decisions Challenges For Doctors. BMJ, 327(7414), 542–545. doi:10.1136/bmj.327.7414.542
- Sepucha, K. R., Levin, C. A., Uzogara, E. E., Barry, M. J., O'Connor, A. M. ve Mulley, A. G. (2008). Developing Instruments to Measure The Quality Of Decisions: Early Results for A Set Of Symptom-Driven Decisions. Patient Education and Counseling, 73(3), 504–510. doi:10.1016/j.pec.2008.07.009
- Smith, E., Ross, F., Donovan, S., Manthorpe, J., Brearley, S., Sitzia, J. ve Beresford, P. (2008). Service User Involvement in Nursing, Midwifery and Health Visiting Research: A Review of Evidence and Practice. International Journal of Nursing Studies, 45(2), 298–315. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.09.010
- Smith, P. E. (2007). Engaging “Levers” to Gauge Success. Journal of Healthcare Risk Management, 27(3), 4–5. doi:10.1002/jhrm.5600270301

- Sofaer, S. ve Firminger, K. (2005). Patient Perceptions of the Quality of Health Services. Annual review of public health, 26(1), 513–59. doi:10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958
- Stewart M., Brown J.B., Weston W.W., McWhinney I.R., McWilliam C.L., F. T. R. (2005). Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. International Journal of Integrated Care, 5(21), 1. doi:10.1136/bmj.311.7019.1580
- Thompson, A. G. H. (2007). The Meaning of Patient Involvement and Participation in Health Care Consultations: A Taxonomy. Social science & medicine (1982), 64(6), 1297–310. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.002
- Tritter, J. Q. (2009). Revolution or Evolution: The Challenges of Conceptualizing Patient and Public Involvement in A Consumerist World. Health Expectations, 12(3), 275–287. doi:10.1111/j.1369-7625.2009.00564.x
- Vincent, C. A. ve Coulter, A. (2002). Patient Safety: What About the Patient? Quality & safety in health care, 11(1), 76–80. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12078376> adresinden erişildi.
- Wait, S. ve Nolte, E. (2006). Public Involvement Policies in Health: Exploring Their Conceptual Basis. Health Economics, Policy and Law, 1(2), 149. doi:10.1017/S174413310500112X
- Weingart, S. N., Zhu, J., Chiappetta, L., Stuver, S. O., Schneider, E. C., Epstein, A. M., Weissman, J. S. (2011). Hospitalized Patients' Participation and Its Impact on Quality of Care and Patient Safety. International Journal for Quality in Health Care, 23(3), 269–277. doi:10.1093/intqhc/mzr002
- World Health Organisation. (1978). Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care. USSR.
- Yıldırım, G. ve Kadioğlu, S. (2007). Etik ve Tıp Etiği Kavramları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 29(2), 7–12.
- Yükçü, S. ve Atağan, G. (2009). Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 23(4), 235–252.

Yürümez, Y. (2010). Hasta Haklarını Biliyor Muyuz ? Akademik Acil Tıp Dergisi, 2(3), 67-71. doi:10.4170/jaem.2010.50023



Diğer Yayınlar

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. (t.y.)

<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> (03.02.2018).

Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). Resmi Gazete. No 23420. 1.08.1998.

Involve What is Public Involvement in Research?. (t.y.) www.invo.org.uk/find-out-more/what-is-public-involvement-in-research-2/ (01.02.2017)

Kalite (t.y.)

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=178859 (07.05.2017)

Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. (2007).

<http://www.nilgunsarp.com/saglik-hizmetlerinde-toplam-kalite-yonetimi/>
(23.12.2017).

What is person centred care and is it important?. (t.y.)

https://healthinnovationnetwork.com/system/ckeditor_assets/attachments/41/what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf (28.10.2017)

WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (21.06.2018)

EKLER

Ek 1: Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu anket, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü'nde yapılan bilimsel bir araştırma kapsamında uygulanmaktadır. Bu anket formunun amacı, sağlık kuruluşlarından tedavi hizmeti alan bireylerin tedavi süreçlerine katılımlarının belirlenmesi ve bunun kalite algısına etkisini araştırmaktır. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler sadece bilimsel veri elde etme amaçlı olup bu veriler kesinlikle gizli tutulacaktır. Sorulara tarafsız ve samimi cevaplar vermeniz doğru sonuçlar elde etme açısından önem taşımaktadır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Selma ALTINDIŞ, Arş. Gör. Cihan UNAL

Demografik Bilgiler

Cinsiyetiniz ERKEK KADIN

Medeni Durumunuz EVLİ BEKAR

Yaşınız 20 yaş ve altı 21-30 31-40 41-50
51 ve üstü

Mesleğiniz Memur Sağlık çalışanı Ev hanımı Akademisyen
 Öğrenci İşçi Emekli Diğer.....

Aylık ortalama geliriniz 1000 TL ve altı 1001-2000 2001-3000
 3001-4000 4001 ve üstü

Eğitim Durumunuz İlköğretim Ortaöğretim Lise Önlisans
 Lisans Yüksek lisans Doktora

Aşağıdaki kitle iletişim araçlarından hangilerini sağlık bilgisi edinmede kullanırsınız? (Birden fazla şıkkı seçebilirsiniz).

Televizyon İnternet Gazete Radyo Kitap-Dergi Sosyal ağlar

Sağlık kuruluşlarından en son ne zaman tedavi hizmeti aldınız?

0-6 ay önce 7-12 ay önce 13-18 ay önce 19-24 ay önce
Diğer.....

Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

Evet, var Hayır, yok

Daha önce rahatsızlığınız ile ilgili herhangi bir sağlık kuruluşundan eğitim aldınız mı?

Evet, aldım Hayır, almadım

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyarak cevaplayınız. “Hiç Katılmıyorum” ve “Katılmıyorum” en düşük katılım düzeyini, “Katılıyorum” ve “Tamamen Katılıyorum” en yüksek katılım düzeyini ifade etmektedir. Kararsız olduğunuz ifadeler için kararsızım kutusunu işaretleyebilirsiniz. Her ifade için tek seçim yapınız.					
	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Sağlık farkındalığı					
1.Sağlık kuruluşuna başvurmadan önce hastalığım hakkında bilgiye sahiptim.					
2.Sağlık kuruluşunu ziyaretimde bana anlatılan sağlık bilgilerini yeterince anladım.					
3.Kitaplar, internet siteleri ve diğer sağlık bilgisi kaynaklarında olan bilgileri anlayabiliyorum.					
4.Sağlığım veya hastalığımla alakalı ortaya çıkan belirtileri anlayabiliyorum.					
5.Kendi sağlık durumumu takip ederim.					
Lütfen aşağıdaki ifadeleri en son aldığınız tedavi hizmetini göz önünde bulundurarak cevaplayınız.					
Tedaviye Katılım					
6.Tedavime karar vermeden önce hastalığımla nasıl tedavi edileceğine dair tedavi seçeneklerinin hepsini biliyordum.					
7.Doktorumun bana önerdiği tedavi seçeneği dışında bir tedavi seçeneğimin olup olmadığını sordum.					
8.Doktorum benim sorularımı benim anlayabileceğim şekilde cevapladı.					
9.Tedavi seçeneklerinden istediğimi kendim seçtim.					
10.Doktorum ve diğer sağlık çalışanları tedavi planıyla ilgili benim önerilerimi hesaba kattı.					
11.Doktorum tedavi planım ile ilgili karar verebilmem için bana yeterince bilgi aktardı.					
12.Bana önerilen tedavi seçeneğine veya bakım planına hayır deme şansım vardı.					
13.Tedavim sırasında karşılaşılabileceğim iyi ve kötü durumlar hakkında bilgilendirildim.					
14.Tedavim için doktorum bana vereceği ilaçların neler olduğunu anlattı.					
15.Doktorumdan tedavim için kullanacağım ilaçları nasıl kullanacağım hakkında bilgi aldım.					
16.İlaçları kullanma kararını doktorum ve ben beraber aldık.					
17.Doktorumla tedavim için nasıl beslenmem konusunda konuştuk.					
Aşağıdaki ifadeleri sağlık kuruluşundan tedavi önerinizi aldıktan sonraki süreci düşünerek cevaplayınız.					
Tedaviye Uyum					
18.Sağlık kuruluşuna gittikten sonra doktorumun bana verdiği önerilere uydum.					

19.İlaçlarımı anlatıldığı şekilde almaya dikkat ettim.					
20.İlaçlarımı aldıktan sonra bana doğru ilaçların verilip verilmediğini kontrol ettim.					
21.Doktorumun bana önerdiği şekilde beslenmeye çalıştım.					
22.Doktorumun yasakladığı şeylerden uzak durdum.					
Aşağıdaki ifadeleri son aldığınız tedavinizi göz önünde bulundurarak cevaplayınız.					
Hizmet Kalitesi Algısı					
23.Doğru teşhis aldığımı düşünüyorum.					
24.Doktorların benimle olan ilişkisi iyiydi.					
25.Hemşirelerin benimle olan ilişkisi iyiydi.					
26.Doğru tedaviyi aldığımı düşünüyorum.					
27.Sağlık kuruluşunu başka insanlara tavsiye ederim.					
28.Sağlık kuruluşunu başka insanlara şikâyet ederim.					
29.Genel olarak verilen sağlık hizmet kalitesini yeterli buldum.					

Lütfen aşağıdaki ifadelerden size en uygun olanını seçiniz. (Bir ifade seçiniz)

Doktorların, tedaviyle ilgili tüm kararları almalarını tercih ediyorum.	
Benim fikrim değerlendirildikten sonra doktorların hangi tedavinin kullanılacağı hakkında son kararı vermesini tercih ediyorum.	
Doktorlar ile birlikte hangi tedavinin benim için en iyi olduğuna karar verme konusunda sorumluluğu paylaşmayı tercih ediyorum.	
Doktorların görüşlerini ciddi olarak değerlendirdikten sonra tedavimle ilgili nihai kararı kendim vermeyi tercih ediyorum.	
Hangi tedaviyi alacağım konusunda nihai kararı almayı tercih ediyorum.	

Ek 2: Etik Kurul Onayı

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU
(Proje Onay Formu)

TARİH :
YER : Gümüşhane Üniversitesi Rektörlük Toplantı Salonu
KATILIMCILAR :
Prof. Dr. Günay ÇAKIR (Başkan)
Prof. Dr. Bahri BAYRAM
Prof. Dr. Hüseyin DEMİR
Prof. Dr. Bayram NAZİR
Prof. Dr. Ekrem CENGİZ
Doç. Dr. Ferkan SİPAHİ
Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU PROJE ONAY FORMU	
Projenin Adı:	Sağlık Kurumlarında Hasta Katılımının Hizmet Kalitesi Algısına Etkisinin Değerlendirilmesi
Projenin Niteliği:	Yüksek Lisans Tez Çalışması
Proje Araştırmacıları:	Arş. Gör. Cihan UNAL
Proje Yürütücüsünün Haberleşme Bilgileri:	Arş. Gör. Cihan UNAL Tel: 0537 039 6698 e-posta: cunanal@hotmail.com
Araştırmanın Amacı:	Bu araştırma Gümüşhane II merkezinde yaşayan bireylerin tedavi hizmetlerine katılım düzeylerini ölçmek ve katılım düzeyi ile hizmet kalitesi algısı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılacaktır.
Araştırmanın Gereksesi:	İlgili literatür incelendiğinde sağlık hizmetlerinin kullanıcı olarak hastalara sağlık hizmetlerinin merkezinde tutma ve hasta odaklı müdahalelerin önemine vurgu yapan çalışmalar bulunmaktadır. Hasta odaklı veya hasta merkezli müdahalelerin önemli bir bileşeni olan hastaların kendi tedavi süreçlerine katılımı, hastaların istek beklenti ve ihtiyaçlarının tedavi süreçlerine yansıtılması düzeylerinin ölçülmesi ve bu katılım düzeyleri ile hastaların algıladıkları hizmet kalitesine yönelik yeterli çalışmanın olmamasından ötürü çalışma önem arz etmektedir.
Araştırmanın Yöntemi:	Araştırmada veri toplama aracı olarak standardize edilmiş anket formu kullanılacaktır. Yöntem olarak kolayda örneklem yöntemi seçilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılacak olan örnek 30 kişilik bir gruba sunulup anlaşılmayan veya yeteri kadar açık olmayan sorular işaretlemeleri istenmiş ve alınan geri bildirimler ışığında uzman görüşlerine başvurularak anket formu yeniden düzenlenmiştir.
Kullanılacak biyolojik, psikolojik ve teknik v.b. tüm yöntemleri açıklayan etik ile ilgili özet:	Çalışma kapsamında katılımcılara sadece anket soruları yöneltilmektedir. Anket üç bölüme ayrılmıştır. Birinci kısımda katılımcıların demografik özelliklerinin toplanmasına yönelik sorular yer almaktadır. İkinci kısımda katılımcıların hangi hasta katılım modelinin benimsediklerini ortaya koyma amaçlı olarak sorular beş ifade yer almaktadır. Üçüncü kısımda ise dört alt boyuttan ve toplam 29 ifadeden oluşan anket formu yer almaktadır. Çalışma ve çalışmanın yöntemi etik açıdan uygun bulunmaktadır.

H B Ç İ S D R K


EK 2 Etik Kurul Onayı (devamı)


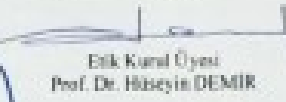




Gündüphan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim elemanlarından Sayın Arş. Gör. Cihan Ünal'ın "Sağlık Kurumlarında Hasta Katılımının Hizmet Kalitesi Algısına Etkisinin Değerlendirilmesi" adlı projesi değerlendirilmiştir.

Proje etik açıında uygun bulunmuştur.

Projenin etik açılarından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açıında uygun bulunmamıştır.


Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. Günay ÇAKIR

 Etik Kurul Üyesi Prof. Dr. Bahri BAYRAM	 Etik Kurul Üyesi Prof. Dr. Hüseyin DEMİR	 Etik Kurul Üyesi Prof. Dr. Bayram ÇAKIR
 Etik Kurul Üyesi Prof. Dr. Ekrem CENGİZ	 Etik Kurul Üyesi Doç. Dr. Ferkan SİPAHI	 Etik Kurul Üyesi Doç. Dr. Saim ŞAHİNÖZ

ÖZGEÇMİŞ

Cihan UNAL, 1992 yılında Bitlis'te doğdu. İlk orta ve lise öğrenimini Bitlis'te tamamladı. 2015 yılında Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Yönetimi Bölümünden mezun oldu. 2015 yılında Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Bilim Dalı'nda başladığı yüksek lisans eğitimini 2018 yılında tamamladı. 2016 yılında Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde Araştırma Görevlisi olarak meslek hayatına başlamış ve halen aynı üniversitede görevini icra etmektedir.

