ANKARA
HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SALGIN HASTALIKLARDA HASTA GÜÇLENDİRME: ÖNCÜLLERİN VE SONUÇLARIN COVİD-19 ÜZERİNDEN KARŞILAŞTIRMALI ARAŞTIRILMASI

Gökhan COŞKUN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

DOKTORA TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

NİSAN 2023


ankara
IBM

SALGIN HASTALIKLARDA HASTA GÜÇLENDİRME: ÖNCÜLLERİN VE SONUÇLARIN COVİD-19 ÜZERİNDEN KARŞILAŞTIRMALI ARAŞTIRILMASI

Gökhan COŞKUN

DOKTORA TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

NİSAN 2023

ETİK BEYAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Gökhan COŞKUN

Nisan 2023

TEZ ONAY SAYFASI

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora öğrencisi tarafından hazırlanan "Salgın Hastalıklarda Hasta Güçlendirme: Öncüllerin Ve Sonuçların Covid-19 Üzerinden Karşılaştırmalı Araştırılması" başlıklı tez çalışması 19/04/2023 10:00 tarih ve saatinde yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile DOKTORA TEZİ olarak **KABUL** edilmiştir.

	Kabul	**Ret**
Başkan: Prof. Dr. Zeliha ESER **Başkent Üniversitesi**	☑	☐
Üye: Prof. Dr. Sezer KORKMAZ **Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi**	☑	☐
Üye: Prof. Dr. Edibe Asuman ATİLLA **Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi**	☑	☐
Üye: Prof. Dr. Mehtap ÇAKMAK BARSBAY **Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi**	☑	☐
Üye: Prof. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK **Ankara Üniversitesi**	☑	☐

SALGIN HASTALIKLARDA HASTA GÜÇLENDİRME: ÖNCÜLLERİN VE SONUÇLARIN COVİD-19 ÜZERİNDEN KARŞILAŞTIRMALI ARAŞTIRILMASI

(Doktora Tezi)

Gökhan COŞKUN

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Nisan 2023

ÖZET

Hastaların kendi hastalıklarıyla ilgili özerklik ve yeterlilik geliştirmeye yönelik bireysel ihtiyaçlarına dayalı olarak kendi belirlediği davranışlar kümesi olarak bilinen hasta güçlendirme Dünya Sağlık Örgütü tarafından ana konulardan biri olarak görülmekte ve günümüzde sağlık hizmetlerinde hasta merkezli yaklaşımın kilit bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Ne yazık ki, araştırmalar hasta güçlendirmenin itici güçleri, bunun tedavi uyumu ile ilişkisi ve salgın hastalıklardaki rolü konusunda net bir anlayışa sahip değildir. Bu araştırmanın amacı salgın hastalıklarda hasta güçlendirme öncüllerinin ve sonuçlarının Covid-19 geçiren hastaların tedaviye uyumları üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır. Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde demografik değişkenlerin rolü araştırılmıştır. Ayrıca, hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hasta güçlendirmenin aracılık rolü incelenmiştir. Bunun yanında hasta güçlendirme ve öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma ve aşı sayısının düzenleyici etkisi araştırılarak, literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır. Bu kapsamda Amasya, Samsun, Tokat ve Çorum illerinde, Covid-19'dan muzdarip 554 kişinin katılımı ile bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Veriler elektronik anket yöntemi ile toplanarak istatistikî analize tâbi tutulmuştur. Frekans tabloları, yapısal eşitlik modellemesi, hipotez testleri, regresyon ve korelasyon analizi ile düzenleyici ve aracılık etki analizi sonuçları özetlenerek sunulmuştur. Çalışma neticesinde hasta güçlendirmenin hasta güçlendirme öncülleriyle tedaviye uyum arasında aracılık etkisinin olduğu görülmüştür. Hasta güçlendirme öncülleri ile tedaviye uyum arasında doğrudan ve pozitif, hasta güçlendirme ile tedaviye uyum arasında ise doğrudan ve negatif bir etki vardır. Benzer şekilde hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolünün olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak konuya ilgisi olan araştırmacılara, yöneticilere ve otoritelere öneriler sunulmuştur.

Bilim Kodu	: 114709
Anahtar Kelimeler	: Salgın Hastalıklar, Hasta Güçlendirme, Tedavi Uyumu, Hasta Davranışı, Covid-19, Öz Belirleme Teorisi
Sayfa Adedi	: 145
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

PATIENT EMPOWERMENT IN EPIDEMIC DISEASES: A COMPARATIVE RESEARCH OF ANTECEDENTS AND CONSEQUENCES ON COVİD-19

(Ph. D. Thesis)

Gökhan COŞKUN

ANKARA HACI BAYRAM VELİ UNIVERSITY

THE INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

April 2023

ABSTRACT

Patient empowerment, known as a set of self-determined behaviors based on patients' individual needs to develop autonomy and competence related to their own diseases, is seen as one of the main issues by the World Health Organization and is now recognized as a key component of the patient-centered approach in healthcare. Unfortunately, research lacks a clear understanding of the drivers of patient empowerment, its relationship to treatment adherence, and its role in epidemics. The aim of this research is to reveal the effects of patient empowerment antecedents and results in epidemic diseases on the treatment compliance of patients with Covid-19. The role of demographic variables in the effect of patient empowerment on adherence to treatment was investigated. In addition, the mediating role of patient empowerment in the effect of patient empowerment antecedents on adherence to treatment was investigated. On the other hand, it is aimed to contribute to the literature by investigating the regulator effect of the number of people contracting the disease and vaccinations on the effect of patient empowerment and antecedents on adherence to treatment. In this context, a research was conducted with the participation of 554 people suffering from Covid-19 in the provinces of Amasya, Samsun, Tokat and Çorum. The data were collected by electronic survey method and subjected to statistical analysis. The results of frequency tables, structural equation modeling, hypothesis tests, regression and correlation analysis, and regulator and mediator effect analysis are summarized and presented. In consequence of the study, it was observed that patient empowerment had a mediating effect between patient empowerment antecedents and adherence to treatment. There is a direct and positive effect between patient empowerment antecedents and adherence to treatment, and a direct and negative effect between patient empowerment and adherence to treatment. Similarly, it has been determined that patient empowerment antecedents have an effect on patient empowerment. In addition, it has been determined that the number of vaccinations has a regulatory role in the effect of patient empowerment antecedents on adherence to treatment. Based on these results, suggestions were presented to researchers, managers and authorities who were interested in the subject.

Science Code : 114709

Key Words : Epidemics, Patient Empowerment, Therapy Compliance, Patient Behavior, Covid-19, Self Determination Theory

Page Number : 145

Supervisor : Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

TEŞEKKÜR

Doktora öğrenimim süresince beni destekleyen ve her zaman yanımda olan ailem: eşim Hülya COŞKUN'a, kızım Mihrimah COŞKUN'a, oğlum Yavuz Selim COŞKUN'a, annem Feride COŞKUN'a, babam Hüseyin COŞKUN'a, kardeşim Gamze AKYILDIZ'a en kalbî duygularla teşekkür ederim.

Doktora eğitimim boyunca gerek ders döneminde, gerekse tez aşamasında bilgi ve tecrübelerinden istifâde ettiğim, çalışmalarımda yardım ve desteğini yanımda hissettiğim tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Sezer KORKMAZ'a sonsuz sevgi ve saygı ile teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmalarımda vermiş oldukları destek ve sağladıkları katkıdan dolayı değerli hocalarım Prof. Dr. Edibe Asuman ATİLLA ve Prof. Dr. Zeliha ESER'e saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimim boyunca bilgilerinden ve çalışmalarından yararlandığım üniversitemiz hocalarına ve bölümümüz akademisyenlerine teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET vi

ABSTRACT vii

TEŞEKKÜR viii

İÇİNDEKİLER ix

TABLOLARIN LİSTESİ xiii

ŞEKİLLERİN LİSTESİ xvi

SİMGELER VE KISALTMALAR xvii

1. GİRİŞ 1

2. SALGIN HASTALIKLAR VE BU SÜREÇTE HASTA GÜÇLENDİRME 5

2.1. Salgın Hastalıklar (Epidemi) 5

2.2. COVİD-19 6

2.2.1. İsimlendirme 6

2.2.2. Belirti ve Bulgular 7

2.2.3. Ortaya Çıkışı ve Yayılma 8

2.2.4. Tanı 11

2.2.5. Hastalıktan Korunma 12

2.2.5.1. Operasyon yönetimi 12

2.2.5.2. Aşı 12

2.2.5.3. Maske 13

2.2.5.4. Sosyal mesafe 13

2.2.5.5. Temizlik ve dezenfeksiyon 14

2.2.5.6. Kişisel korunma 15

2.2.6. Tedavi 15

2.2.7. Covid-19'un Etkileri 17

2.2.7.1. Çevresel etkileri 17
2.2.7.2. Ekonomik etkileri 20
2.2.7.3. Sosyal ve kültürel etkileri 22
3. HASTA GÜÇLENDİRME KAVRAMI VE TANIMLAR 27
3.1. Güçlendirme Kavramı 28
3.2. Güçlendirme ve Sağlık Bakımı 30
3.3. Hasta Güçlendirme Çeşitleri 33
3.3.1. "Acil durum" Olarak Hasta Güçlendirme 33
3.3.2. "Süreç" Olarak Hasta Güçlendirme 34
3.3.3. "Aktif Bir Davranış" Olarak Hasta Güçlendirme 35
3.4. Hasta Güçlendirme Kavramının Tarihsel Gelişimi 37
3.5. Hasta Güçlendirme ile İlişkili Kavramlar 39
3.5.1. Hasta Aktivasyonu 40
3.5.2. Hasta Etkinleştirme 41
3.5.3. Hasta Bağlılığı 42
3.5.4. Hasta Katılımı/İştirak 43
3.6. Hasta Güçlendirmeyi Etkileyen Faktörler 46
3.6.1. İletişim 46
3.6.2. Bilgi ve Eğitim 48
3.6.3. Memnuniyet 49
3.6.4. Katılımcı Hedef Belirleme 50
3.6.5. Uyum/Bağlılık 51
3.6.6. Olumlu Sağlık Sonuçları 52
3.7. Hasta Güçlendirmenin Sağlık Ekonomisine Etkileri 53
3.8. Hasta Güçlendirmenin Kuramsal Dayanağı 55
3.8.1. Öz Belirleme Teorisi 55

3.8.2. Temel Psikolojik İhtiyaç Teorisi 56
4. YÖNTEM 61
4.1. Araştırmanın Amacı 61
4.2. Araştırmanın Önemi 61
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 63
4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları 64
4.5. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri 65
4.6. Araştırmanın Varsayımları 70
4.7. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı 70
4.8. Verilerin Analizi 71
5. ARAŞTIRMA BULGULARI 73
5.1. Frekans Tabloları 73
5.2. Ankette Kullanılan Ölçekler İçin Geçerlik Güvenirlik Analizi Bulguları . 74
5.3. Uyum Değerleri 77
5.4. Ölçek İstatistikleri 81
5.5. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Bakımından İncelenmesi 82
5.6. Araştırma Hipotezlerinin Testi 94
5.6.1. Model 1: Hasta Güçlendirme Öncüllerinin Tedaviye Uyum Üzerindeki Etkisinde Hasta Güçlendirmenin Aracılık Rolü 94
5.6.2. Model II Hasta Güçlendirmenin Tedaviye Uyum Üzerindeki Etkisinde Aşı Sayısının Düzenleyici Etkisi 96
5.6.3. Model III Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici etkisi 96
5.6.4. Model IV Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi 97

5.6.5. Model V Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde hastalığına yakalanma sayısının düzenleyici etkisi 98

5.6.6. Model VI Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi 99

5.6.7. Model VII Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde demografik değişkenlerin rolü 101

6. TARTIŞMA 105

7. SONUÇ VE ÖNERİLER 111

KAYNAKÇA 121

EKLER 139

ÖZGEÇMİŞ 145

TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo **Sayfa**

Tablo 5.1. Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımları 73

Tablo 5.2. Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutları için Açıklayıcı Faktör analizi ve güvenirlik katsayısı bulguları 75

Tablo 5.3. Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutları için Açıklayıcı Faktör analizi ve güvenirlik katsayısı bulguları 76

Tablo 5.4. Tedaviye Uyum Ölçeği maddeleri için Açıklayıcı Faktör analizi ve güvenirlik katsayısı bulguları 77

Tablo 5.5. Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeğinin DFA Model geçerliliğine göre uyum değerleri 78

Tablo 5.6. Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği, Sağlık Katılımı, Öz Yeterlik, Hekim Yetkisinin Kabulü alt boyutu maddelerinin kendi boyutlarındaki etki katsayıları 78

Tablo 5.7. Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği alt boyutlarının kendi aralarındaki ilişkileri için korelasyon katsayıları 79

Tablo 5.8. Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği, alt boyutlarının ölçek üzerindeki etki katsayıları 79

Tablo 5.9. Hasta Güçlendirme Ölçeğinin DFA Model geçerliliğine göre uyum değerleri..... 80

Tablo 5.10. Hasta Güçlendirme Ölçeği, Bilgi Arama, Bilgi Geliştirme ve Kararlara Katılım alt boyutu maddelerinin kendi boyutlarındaki etki katsayıları ... 80

Tablo 5.11. Hasta Güçlendirme Ölçeği alt boyutlarının kendi aralarındaki ilişkileri için korelasyon katsayıları..... 81

Tablo 5.12. Hasta Güçlendirme Ölçeği, alt boyutlarının ölçek üzerindeki etki katsayıları 81

Tablo 5.13. Hasta Güçlendirme, Hasta Güçlendirme Öncülleri, Tedaviye Uyum Ölçeği ve alt boyutları için açıklayıcı istatistikler..... 82

Tablo 5.14. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Covid 19'a Yakalanma sıklığı değişkeni bakımından incelenmesi..... 83

Tablo 5.15. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi..... 83

Tablo 5.16. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Aşı Durumu değişkeni bakımından incelenmesi 84

Tablo 5.17. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Yaş Grubu değişkeni bakımından incelenmesi 85
Tablo 5.18. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Eğitim Durumu değişkeni bakımından incelenmesi 86
Tablo 5.19. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının İkamet Şehri değişkeni bakımından incelenmesi 87
Tablo 5.20. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Covid 19'a Yakalanma sıklığı değişkeni bakımından incelenmesi 88
Tablo 5.21. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi 88
Tablo 5.22. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Aşı Durumu değişkeni bakımından incelenmesi 89
Tablo 5.23. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Yaş Grubu değişkeni bakımından incelenmesi 90
Tablo 5.24. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Eğitim Durumu değişkeni bakımından incelenmesi 91
Tablo 5.25. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının İkamet Şehri değişkeni bakımından incelenmesi 92
Tablo 5.26. Ankette kullanılan Tedaviye Uyum Ölçeğinin Covid 19'a Yakalanma sıklığı, cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve ikamet şehri değişkenleri bakımından incelenmesi 93
Tablo 5.27. Ankette kullanılan Tedaviye Uyum Ölçeğinin Aşı Durumu değişkeni bakımından incelenmesi 94
Tablo 5.28. Çalışma modeli uyum istatistikleri 95
Tablo 5.29. Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hasta güçlendirmenin aracılık rolü YEM bulguları 95
Tablo 5.30. Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları 96
Tablo 5.31. Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları 97
Tablo 5.32. Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları 98
Tablo 5.33. Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları 99
Tablo 5.34. Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları 100

Tablo 5.35. Aşı sayısına göre hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi 101
Tablo 5.36. Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde demografik değişkenlerin rolü 102
Tablo 5.37. Araştırma Hipotezleri ile İlgili Sonuçlar 103

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil **Sayfa**

Şekil 2.1. Covid-19 salgınının olumlu ve olumsuz çevresel etkileri. 18
Şekil 3.1. Hasta güçlendirme ve komşu kavramların kavram haritası 45
Şekil 4.1. Hasta Güçlendirme Modeli 66
Şekil 5.1. Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerine etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolü 101

SİMGELER VE KISALTMALAR

Çalışma kapsamında kullanılan kısaltmalar, açıklamalarıyla birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
%	Yüzde
N	Hedef Kitle Sayısı
P	Anlamlılık Seviyesi
r	Korelasyon Katsayısı
R2	Belirlilik Katsayısı
Sd	Serbestlik Derecesi
t	Bağımsız Örneklem t Test

Kısaltmalar	Açıklamalar
AFA	Açıklayıcı faktör analizi
AGFI	Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
AMOS	Analysis of Moment Structures
AVE	Ortalama Açıklanan Varyans
BITES	Tip 1 Diyabette Kısa Müdahale, Öz-Yeterlik Eğitimi
BİA	Bilgi Arama
BİG	Bilgi Geliştirme
CFI	Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)

Kısaltmalar	Açıklamalar
CR	Kritik Değer
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi
GFI	Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
GHG	Sera Gazı
GISAİD	Kuş Gribi Verilerini Paylaşma Küresel Girişimi
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HG	Hasta Güçlendirme
HYK	Hekim Yetkisinin Kabulü
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
IFI	Incremental Fit Index (Artan Uyum İndeksi)
IMF	Uluslararası Para Fonu
KKD	Kişisel Koruyucu Donanım
KKT	Kararlara Katılım
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
NFI	Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
NNFI-TLI	Normlaştırılmamış Uyum İndeksi
OZY	Öz Yeterlik
ÖBT	Öz Belirleme Teorisi
RMR	Hata Kareler Ortalamasının Karekökü
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SARS	Şiddetli Akut Solunum Sendromu
SARS-CoV-2	Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs 2

Kısaltmalar	Açıklamalar
SKA	Sağlık Katılımı
SS	Standart Sapma
TEUY	Tedaviye Uyum
TPİT	Temel Psikolojik İhtiyaç Teorisi
UVTK	Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi
vb.	Ve Benzerleri
YEM	Yapısal Eşitlik Modellemesi

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından küresel olarak takip edilmesi gereken yüksek öncelikli bir konu olarak tanımlanan hasta güçlendirme (HG), sağlık hizmetlerinde hasta merkezli yaklaşımın giderek daha önemli bir bileşeni haline gelmiştir (World Health Organization Regional Office for Europe, 2013). Hasta güçlendirme hastaların kendi hastalıklarıyla ilgili özerklik ve yeterlilik geliştirmeye yönelik bireysel ihtiyaçlarına dayalı olarak belirlediği davranışlar kümesidir. Bununla birlikte, doktorlar, ilaç firmaları ve kamu politika yapıcıları gibi sağlık hizmeti paydaşları, HG'yi neyin harekete geçirdiği ve bununla nasıl başa çıkılacağı konusunda hala emin değildir (Day, 2000: 71).

Hasta merkezli bakım, hastayı tedavi kararlarına dahil ederek, tedavi sağlayıcılar ile hasta iletişimini artırarak ve tedavi planlarından ne bekleneceği konusunda hastanın anlayışını geliştirerek sonuçları iyileştirmeyi amaçlamaktadır. (Bechel, Myers ve Smith, 2000: 403). Hastanın hastalık yönetiminde ayrılmaz bir rol oynaması için güçlendirilmesi, sağlık hizmeti sunumunun geleceği için çok önemlidir ve bu durum hem klinik hem de finansal sonuçları büyük ölçüde etkileyecektir.

Salgın hastalık dönemleri, salgın hastalığa yakalanan ve bağışıklık sistemi düşük hastalar için genellikle yaşam tarzı veya davranış değişiklikleri yanında karmaşık tıbbi rejimleri de gerektirmiştir. Salgın dönemlerinde bu hastalar, sağlık sistemine ayrı bir yük getirmektedir (Nodhturft ve diğerleri, 2000: 509). Salgın hastalığa yakalanan hastalar tıbbi destek için doktorlarının tavsiyelerini dinlemenin yanında beslenme rejimi ihtiyaçları, egzersiz programları ve ilaç alma gibi kişisel bakımla ilgili de günlük kararlar almak durumundadırlar. Hasta güçlendirme konusunda aktif rol oynayacak hastalar, hastaneye yatışı, acil servise gidişi, planlanmamış olarak doktora gidişi, iş veya okula gidememe günlerini, sağlık bakımını ve morbiditeyi azaltacaktır (Hennessy-Harstad, 1999: 274).

Covid-19 dünya genelinde yaklaşık 683 milyon, Türkiye'de ise 17 milyondan fazla vaka saptanan ve dünyada 6,8 milyon Türkiye'de ise 101 binden fazla insanın ölümüne yol açan SARS-CoV-2 adlı yeni tip koronavirüsün neden olduğu bir hastalıktır. Bu ölümlerin yanı sıra sosyal, ekonomik, psikolojik semptom geliştirenlerin çoğu (yaklaşık %80'i) hastanede tedaviye ihtiyaç duymadan iyileşmektedir. Yaklaşık %15'i

ciddi şekilde hastalanmakta ve oksijene ihtiyaç duymakta, %5'i ise kritik bir şekilde hastalanmakta ve yoğun bakıma ihtiyaç duymaktadır. Dünya genelinde yönetimler bu hastalığı önlemek için sıkı tedbirler almış ve dünyanın dört bir yanındaki bilim adamları, Covid-19 için aşı ve tedaviler geliştirmiştir. Günümüzde ise geliştirmek için hala çalışmalar sürmektedir.

Hastalığı (Covid-19) geçirmiş olup sağlığına kavuşanlar üzerinde kalıcı bağışıklığın gelişip gelişmediği henüz bilinmemektedir. Genel anlamda antikorlar üç ay süreyle kişiyi koruyabilmektedir. Bu gibi salgın hastalıklarda virüsün toplumun büyük bir kısmını enfekte etmesi muhtemeldir. Bu gibi bir durumda ölümler kısa bir süre içerisinde zirve yapabilir ve özellikle risk gruplarında birçok insan ölebilir. Bu gibi belirsizlikler ve hastalığa dair yeni çıkan mutasyonlar hastalığın seyrinin kontrol altına alınmasındaki güçlüğü ve yakalananlarda bıraktığı olumsuz etkiyi bir kez daha ortaya koymaktadır. Hastalıkla etkili başa çıkabilme konusunda bireylerin sergilediği tutum, davranış, inanç ve algılar son derece önemlidir. İşte tam bu noktada hasta güçlendirmeyle davranışlarda değişiklik meydana getirmek salgının seyri ve etkisi açısından belirleyici olmaktadır. Güçlendirilen hastaların salgın hastalığa yakalanma ihtimalinin azalması, yakalananların ise hastalığı daha hafif atlatması muhtemel görülmektedir.

Açıklanan bu kavramlar ışığında tezin amacı salgın hastalıklarda hasta güçlendirme öncüllerinin ve sonuçlarının Covid-19 geçiren hastaların tedaviye uyumları üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır. Ayrıca, hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hasta güçlendirmenin aracılık rolü ile hasta güçlendirme ve öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma ve aşı sayısının düzenleyici etkisinin araştırılması tezin diğer bir amacını oluşturmaktadır.

Hasta tutumları, inançları ve algıları başta olmak üzere, hastanın öz bakım konusundaki yönetiminin başarısına birçok faktör katkıda bulunur. Etkili öz yönetim, hastanın öngörülen tıbbi tavsiyelere uyma istekliliğine ve becerisine bağlıdır ve hastanın bir tür davranış değişikliği vaadini gerektirir (Hampson, McKay ve Glasgow, 1996: 50). Buna rağmen özyönetim faaliyetlerine uyum oranı çok düşüktür (Jack Jr, Liburd, Vinicor, Brody ve Murry, 1999: 778). Buna karşın öz yönetim, karar verme ve hedef belirleme sürecine hasta katılımını teşvik etmek ve hastaları tedavi planlarını gerçekleştirmelerini güçlendirmek için gerekli vaadi elde etmeye yönelik önemli bir

adımdır (Bradley, Bogardus Jr, Tinetti ve Inouye, 1999: 270); (Golin, DiMatteo ve Gelberg, 1996: 1155).

Bu çalışmada salgın hastalıklarda hasta güçlendirme öncüllerinin ve sonuçlarının Covid-19 geçiren hastaların tedaviye uyumları üzerindeki etkileri ortaya çıkarılmış ve bu kavramların tedaviye uyumdaki etkisinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlanmıştır.

Hasta güçlendirmenin öncüllerini ve sonuçlarını anlamak, yalnızca hastaların tedavi uyumlarını artırarak tedavilerin etkinliğini artırmaya yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda ilaç şirketlerinden alınan ilaçların başarısını da önemli ölçüde artırmakta (Stremersch ve Van Dyck, 2009: 25; Wosinska, 2005: 326) ve sigorta şirketlerinin yanı sıra kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri sistemlerinin, tedaviye uyumsuzluktan kaynaklanan maliyetleri ve sonraki kaçınılabilir sekellerin (doku bozukluğu) tedavisini azaltmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir (Veitch, 2010: 320).

Hasta güçlendirme ile ilgili araştırmalar sınırlı sayıdadır. Bu alandaki istisnalar esas olarak HG'nin doğasını açıklamaya odaklanmıştır (Aujoulat, d'Hoore ve Deccache, 2007: 15; Ouschan, Sweeney ve Johnson, 2006). Fakat hasta güçlendirme kavramının açık ve kabul edilmiş bir kavramsallaştırması hala eksiktir. Önceki çalışmalar (Gibson, 1991: 356; Ouschan, Sweeney ve Johnson, 2000), mevcut teorilere (öz belirleme teorisi gibi) dayanan sağlam bir temel sağlamaktan ziyade, esas olarak belirlenmiş tanımları ve kavramsallaştırmaları sentezlemeye dayanmaktadır (Aujoulat ve diğerleri, 2007: 15; Zoffmann ve Lauritzen, 2006: 79). Ayrıca, HG'nin tutumları, algıları veya davranışları yansıtıp yansıtmadığı konusunda önceki tanımlar net olmamıştır (Dunst ve Trivette, 1996: 335; S. T. Menon, 1999: 161). Bu durum dikkate alındığında tezimizin özellikle hasta güçlendirme ile ilgili yapılacak araştırmalarda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Bazı araştırmacılar, hasta uyumu (veya uyumsuzluğu) gibi HG'nin potansiyel avantajlarını ve dezavantajlarını ele almaya başlamıştır (Broadstock ve Michie, 2000: 194; Camacho, De Jong ve Stremersch, 2014: 295; Williams, Rodin, Ryan, Grolnick ve Deci, 1998: 270). Ancak belirsizlikten uzak sonuçlar üzerinde çok az fikir birliği vardır. Dahası, HG'nin temel itici güçleri ve salgın hastalık bağlamındaki rolü hakkında bilgiler hala yeterli değildir. Sonuç olarak en büyük zorluk, hastanın güçlendirilmesine rehberlik edecek faydaları ve en iyi uygulamaları destekleyecek

deneysel kanıtların olmamasıdır (Camacho, Landsman ve Stremersch, 2010: 111). Bu nedenle çalışmamızın ülke literatürüne katkı sağlayacağı söylenebilir.

Çalışmamızın ilk bölümünde çalışma amacı doğrultusunda konuya giriş yapılmıştır. İkinci bölümde literatür taramasına geçilmiş olup salgın hastalıklar, Covid-19, hastalığa ilişkin isimlendirme, belirti ve bulgular, ortaya çıkış ve yayılma, tanı, hastalıktan korunma, tedavi ve etikleri hakkında bilgiler verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde hasta güçlendirme kavramı ve tanımları üzerinde durulmuştur. Bu bölümde güçlendirme kavramı, güçlendirme ve sağlık bakımı ile hasta güçlendirme çeşitlerinden bahsedilmiştir. Ayrıca aynı bölümde hasta güçlendirme kavramının tarihsel gelişimine, hasta güçlendirme ile ilişkili kavramlarına, hasta güçlendirmeyi etkileyen faktörlere, hasta güçlendirmenin sağlık ekonomisine etkilerine ve hasta güçlendirmenin kuramsal dayanağına yer verilmiştir. Çalışmanın dördüncü bölümünde araştırmanın yöntemi hakkında bilgiler verilmiş olup araştırmanın amacı doğrultusunda geliştirilen hipotezlerin sınanmasıyla ilgili analizler yer almaktadır. Son bölümde ise literatürdeki diğer çalışmalar ele alınarak değerlendirmelerde bulunulmuş, araştırma sonucunda varılan yargı neticesinde araştırma problemindeki sorunların çözümüne yönelik önerilere yer verilmiştir.

2. SALGIN HASTALIKLAR VE BU SÜREÇTE HASTA GÜÇLENDİRME

Bu başlık altında salgın hastalıklar ve bu süreçte hasta güçlendirme yönetiminin nasıl olması gerekti hakkında alt başlıklar halinde bilgi verilecektir.

2.1. Salgın Hastalıklar (Epidemi)

Epidemiyoloji kelimesi, Yunanca üzerinde anlamına gelen “epi,” insanlar anlamına gelen “demos” ve çalışma anlamına gelen “logos” kelimelerinden gelmektedir. Başka bir deyişle, epidemiyoloji kelimesinin kökleri, bir popülasyonun başına gelenlerin incelenmesine dayanmaktadır. Epidemiyoloji, belirli popülasyonlarda sağlıkla ilgili durumların veya olayların dağılımının ve belirleyicilerinin incelenmesi ve bu çalışmanın sağlık sorunlarının kontrolüne uygulanmasıdır (Centers For Disease Control And Prevention, 2012).

Green ve diğerleri’ne göre (2002) “Salgın” teriminin yorumu, kullanıldığı bağlama bağlı olabilmektedir. Epidemiyologlar bunu en genel haliyle kullanmakta ve bir salgını şu şekilde tanımlamaktadırlar: “Salgın, bir toplulukta veya bölgede bir hastalık, belirli sağlık davranışı veya diğer sağlıkla ilgili olayların yani normal beklentiyi aşan vakaların ortaya çıkmasıdır. Ayrıca topluluğun/bölgenin ve vakaların meydana geldiği zaman dilimi kesin olarak belirtilmelidir". Bir salgın tek bir yerle sınırlı olabilmekte ancak diğer ülkelere veya kıtalara yayılırsa ve önemli sayıda insanı etkiliyorsa pandemi olarak adlandırılabilmektedir (Centers For Disease Control And Prevention, 2012).

Bulaşıcı hastalık salgınları 21. yüzyılın başında insanlık için bir tehdit olmaya devam etmektedir. Şiddetli akut solunum sendromu (SARS), kuş gribi ve HIV/AIDS ve Covid-19 son yıllarda bu tehdidin gerçekliğini desteklemektedir. İç savaşları ve doğal afetleri bazen salgın hastalıklar izlemektedir. İklim değişikliği, turizm, nüfusun mülteci kamplarında yoğunlaşması, yeni insan patojenlerinin ortaya çıkması ve genellikle ekonomik kalkınmaya eşlik eden ekolojik değişiklikler, bulaşıcı hastalıkların ve salgınların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Martin ve Martin-Granel, 2006: 976).

2.2. COVİD-19

Koronavirüs (Covid-19) hastalığı, SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Virüsün bulaştığı insanların çoğu solunum yolu hastalığını hafif ila orta derecede geçirecek ve ciddi bir tedaviye gerek kalmadan iyileşecektir. Fakat, bazı insanlar önemli derecede hastalanacak ve tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyacaktır. Bununla beraber solunum yollarında kronik rahatsızlık, kanser, diyabet, kardiyovasküler hastalık gibi durumları olanlar ile yaşlıların bu hastalığı çok daha ciddi geçirme ihtimali daha yüksektir. Ayrıca hastalığı herkes geçirebilmekte ve yaşlı olmasa dahi ciddi bir şekilde hastalanabilmekte veya ölebilmektedir (World Health Organization, 2022a).

Bu hastalık hakkında bilgi sahibi olmak ve virüsün nasıl yayıldığını bilmek bulaşmayı yavaşlatmada ve önlemede en iyi yol olmaktadır. İnsanlar, diğer insanlarla sosyal mesafeyi koruyarak, maske takarak ve elleri sık sık yıkayarak veya alkol bazlı dezenfektanlar kullanmak suretiyle ellerini temizleyerek bu hastalıktan kendini ve diğer insanları koruyabilmektedir. Toplumsal bağışıklığa katkı sağlanmak için en iyi yol, aşı olmaktır (WHO, 2022a).

Covid-19, enfekte bir kişi virüsü içeren damlacıkları ve çok küçük parçacıkları soluduğunda yayılmaktadır. Bu damlacıklar ve parçacıklar başkaları tarafından solunabilmekte veya gözlerine, burunlarına veya ağızlarına düşebilmektedir. Bazı durumlarda dokundukları yüzeyleri kirletebilmektedir. Enfekte kişiden 1,5 metreden daha yakın olan kişilerin enfekte olma olasılığı daha yüksektir. Ayrıca hastalığa yakalanan kişinin öksürürken veya hapşırırken daima ağzını ve burnunu mendille kapatması veya dirseğin içini kullanması ve tükürmemesi hastalığın yayılmasını engellemede son derece önemlidir. Mümkünse enfekte kişi, birlikte yaşadığı insanlardan, özellikle de Covid-19'dan hastalanma riski yüksek olan insanlardan uzak durmalıdır (Centers For Disease Control And Prevention, 2022a).

2.2.1. İsimlendirme

Virüsler ve sebep oldukları hastalıkların çoğu zaman farklı isimleri vardır. Örnek verecek olursak HIV virüsü AIDS'e neden olmaktadır ve genellikle insanlar bu hastalığın adını bilmekte ancak ona neden olan virüsün adını bilememektedir. Virüsler ve hastalıklar farklı şekillerde ve amaçlarla isimlendirilmektedir (WHO, 2022b).

Aralık 2019'un sonunda, yeni koronavirüs pnömonisi Çin'in Wuhan kentinde yayılmaya başlamıştır. Covid-19 önceden "2019 yeni koronavirüs" olarak bilinmekteydi. Dünya Sağlık Örgütü 11 Şubat 2020 tarihinde bu hastalığın resmi olarak koronavirüs hastalığı 2019 (Covid-19), bu hastalığa neden olan virüsün ise şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) olarak adlandırıldığını duyurmuştur (WHO, 2022b). Covid-19'daki "19", virüsün ilk görüldüğü 2019 yılı anlamına gelmektedir (International Committee on Taxonomy of Viruses, 2022).

Koronavirüsler konusunda uzman olan Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi (UVTK) Coronaviridae Çalışma Grubu, yeni virüsün sınıflandırmasını (taksonomisini) incelemiştir. Ayrıca bu virüs ailesinde uzman oldukları için virüsün isimlendirilmesine de uzmanlıklarıyla katkıda bulunmuşlardır. Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi, 11 Şubat 2020'de yeni virüsün adını "şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2)" olarak duyurmuştur. Bu isim, virüsün 2003 yılındaki SARS salgınından sorumlu koronavirüsle genetik yönden ilişkili olması nedeniyle seçilmiştir. İlişkili olmalarına rağmen, iki virüs birbirinden farklıdır (International Committee on Taxonomy of Viruses, 2022).

Hastalıklar, hastalığın önlenmesi, yayılması, bulaşıcılığı, şiddeti ve tedavisi hakkında tartışmaya olanak sağlamak için adlandırılmaktadır. İnsan hastalıklarına hazırlık ve müdahale DSÖ'nün rolüdür. Bu nedenle hastalıklar resmi olarak DSÖ tarafından Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasında (ICD) adlandırılmaktadır (WHO, 2022b).

2.2.2. Belirti ve Bulgular

Nüfusun her yaştan SARS-CoV-2 enfeksiyonuna duyarlı olduğu ve ortalama enfeksiyon yaşının yaklaşık 50 yıl olduğu görülmektedir (Wu ve McGoogan 2020: 1240). Aynı zamanda, klinik belirtileri yaşa göre değişmektedir. Genel olarak, eşlik eden hastalıkları olan yaşlı erkeklerin (>65 yaş) hastaneye yatışı gerektiren ciddi solunum yolu hastalığı geçirmesi ve hatta ölmesi daha olasıyken, çoğu genç ve çocuk sadece hafif şekilde (pnömoni olmayan veya hafif pnömoni) hastalığı atlatmakta, hatta belirti dahi göstermemektedir (Guan ve diğerleri, 2020: 1716). Özellikle, hamile kadınlar için hastalık riski diğer hastalara kıyasla hemen hemen aynıdır. Bununla birlikte, izole bir vaka olmasına rağmen, enfekte bir anneden yenidoğana SARS-CoV-2'nin transplasental geçişine dair kanıtlar rapor edilmiştir (Chen ve diğerleri, 2020: 811) . Enfeksiyonda en sık görülen semptomlar ateş, yorgunluk ve kuru

öksürüktür. Çin'deki hastalarda yapılan çalışmalarda balgam üretimi, baş ağrısı, hemoptizi, ishal, anoreksi, boğaz ağrısı, göğüs ağrısı, titreme, bulantı ve kusma daha az görülen semptomlardır (Lu ve diğerleri, 2020: 1664). İtalya'daki hastalar tarafından koku alma ve tat bozuklukları da bildirilmiştir (Giacomelli ve diğerleri, 2020: 889). Çoğu insan 1-14 günlük (genellikle 5 gün civarı) kuluçka dönemi sonrasında semptomlar göstermiştir. Hastalık başlangıcından itibaren ortalama olarak 8 gün içinde nefes darlığı (dispne) ve zatürre gelişmiştir (Wu ve McGoogan 2020: 1240).

Hafif veya orta derecede hastalığı olan 1.420 hasta üzerinde yapılan gözlemsel bir çalışmada, en yaygın semptomların baş ağrısı (%70,3), koku kaybı (%70,2), burun tıkanıklığı (%67,8), öksürük (%63,2), asteni (%63,3), miyalji (%62,5), burun akıntısı (%60,1), tat alma bozukluğu (%54,2), boğaz ağrısı (%52,9) ve ateş (%45,4) olduğu gösterilmiştir (Lechien ve diğerleri, 2020: 341).

Koku kaybı (n = 1627) için analiz edilen on çalışmada, Covid-19 hastaları arasında %52,73'lük bir havuzlanmış prevalans ile koku kaybı ortak semptom olarak gösterilmiştir. Benzer şekilde dokuz çalışma tat alma bozukluğu (n = 1390) için analiz edilmiş ve Covid-19 hastalarının %43,93'ünde tat alma duyusunda değişiklik bulunmuştur (Tong, Wong, Zhu, Fastenberg ve Tham, 2020: 9).

Covid-19 bulaşan kişiler, hafif semptom ve şiddetli hastalık arasında geniş bir alanda semptomlar göstermiştir. Hastalığın belirtileri, bu virüse maruziyetin 2 ila 14 gün sonrasında ortaya çıkmaktadır. Hastalığa yakalanan kişilerden bazıları hafif bazıları ise şiddetli semptomlara sahip olmaktadır. Bu semptomları olan kişilerde COVİD-19 olabilmektedir (Centers For Disease Control And Prevention, 2022b).

2.2.3. Ortaya Çıkışı ve Yayılma

Aralık 2019'un sonlarına doğru, Çin'in Hubei eyaletinde bulunan Wuhan şehrindeki birkaç sağlık tesisi, nedeni bilinmeyen pnömonili (halk arasında zatürre) hasta kümeleri bildirmiştir. MERS ve SARS hastalarına benzer olarak, bu hastalar öksürük, ateş, göğüs rahatsızlığı gibi zatürre belirtileri ve daha ciddi olan vakalarda nefes darlığı ile bilateral akciğer infiltrasyonu görülmüştür (Zhu ve diğerleri, 2020: 731). Hastanede yattığı belgelenen ilk 27 vaka arasında, hastaların çoğunun epidemiyolojik olarak Wuhan şehir merkezinde bulunan deniz ürünleri, canlı kümes ve yaban hayvanı da satan Huanan Deniz Ürünleri Toptan Satış Pazarı ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir.

Bir araştırmaya göre, bilinen ilk vakanın başlangıcı 8 Aralık 2019'a kadar uzanmaktadır. Wuhan Belediye Sağlık Komisyonu 31 Aralık'ta, önce halkı tanımlanamayan bir salgın hakkında bilgilendirmiş ve ardından Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) bilgi vermiştir (Wu ve McGoogan 2020: 1241).

Çinli bilim adamlarının aralarında olduğu bağımsız ekipler, şiddetli zatürre hastalarından alınan vücut sıvısı örneklerine dayanarak, hastalığa neden olan etken maddenin daha önce hiç görülmemiş bir betakoronavirüs olduğunu keşfetmiştir. (Wu ve diğerleri 2020: 267). Ocak ayının 10'unda yeni koronavirüsün ilk genom dizisi bir web sitesinde yayınlanmıştır. Sonrasında diğer araştırma enstitüleri aracılığıyla belirlenen daha eksiksiz genom dizileri 12 Ocak'ta GISAID (Kuş Gribi Verilerini Paylaşma Küresel Girişimi) veri tabanı aracılığıyla yayınlanmıştır. Birkaç ailesel enfeksiyon kümesi rapor edilmiş ve sağlık kuruluşlarında da hastane enfeksiyonu ortaya çıkmıştır. Yaşanan bu olaylar ortaya çıkan yeni virüsün insandan insana bulaştığına yönelik açık kanıtlar sağlamıştır (Wu ve diğerleri 2020: 267). Salgın, Çin'deki Ay Yeni Yılı'nın yaklaşmasına aynı zamana denk geldiğinden, festivalden önce şehirler arası seyahat, virüs bulaşmasını kolaylaştırmıştır. Yeni ortaya çıkan koronavirüs pnömonisi kısa sürede Hubei'deki farklı şehirlere sıçramıştır. Bir ay içinde ise Çin'in 34 eyaletinin tümüne kitlesel olarak yayılmıştır. Ocak ayının sonlarında sürekli olarak teşhis koyulan yüzlerce yeni vakayla teyit edilen vaka sayısında ani artış yaşanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, yeni koronavirüs salgınını 30 Ocak'ta uluslararası bir öneme sahip halk sağlığı acil durumu ilan etmiştir. Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi 11 Şubat'ta yeni koronavirüsü "SARS-CoV-2" olarak, DSÖ ise hastalığı "Covid-19" olarak adlandırmıştır (Hu, Guo, Zhou ve Shi, 2021: 151).

Çin'deki Covid-19 salgınının şubat ayında zirveye ulaştığı görülmüştür. Çin Ulusal Sağlık Komisyonu'na göre, toplam vaka sayısı şubat ayı başlarında günde ortalama 3.000'den fazla yeni teyit edilmiş vaka oranıyla sert bir artış göstermiştir. Çin, bu salgını kontrol altına alabilmek için benzerine az rastlanır sert halk sağlığı önlemlerini uygulamaya koymuştur. Wuhan şehrine 23 Ocak'ta ulaşım yasağı getirilmiş ve dış dünya ile bağlantısı kesilmiştir. Sonraki haftalarda, açık havada yapılan etkinliklerin ve toplantıların tümü kısıtlanmış ve çoğu şehirde, kırsal kesimde 18 kamu tesisi

kapatılmıştır. Bu önlemler neticesinde Çin'deki günlük yeni vaka sayısı istikrarlı bir şekilde azalmaya başlamıştır (Hu ve diğerleri, 2021: 151).

Bununla birlikte, Çin'deki düşüş eğilimine rağmen, Covid-19'un uluslararası yayılımı şubat ayının sonundan itibaren hızlanmıştır. Artan sayıda ülkeden büyük enfeksiyon kümeleri rapor edilmiştir. SARS-CoV-2'nin yüksek bulaşma verimliliği ve uluslararası seyahatin bolluğu, Covid-19'un dünya çapında hızla yayılmasına neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (2020) küresel Covid-19 salgınını 11 Mart 2020'de, resmi şekilde bir pandemi olarak nitelendirmiştir. Mart 2020'den bu yana Çin'de Covid-19 etkin bir şekilde kontrol altına alınırken, Avrupa, ABD, Türkiye ve diğer bölgelerdeki vaka sayıları keskin bir şekilde artmıştır. Johns Hopkins Üniversitesi Sistem Bilimi ve Mühendisliği Merkezi'nin Covid-19 panosuna göre, 13 Nisan 2022 itibariyle, altı kıtadan 216 ülke ve bölge 500 milyondan fazla Covid-19 vakası bildirilmiş ve 6 milyondan fazla hasta ölmüştür. Yüksek ölüm oranı, özellikle sağlık hizmetleri kaynakları yetersiz kaldığında meydana gelmiştir (Dong, Du ve Gardner, 2020: 533).

Solunum virüslerinin hava yoluyla bulaşmasında yer alan aşamalar arasında en önemli etken olarak görülmektedir. Virüs yüklü aerosoller (<100 mm) ilk olarak enfekte bir kişi tarafından üretilmekte, bunlar aracılığıyla solunmakta ve çevreye taşınmaktadır. Enfeksiyöz kalmaları koşuluyla, yeni bir enfeksiyon başlatmak için potansiyel bir konakçı tarafından solunabilmektedirler. Damlacıkların (>100 mm) aksine, aerosoller saatlerce havada kalabilmekte, onları soluyan enfekte kişiden 1 ila 2 m uzağa gidebilmekte ve hem kısa hem de uzun mesafelerde yeni enfeksiyonlara neden olabilmektedir (Wang ve diğerleri, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), 2021 yılının Nisan ve Mayıs aylarında SARS-CoV-2'nin hem kısa hem de uzun mesafelerde yayılmasında virüs yüklü aerosollerin solunmasını resmi olarak kabul etmiştir (WHO, 2021; Center For Disease Control And Prevention, 2021). Bu gibi resmiyet kazanmış bilgiler ve tıbbi öneriler vasıtasıyla hastalar alınan bilgi miktarından memnun kalacak, etkili hastalık yönetimi konusunda daha güçlendirilmiş, tedavi önerilerine ve alınan önlemlere uyma olasılığı daha yüksek ve daha iyi sağlık sonuçları elde etmesi mümkün olacaktır (Powers ve Bendall, 2004: 47).

2.2.4. Tanı

Covid-19 teşhisi tipik olarak nazal sürüntü yoluyla yapılır. Bununla birlikte, nazal sürüntülerin SARS-CoV-2 PCR testinin yanlış negatif test sonuç oranları nedeniyle, olası bir tanı koymak için klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları da kullanılabilir (Wiersinga, Rhodes, Cheng, Peacock ve Prescott, 2020: 790).

Solunum örneklerinden (örn., nazofarenks) SARS-CoV-2 RNA tespiti (Polymerase Chain Reaction-PCR), tanı için standarttır. Bununla birlikte testin duyarlılığı, maruz kalmaya ve testin zamanlaması açısından değişmektedir. Bir modelleme çalışmasında, duyarlılık hastalığa maruz kalındığından 4 gün sonra %33, semptom başlangıcından 3 gün sonra %80 olarak tahmin edilmiştir (Kucirka, Lauer, Laeyendecker, Boon ve Lessler, 2020: 265). Yanlış negatif test sonuçlarına katkıda bulunan faktörler arasında numune toplama tekniğinin yeterliliği, etkisi altında kalma süresi ve numune kaynağı yer alır. Bronş sıvısı gibi alt solunum yolu numuneleri, üst solunum yolu numunelerinden daha hassastır. SARS-CoV-2 dışkıda da saptanabilir, ancak idrarda saptanamaz. Alternatif olarak tükürük ise, daha az sürüntü ve kişisel koruyucu ekipman gerektirdiği için numune almak kolaydır. Fakat daha fazla doğrulama gerektiren bir yöntemdir. (Wang ve diğerleri 2020: 1144).

Çeşitli serolojik testler, yeni aşılara verilen yanıtların teşhisine ve ölçülmesine de yardımcı olabilir. Bununla birlikte, enfeksiyon karşısında üretilen tüm antikorlar nötralize edilmediğinden, antikorların varlığı bağışıklık sağlamayabilir. SARS-CoV-2 ile ikinci enfeksiyonların meydana gelip gelmediği ve hangi sıklıkta ortaya çıktığı bilinmemektedir. Antikorların varlığının sonraki enfeksiyona yatkınlığı değiştirip değiştirmediği veya antikor korumasının ne kadar süre devam ettiği açık değildir (Sethuraman, Jeremiah ve Ryo, 2020: 2250). Daha şiddetli hastalıkta daha yüksek antikor titreleri ortaya çıkmaktadır (Zhao ve diğerleri, 2020: 2032). Görüleceği üzere bir hasta sürüntü vererek tedavi kararına aktif olarak katıldığında ve hedef belirlemeye katılarak davranış değişikliğini taahhüt ettiğinde, güçlendirme sürecine girmektedir. Tıbbi ziyaret sırasında hasta katılımının artırılması, hasta memnuniyetini etkilemekte, kendi kendine tedavi tıbbi rejimlerine uyumu sağlamakta ve nihayetinde sağlık sonuçlarının iyileştiği görülmektedir (Bechel ve diğerleri, 2000: 403).

2.2.5. Hastalıktan Korunma

Halka açık yerlerde Covid-19 pandemisine etkin bir şekilde yanıt verebilmek için, tamamen kapatma, Covid-19'u önlemek ve kontrol etmek için bir önlem olarak düşünülmüş ancak bu durumun dünya genelinde çok büyük ekonomik kayıplara yol açtığı görülmüştür (Pan ve diğerleri, 2022: 4). Hastalıktan korunma ile ilgili alınması gereken önlemler aşağıdaki alt başlıklarda belirtilmiştir.

2.2.5.1. Operasyon yönetimi

Etkili operasyon yönetim sistemi, Covid-19 enfeksiyon riskinin azaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Sermaye sahipleri ve sağlık yöneticileri, halka açık yerlerde Covid-19'un önlenmesi ve kontrolünden öncelikle sorumlu olmalıdır. Acil durum planı geliştirmeleri bir zorunluluktur. Ayrıca bu süreçte hastalıktan etkilenecek olanların da video, afiş, broşür ve dijital platformalar gibi mecralar kullanılarak bilgilendirilmeleri hastalığı yönetme sürecine uyum sağlamaları gerekmektedir. Ayrıca çalışanlar arasında aşılama oranlarının arttırılması gerekmektedir. Ateşi, öksürüğü veya diğer semptomları olan kişilerin zamanında tıbbi tedaviye başvurmaları teşvik edilir ve anormal vücut ısısı olanların halka açık yerlere girmelerine izin verilmemelidir (Pan ve diğerleri, 2022: 4). Bu süreçteki çabalar hem sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine hem de hasta güçlendirme sürecine katkı sağlayacaktır. Dolayısıyla bu noktada hem iç müşteri olarak nitelendirdiğimiz sağlık hizmeti sunucularına hem de dış müşteri olarak nitelendirilen sağlık hizmeti kullanıcılarına koruyucu tıp ile ilgili bilgilerin çeşitli mecralar aracılığıyla sunularak güçlendirilmelerine de çaba sarf edilmelidir.

2.2.5.2. Aşı

Covid-19 aşıları, hastalanmayı önlemede, ciddi hastalıkları, hastaneye yatışları ve ölümleri önlemede oldukça etkilidir. Aşı olmak, Covid-19'a neden olan SARS-CoV-2'nin yayılmasını yavaşlatmanın en iyi yoludur. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi, bağışıklık sistemi zayıflamış kişiler de dahil olmak üzere, uygun olan herkesin Covid-19 aşıları konusunda güncel kalmasını tavsiye etmektedir (Center For Disease Control And Prevention, 2022d). Hastaların aşıya katılımının aslında hasta güçlendirmeyle önemli bir ilişkisi vardır. Hastaların Covid-19 sürecinde kendi kendini yönetebilmesi için yeterli güce sahip olmaları gerekmektedir. Bu nedenle yüksek düzeyde güçlendirme elde edilmesi, toplumsal

bağışıklığı gerçekleştirmede en önemli aşamalardan biri olan aşı gibi sağlık sistemine uyumu teşvik eden sağlık müdahalelerine bağlıdır.

2.2.5.3. Maske

İki yaş ve üzeri herkes, aşılama durumundan bağımsız olarak, halka açık olan kapalı alanlarda doğru bir şekilde uygun bir maske takmalıdır. Hastaysanız ve başkalarının yanında olmanız gerekiyorsa veya Covid-19 olan birine bakmakla yükümlüyseniz maske mutlaka takılmalıdır. Hastalık için yüksek risk grubundaysanız, yüksek risk grubundaki biriyle yaşıyorsanız veya o kişiyle vakit geçiriyorsanız maske takma konusunda sağlık uzmanınızla görüşmelisiniz. Bağışıklık sistemini zayıflatan bir hastalığı olan veya ilaç kullanan kişiler, Covid-19 aşıları güncel olsa bile tam olarak korunmayabilir. Bu kişiler hangi ek önlemlerin gerekli olabileceği konusunda sağlık uzmanlarıyla konuşmalıdırlar (Center For Disease Control And Prevention, 2022d). Hastaların maske takmaya katılım sağlamaları hasta güçlendirmenin alt başlıkları arasında olan katılım ile doğrudan ilişkilidir. Hastaların maske takma konusunda kendiliğinden harekete geçmesi, sağlık uzmanından hastaya artan bilgi, kontrol ve sorumluluk biçiminde güç transferini ifade etmektedir. Böylelikle hastalık esnasında ve sonrasında hastanın kendi kendine karar verme sürecine katılma derecesinin artmasının sağlanması, aynı zamanda güçlendirilme derecesinin de artması anlamına gelecektir.

2.2.5.4. Sosyal mesafe

Ev içinde, hasta kişilerle yakın temastan kaçınılmalıdır. Mümkünse, hasta olan kişi ile diğer hane halkı üyeleri arasında 1,5 metre mesafe bırakılmalıdır. Hasta birine bakılıyorsa, kişi kendine tam oturan bir maske taktığından emin olmalı ve kendini korumak için temastan kaçınmalıdır. Kişi halka açık yerlerde, Covid19 aşıları tam değilse ve hastalanma riski yüksekse, diğer insanlardan en az 6 metre uzakta durmalıdır (Center For Disease Control And Prevention, 2022d). Kişilerin sosyal mesafeye uymaları olumlu sağlık çıktıları elde etmek için en önemli kriterlerden biridir. Bu ise hasta güçlendirmenin nihai hedefini oluşturmaktadır.

Halka açık yerlerde sosyal mesafe önlemleri arasında; söz konusu yerlerin kapatılması, mobil ödemenin teşvik edilmesi, evde uzaktan çalışmanın teşvik edilmesi, işyerinde çalışanlar arasındaki fiziksel mesafenin arttırılması, yenilikçi çalışma programlarının kullanılması, işyerinde sosyal temasların azaltılması vb. yer almaktadır. Grup

yemekleri, merkezi toplantılar ve sergiler gibi toplu organizasyonlardan kaçınılmalıdır. Yemek zamanlarının kademeli olarak alınması ve başkalarıyla iletişim kurulurken fiziksel mesafenin korunması önerilmektedir. Çok katlı mağazalar, eczaneler, restoranlar vb. için mağaza içi hizmetlerin durdurulması, çevrimiçi sipariş veya eve teslimat yapılması önerilmektedir. Aynı zamanda emzirme odaları, çocuk oyun alanları ve kapalı eğlence yerlerindeki bazı hizmetlere ara verilmelidir. Kapatma uygulanamıyorsa, halka açık yerler açılmadan önce tesisler dikkatli bir şekilde dezenfekte edilmelidir. (Pan ve diğerleri, 2022: 4).

2.2.5.5. Temizlik ve dezenfeksiyon

El hijyenine dikkat edilmelidir. Eller en az 20 saniye sabun ve su ile yıkanmalı, sabun ve su yoksa alkol bazlı el dezenfektanı kullanılmalıdır. Dezenfektan veya antibakteriyel sabun kullanmaya gerek yoktur. Sıradan sabun yeterli olacaktır. Eller yıkamadan ağza, burna ve gözlere dokunulmamalıdır. Hasta insanlara temas edilmemelidir (tercihen en az 1,5 m uzakta). Özellikle hasta kişiler ve çevrelerindeki diğer kişilerle doğrudan temastan sonra eller sık sık temizlenmelidir (Sağlık Bakanlığı Covid-19 Bilgilendirme Platformu, 2022).

Günde birkaç kez temizlik ve dezenfeksiyon için yoğun alanlar ve temasın yüksek olduğu yüzeyler belirlenmelidir. Yüzeyler her zaman önce organik maddeleri uzaklaştırmak için su, sabun veya deterjanla temizlenmeli, ardından dezenfeksiyon yapılmalıdır. Yüzey dezenfeksiyonu için %70-90 konsantrasyonlu alkol kullanılabilir. Dezenfeksiyon lokal ve kontrollü bir şekilde uygulanmalıdır. Spreyleme potansiyel olarak toksik olduğu için tüm odalara, dış mekanlara veya kişilerin bulunduğu yerlere yapılmamalıdır. Yaygın olarak kullanılan dezenfektanlar potansiyel olarak toksiktir. Bu yüzden dezenfektanların hazırlanması ve uygulanması esnasında, çalışanların güvenliğini ve sağlığını korumak için üreticinin talimatlarına uyulmalıdır. Çalışanlara güvenli kimyasal işleme ve uygun kişisel koruyucu ekipman konusunda düzenli eğitim verilmelidir (WHO, 2021b). Hasta güçlendirme kavramı, önemli oranda hastaların sağlık bilgilerine erişmesine bağlıdır (Hampson ve diğerleri, 1996: 53). Salgın hastalık durumlarında temizlik ve dezenfeksiyon gibi konularda hasta bilinci ve eğitimi en önemli konulardan biridir. Sağlık çalışanlarının söz konusu alanlarla ilişkili bilgilendirilmeleri bu bilgilerin aynı zamanda hastalara aktarılmasına yardımcı olacak ve dolayısıyla topyekûn hasta güçlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

2.2.5.6. Kişisel korunma

Zamanında aşılama, her zaman bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellemenin en etkili yollarından biridir. Maskenin etkinliği, solunum yolu enfeksiyonu olan hastalara bakarken damlacık önlemlerinin bir parçası olarak sağlık çalışanları tarafından sağlık bakım ortamlarında zaten doğrulandığından, yüksek riskli alanlarda, toplu veya nispeten kapalı halka açık yerlerde maskelerin rasyonel kullanımı önerilmektedir (Feng ve diğerleri, 2020). Semptom başlangıcından önce Covid-19 bulaşabilir, halkın geneli maske takabilirse halka açık yerlerde bulaşma azaltılabilir. Halka açık yerlere girmeden önce maske takmalarını ve eve döndükten sonra ellerini yıkamalarını hatırlatmak için özel broşürler düzenlenmelidir. Ayrıca el hijyeni önlemlerinin uygulanması çok önemlidir. Çalışma sırasında çalışanlar ve işverenler ellerini sık sık yıkamalı veya etkili alkol içeren el dezenfektanı kullanmalıdır. Belirli koşullar altında klor içeren veya hidrojen peroksit içeren el dezenfektanlarının kullanılması da kabul edilebilir. Görünür kirleticiler olması durumunda, el dezenfektanı kullanmadan önce ellerin su ile yıkanması ve gözlere dokunulmaması tavsiye edilmektedir. Ayrıca el yıkama için uygun ortamların tesis edilmesi, danışma ve yazar kasada el dezenfektanı bulundurulması gerekmektedir. Yeterli havalandırması olmayan toplu halka açık yerlerde çalışanların, yeterli kişisel koruyucu ekipman tedariki öncülüğünde maske, eldiven ve gözlük ile donatılması önerilmektedir (Pan ve diğerleri, 2022: 4). Salgın hastalık dönemlerinde kişilerin güçlendirilerek kişisel korunmayı kendi kendilerine sağlamaları, sadece bireysel olarak değil aynı zamanda bir bütün olarak sağlık sistemi ve toplum için de etkili olduğu görülmüştür. Bu ise hasta güçlendirmenin önemini bir kez daha gözler önüne sermektedir.

Maske takılıyorsa, maskenin içine öksürülüp, hapşırılabilir. Fakat en kısa zamanda yeni, temiz bir maske takılıp, eller yıkanmalıdır. Maske takılmıyorsa, öksürürken veya hapşırırken daima ağız ve burun mendille kapatılmalı veya dirseğin içi kullanılmalıdır. Kullanılmış mendiller çöp kutusuna atılmalıdır. Eller hemen su ve sabun ile en az 20 saniye yıkanmalıdır. Su ve sabun hazır değilse, eller en az %60 alkol içeren bir el dezenfektanı ile temizlenmelidir (Center For Disease Control And Prevention, 2022d).

2.2.6. Tedavi

Covid-19 hastalarının klinik bakımına yönelik mevcut Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri kılavuzu, Covid-19 için spesifik bir tedavinin bulunmadığını

vurgulamaktadır. Tedavi yönteminin "mevcut enfeksiyon önleme ve kontrol önlemlerinin" uygulanmasını ve komplikasyonların destekleyici yönetimini içerdiği vurgulanmaktadır (Sanders, Monogue, Jodlowski ve Cutrell, 2020: 1832). Hastanın güçlendirilmesiyle Covid-19 gibi salgın hastalıkların sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi hedeflenmektedir. Güçlendirilen hastaların hasta aktivasyonu artmakta bu ise daha olumlu sağlık sonuçları elde etmemizi sağlamaktadır. Aktif hastalar, kendi durumlarını yönetmek, sağlık kuruluşlarıyla iş birliği yapmak, sağlık işlevlerini sürdürmek ve yüksek kaliteli bakıma erişmek için gerekli beceri ve davranışlara sahip kişilerdir (Hibbard, Collins, Mahoney ve Baker, 2010: 70).

Semptomatik tedavi, baş ağrısı, ateş, öksürük ve kas ağrısı için reçetesiz ateş düşürücüler, analjezikler veya öksürük kesicilerin kullanılmasını içermektedir. Nefes darlığı çeken hastalar, sırtüstü pozisyondan daha çok yüzüstü pozisyonda dinlenmekten fayda görebilirler. Şiddetli nefes darlığı anksiyeteye neden olabileceğinden, sağlık hizmeti sağlayıcıları hastaları nefes egzersizi gibi konularda eğitmeyi düşünmelidir. Hastalarda sıvı kaybını önlemek için düzenli olarak sıvı içmeleri tavsiye edilmelidir. Covid-19'un akut fazı sırasında gerektiğinde istirahat önerilmeli ve hastanın toleransına göre yürüme egzersizleri ve diğer aktivite biçimleri artırılmalıdır. Hastalar, semptomların çözülmesine ve tam iyileşmeye kadar geçen süredeki değişkenlik konusunda eğitilmelidir (Covid-19 Treatment Guidelines Panel, 2022).

Covid-19'a karşı etkili müdahalelerin hızlı tanımlanması büyük bir zorluktur. Güvenlik profilleri hakkında mevcut bilgiler ve bazı durumlarda yakından ilişkili koronavirüslere karşı etkinlik göz önüne alındığında, mevcut antiviral ilaçların yeniden kullanılması, Covid-19 ile mücadele için potansiyel olarak önemli bir yakın vadeli stratejidir (Li ve De Clercq, 2020: 149). Covid-19 hastalarında klinik testlere tabi tutulan çoğu antiviral ilaç, orijinal olarak influenza, HIV, Ebola veya SARS/MERS'e karşı geliştirilmiş amaca yönelik antiviral ilaçlardır (Wiersinga ve diğerleri, 2020: 790). Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), belirli durumlarda Covid-19 tedavisi için remdesivir'i (Veklury) onaylamıştır. Covid-19'un klinik yönetimi, enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri ile endike (iyi gelmek, gerekmek) olduğunda ek oksijen ve mekanik ventilatör desteği dahil destekleyici bakımı içermektedir (Center For Disease Control And Prevention, 2022c).

Covid-19 pandemisinin başlarında, Çin'de yatan hastaları tedavi etmek için iyileşme dönemi hastalardan alınan plazma kullanılmıştır. Kısa bir süre sonra, Amerika Birleşik Devletleri'nin de içinde bulunduğu birçok ülkede Covid-19'lu hastalarda iyileşme dönemi hastalardan alınan plazmayı değerlendiren "Randomize Kontrollü Çalışma'lar" başlamıştır. Mart 2020'de FDA, Bireysel-Hasta Acil Yeni Araştırma İlacı uygulamaları kapsamında ciddi veya yaşamı tehdit eden Covid-19'u tedavi etmek için iyileşme dönemi hastalardan alınan plazmaya genişletilmiş erişimi yetkilendirmiştir (Pau ve diğerleri, 2021: 94).

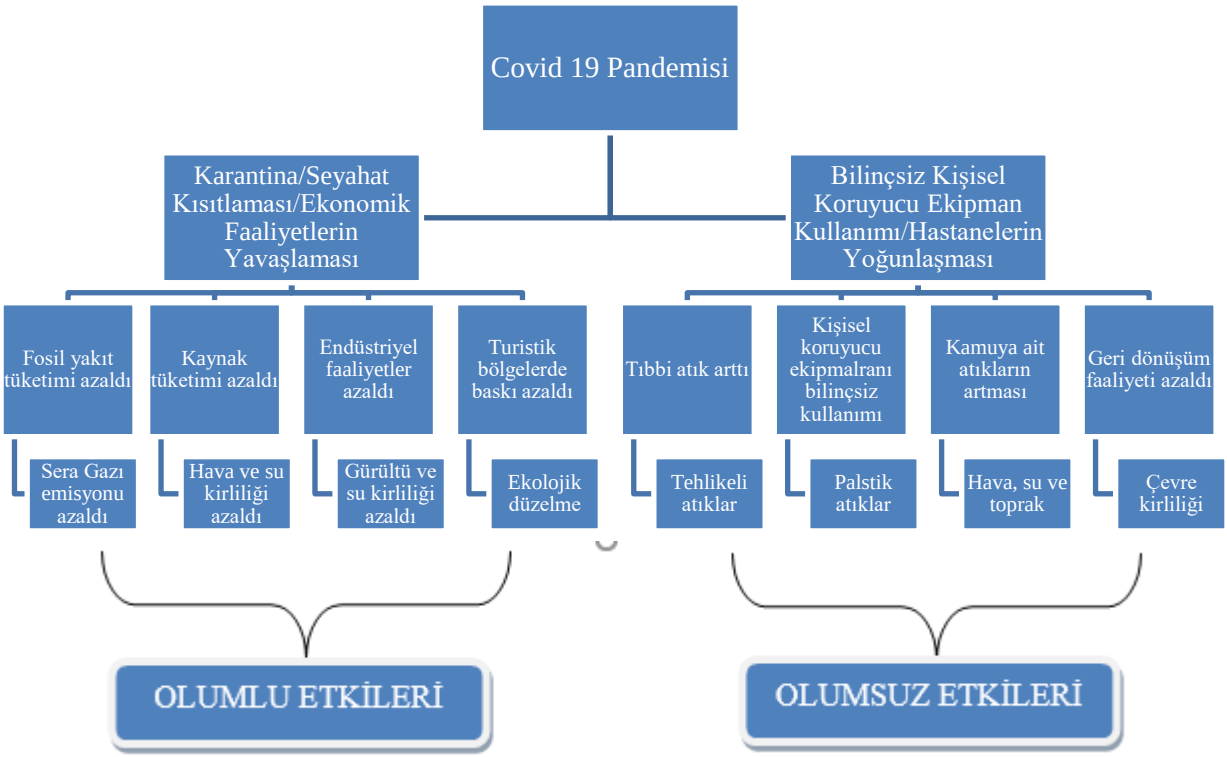
Covid-19 ile hastaneye kaldırılan hastaların %75'inden fazlası ek oksijen tedavisine ihtiyaç duymaktadır. Mekanik ventilasyon gerektiren hastalar için, düşük hacimlerde akciğer koruyucu ventilasyon önerilmektedir (Alhazzani ve diğerleri, 2020: 881). Ek olarak, yüzüstü pozisyon verme, kolay oksijen almayı sağlayabilir. Covid-19 nedeniyle solunum yetmezliği yaşayan bazı hastaların akciğer koruyucu ventilasyondan yararlanmaları muhtemeldir (Hager, Krishnan, Hayden ve Brower, 2005: 1244).

2.2.7. Covid-19'un Etkileri

Covid-19'un çevresel, ekonomik, sosyal ve kültürel olarak çeşitli etkileri mevcuttur. Genel anlamda bakılacak olursa bu etkiler olumlu ve olumsuz olarak değerlendirilebilir.

2.2.7.1. Çevresel etkileri

Covid-19 salgını, fiziksel dünya da dahil olmak üzere insan yaşamının her bölümünü etkilemektedir. Virüsün yayılmasını kontrol altına almak için alınan önlemler ve ekonomik faaliyetlerin yavaşlaması çevre üzerinde önemli etkiler yaratmıştır. Covid-19'un neden olduğu küresel bozulma, çevre ve iklim üzerinde çeşitli etkiler yaratmıştır. Hareket kısıtlaması, sosyal ve ekonomik faaliyetlerin önemli ölçüde yavaşlaması nedeniyle, dünyanın farklı yerlerinde su kirliliğinin azalmasıyla birçok şehirde hava kalitesi iyileşmiştir. Bunun yanı sıra Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) kullanımının artması (ör. yüz maskesi, el eldivenleri vb.), bunların gelişigüzel atılması ve büyük miktarda hastane atığı oluşması çevre üzerinde olumsuz etkiler yaratmıştır (Rume ve Islam, 2020: 3). Aşağıda şekil 1'de olumlu ve olumsuz çevresel etkiler toplu olarak gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Covid-19 salgınının olumlu ve olumsuz çevresel etkileri.

Rume, T., & Islam, S. D.-U. (2020). Environmental effects of Covid-19 pandemic and potential strategies of sustainability. *Heliyon, 6*(9), e04965.

Sanayilerin, ulaşımın ve şirketlerin kapanması, sera gazı (GHG) emisyonlarında ani bir düşüşe neden olmuştur. Yıl bazında karşılaştırma yapıldığında 2019'a nazaran 2020 yılında, virüsü kontrol etmek için alınan önlemler sayesinde New York'taki hava kirliliği seviyeleri yaklaşık %50 azalmıştır (Henriques, 2020).

Su kirliliği, evsel ve endüstriyel atıkların arıtılmadan nehirlere döküldüğü Hindistan ve Bangladeş gibi gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir uygulamadır. Karantina döneminde, başlıca endüstriyel kirlilik kaynakları küçülmüş veya tamamen durmuştur. Bu ise kirlilik yükünün azaltılmasına yardımcı olmuştur (Yunus, Masago ve Hijioka, 2020: 2).

Genellikle, inşaat ve üretim sürecinden su ve toprak kirliliğinden sorumlu olan büyük miktarda katı atık artık daha az üretilmektedir. Ayrıca, ihracat-ithalat işlerinin azalması nedeniyle, ticari gemi ve diğer gemilerin hareketi küresel olarak azalmış, bu da emisyonun yanı sıra deniz kirliliğini de azaltmıştır (Rume ve Islam, 2020: 4).

İstenmeyen gürültü, ekosistem dengesi için kritik öneme sahip çevresel süreçlerin kontrolüne yardımcı olan canlıları olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte, karantina

ve tecrit önlemleri, insanların evde kalmasını zorunlu kılmış, dünya çapında ekonomik faaliyetleri ve iletişimi azaltmış, sonuçta çoğu şehirde gürültü seviyesi düşmüştür (Zambrano-Monserrate, Ruano ve Sanchez-Alcalde, 2020: 2). Genel olarak, salgın sırasında uygulanan karantina nedeniyle ekonomik faaliyetlerdeki azalma dünya genelinde gürültü kirliliğinde azaltma sağlamıştır.

Turizm endüstrisinin küresel sera gazı emisyonunun %8'inden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Ancak, doğal güzellikteki yerler (örneğin, plajlar, adalar, milli park, dağlar, çöller ve ormanlar) turistleri cezbetmekte ve büyük bir ilgi uyandırmaktadır. Ancak bu tür doğal kaynakların tüketilmesine neden olan birçok market, restoran, otel, motel ve bar inşa edilmektedir (Pereira, Ribeiro ve Filimonau, 2017: 257). Örneğin, Puig ve ark. (2017) İspanya'nın kıyı otel hizmetlerinin karbon ayak izini hesaplamıştır. İki yıldızlı otellerin elektrik ve yakıt tüketiminde önemli bir role sahip olduğunu ve en yüksek karbon salınımına sebep olduğunu bildirilmiştir. Ayrıca ziyaretçiler, doğal güzellikleri bozan, ekolojik dengesizliğe sebep olan birçok atığı çevreye boşaltmaktadır. Covid-19'un patlak vermesi ve yerel kısıtlamalar sebebiyle, dünya genelindeki turistik noktalarda turist sayısı azalmış ve doğa kendini yenilemek için adeta fırsat bulmuştur.

Covid-19'un olumlu etkilerinin yanında birçok olumsuz etkisi de söz konudur. Bu olumsuz etkilerden biri biyomedikal atık üretiminin artmasıdır. Salgının patlak vermesinden bugüne, çevre ve halk sağlığına büyük bir tehdit yaratan tıbbi atıklardaki üretim küresel çapta artış göstermiştir. Covid-19 şüphesi olan hastalardan numune alma, teşhis, tedavi ve dezenfeksiyon için hastanelerden büyük miktarda enfeksiyöz ve biyomedikal atık üretilmiştir (Somani, Srivastava, Gummadivalli ve Sharma, 2020: 2).

Viral enfeksiyondan korunmak için insanlar, sağlık atık miktarını artıran yüz maskesi, plastik eldivenler ve diğer güvenlik ekipmanlarını kullanmaktadırlar. Amerika Birleşik Devletleri'nde evsel düzeyde KKD kullanımının artması nedeniyle çöp miktarının arttığı bildirilmiştir. Covid-19'un çıkmasından bu yana, plastik bazlı KKD'nin üretimi ve kullanımı dünya çapında artmıştır. Ancak bulaşıcı atık yönetimi konusunda bilgi eksikliği nedeniyle birçok insan bunları (örneğin yüz maskesi, eldiven vb.) açık yerlere atmaktadır. Bazı durumlarda ise bu atıklar evsel atıklarla birlikte atılmaktadır. Bu çöplerin bu şekilde gelişigüzel boşaltılması, su yollarında tıkanmaya

neden olmakta ve çevre kirliliğini artırmaktadır (N. Singh, Tang ve Ogunseitan, 2020: 8500).

Belediye atıklarının (hem organik hem de inorganik) üretiminin artması, çevre üzerinde hava, su ve toprak kirliliği gibi doğrudan ve dolaylı etkilere sahiptir. Salgın hastalık nedeniyle birçok ülkede uygulanan karantina politikaları, eve teslim için online alışveriş talebinde artışa neden olmuştur. Bu ise ambalaj malzemelerinden kaynaklı evsel atık miktarında artışa sebep olmuştur (Somani ve diğerleri, 2020: 2).

Son dönemde, SARS-CoV-2 virüsünü ortadan kaldırmak için yerleşim yerlerinde çok miktarda dezenfektan uygulaması yapılmaktadır. Dezenfektanların bu kadar yaygın kullanımı, hedeflenmeyen faydalı türleri öldürebilir (Rume ve Islam, 2020: 4). Faydalı türlerin ölmesi ise ekolojik dengesizlik yaratabilir (Islam ve Bhuiyan, 2016: 1164). Hollanda, Avustralya, ABD, İsveç ve Hindistan dahil olmak üzere birçok ülkede yapılan analizler sonucunda Covid-19 hastalarının dışkısında ve belediye atık sularında SARS-CoV-2 virüsü tespit edilmiştir (Ahmed ve diğerleri, 2020: 2).

Bu ve benzeri olumsuz etkileri ortadan kaldırmaya katkı sağlayacak olan koruyucu faaliyetler arasına hasta güçlendirmeyi de katabiliriz. Hastaları kendi kendine yönetim faaliyetlerinde çevresel etkileri de katarak eğitmek yaşam boyu süren bir süreçtir (Day, 1995: 115). Eğitim, sağlık durumlarında, yaşam kalitelerinde ve dolayısıyla çevre üzerinde olumlu, kalıcı bir ekti yapacaktır (Nodhturft ve diğerleri, 2000: 509). O halde çevrenin korunması konusunda da hasta güçlendirme yoluyla insanları bilinçlendirerek bu etkileri azaltmaya çalışmak gerekmektedir.

Hastaları güçlendirmeye yönelik eğitmek öz yeterlilik ve performanslarını artırmakla kalmayıp aynı zamanda hastalarda davranış değişikliği yaratmaktadır. Davranış değişikliği denildiğinden aklımıza sadece kişinin hastalığını yönetmesi gelmemelidir. Çevreye karşı duyarlılık, ciddiyet, sosyokültürel davranış değişikliği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu davranış değişikliği sayesinde hastalar maskeyi yere atma, tıbbi atıklardan oluşan çöpleri gelişi güzel boşalma gibi eski olumsuz davranışlarını bir kenara bırakıp daha olumlu yeni davranışlar edinmektedir.

2.2.7.2. Ekonomik etkileri

Salgının dünya ekonomisi üzerindeki etkileri çok büyüktür. Covid-19 küresel durgunluğu, II. Dünya Savaşı bitiminden bugüne yaşanan en büyük durgunluktur.

IMF'nin yayınladığı Nisan 2021 Dünya Ekonomik Görünüm Raporu'na göre 2020'de küresel ekonomi yüzde 3,5 daralmıştır. Ekim 2019'daki yüzde 3,4'lük büyüme tahminini de göz önüne aldığımızda bu kayıp yüzde 7'lik bir rakama tekabül etmektedir. IMF'nin kapsadığı hemen hemen her ülke 2020'de negatif büyüme gerçekleşmiş ve bu gerileme dünyanın yoksul bölgelerinde daha belirgin olmuştur (Yeyati ve Filippini, 2021: 34).

Covid-19 şoku, ülkeler arasında hızla yayılmış ve senkronize bir olumsuz etkiye neden olmuştur. Küresel ekonominin yüzde 90'ından fazlası, 1930-32 Büyük Buhranı'ndan bu yana aynı anda küçülen ülkelerin en yüksek payı olan kişi başına GSYİH'da bir daralma yaşamıştır. Söz konusun bu daralma;

(i) küresel değer zincirinin bozulması,

(ii) uluslararası hareketliliğe getirilen kısıtlamalar,

(iii) ülkeler arası para transferinin azalması,

gibi nedenlerden dolayı ülke ekonomi ve faaliyetlerinin farklı şekillerde etkilenmesine neden olmuştur (Yeyati ve Filippini, 2021: 35).

Dünya çapında ürünlerin arz ve talebini, Covid-19 etkilemektedir. Yerli tüketicilerin talebi çoğu ülkede keskin bir şekilde düşmüştür (Bakar ve Rosbi, 2020: 191). Pandemi sürecinde doktor ve uzmanlar Corona virüse karşı korunma önlemlerini açıklarken "evde kalın, sokağa çıkmayın ve beslenmenize dikkat edin, sebze meyve tüketerek bağışıklık sisteminizi güçlendirin" demişlerdir. Beslenmeye dikkat edilebilmesi için çiftçilerin sebze, meyve ve tarım ürünlerini üretmesi gerekmektedir. Dolayısıyla salgın süreçlerinde tarım politikalarının da etkili bir şekilde yürütülmesine yönelik politikalar oluşturulması ve potansiyel sağlık kullanıcısı olan çiftçilerin de güçlendirilmesi gerekmektedir.

Pandemi sürecinde ekonominin önemli belirleyicilerinden biri olan talep, yabancı alıcıların siparişleri geciktirmesi veya geri çekmesi gibi diğer faktörler nedeniyle de düşmüştür. Yerli ve yabancı turistlerin gezileri iptal etmesi ve insanların servetini ve harcama isteklerini törpüleyen borsadaki düşüşler bunlara örnek olarak verilebilir. Genel olarak daha düşük olan genel yurt içi tüketici talebi, üretim ve istihdam üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olmuştur. Tüketici talebindeki düşüş, şirketleri çalışanı işten çıkarmak yerine stoğa yönelik daha düşük üretime yönlendirmiştir. Ancak, hizmet

sektöründe yer alan küçük ölçekli şirketler üzerinde pandeminin etkisinin dramatik olduğu görülmüştür (Bakar ve Rosbi, 2020: 191).

Covid-19 uzun vadede turizm sektöründeki tüketici davranışlarını değiştirmiştir. İnsanlar daha az harcanabilir gelire sahip olmuş, seyahat bir kez daha lüks olarak görülmüş ve bu nedenle turizm türleri sadece sonuç olarak değil, aynı zamanda bir zorunluluk olarak da değişmiştir. (Everingham ve Chassagne, 2020: 563). Covid-19 pandemisinin sosyal, psikolojik ve ekonomik yansımaları sonucunda küresel ölçekte ticari dengelerin bozulduğu görülmüştür. Sonuçlar "felaket" olarak tanımlanmış ve birçok sektör gibi turizm ve konaklama sektörü de ağır darbe almıştır. Bazı turizm ve konaklama şirketleri pandemi öncesi zaten güvencesiz bir durumda olsa da bu endüstriler özellikle pandemi tarafından kesintiye uğramıştır. Uçuşların durdurulduğu, turizm ve konaklama şirketlerinin kapandığı, gelirlerin düştüğü, iş kayıplarının yaşandığı yaygın bir belirsizlik ortamı görülmüştür (Ntounis, Parker, Skinner, Steadman ve Warnaby, 2022: 57).

Pandeminin ekonomik anlamda getirdiği olumsuz yansımalarının ortadan kaldırılabilmesi için hasta veya sağlık hizmetinden yararlananlara salgın ile ilgili bilgilerin verilmesi ve hastalıkların yayılmasını önleyici davranış geliştirmelerini sağlamak gerekmektedir. Bu da hasta güçlendirmeyle gerçekleşmektedir. Ayrıca bu süreçte hasta veya sağlık hizmetinden yararlananların salgın ile ilgili olumsuz algılardan kurtulmalarına yönelik psikolojik destek de sağlanmalıdır. Böylelikle kişilerin içinde bulundukları ekonomik sıkıntılardan kurtulmaları diğer sosyal politikaların da devreye girmesiyle birlikte kolaylaştıracaktır. Hasta güçlendirmenin tanımlarından biri aslında bu durumu çok güzel açıklamaktadır. Bu tanım:

"İnsanların yaşam durumlarını iyileştirmek ve harekete geçirmek için kişisel, sosyal, ekonomik ve politik güçler üzerinde anlayış ve kontrol kazanma yeteneği" olarak belirtilmiştir (Roberts, 1999: 85).

2.2.7.3. Sosyal ve kültürel etkileri

Ocak 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2019 koronavirüs hastalığına neden olan SARS-CoV2'nin yaygın şekilde bulaşmasını küresel bir pandemi olarak kabul etmiştir. Dünya genelinde hükümetler, enfeksiyonun yayılmasını kontrol etmek için sosyal mesafe, toplumsal tecrit ve bazı insanlar için tam sosyal izolasyon gibi önlemler almıştır. Bununla birlikte, viral salgınla mücadeleye yönelik bu sosyal mesafe

önlemlerinin ruh sağlığı üzerinde istenmeyen sonuçları da olmuştur (Bland ve diğerleri, 2022: 56). Holmes'ın (2020) çalışmasında artan kaygı, depresyon, stres ve diğer olumsuz duygular da dahil olmak üzere sosyal izolasyonun refah üzerindeki etkisine ilişkin yaygın endişelerin, Covid-19'un kendisiyle fiziksel olarak rahatsız olma olasılığından daha yüksek sıralarda yer aldığı ortaya koyulmuştur (Holmes ve diğerleri, 2020: 558).

Yalnızlık, refahın temel göstergelerinden biridir ve depresyon, kaygı ve intihar düşüncesinin güçlü bir yordayıcısıdır. Yalnızlık, hem kopukluk duygularıyla kendini gösteren algılanan sosyal izolasyondan hem de yalnız yaşamak ve başkalarıyla temas eksikliği gibi nesnel izolasyondan kaynaklanabilir (Yanguas, Pinazo-Henandis ve Tarazona-Santabalbina, 2018: 311). Akıl sağlığı sorunları yaşayan insanlar için yalnızlık, genellikle azalmış sosyal ağlar, kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar, işsizlik ve toplumla bütünleşme eksikliği ile kendini gösterir ve bu da yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur. Bu temel işlevsel sonuçlar, uyarlanabilir sosyal etkileşimler için bilgiyi algılamak, yorumlamak ve işlemek için gereken zihinsel işlemler olan sosyal bilişsel yetenekle güçlü bir şekilde bağlantılıdır (Green, Horan ve Lee, 2019: 158). Bu bozuklukların, zihinsel sağlık sorunlarının doğal kırılganlık belirteçleri olup olmadığı, bu sayede sosyal bilişsel becerileri bozulmuş kişilerin normal sosyal destek ağları oluşturmakta güçlük çektikleri veya uzun süreli izolasyon ve zayıf semptomlardan kaynaklanan sosyal bağlantıların ikincil bir sonucu olup olmadığı konusunda kaygılar ortaya çıkmıştır (Bland ve diğerleri, 2022: 56).

Covid-19 salgını insanların yaşamlarının birçok yönünü etkilemiş ve sosyal izolasyona yol açmıştır. Panik bozukluk, anksiyete ve depresyon, Covid-19 ile ilişkili psikolojik problemler arasındadır (Qiu ve diğerleri, 2020: 1). Wang ve diğerleri'nin (2020) yapmış oldukları araştırma sonucunda; fiziksel semptomların ve sağlığın, Covid-19 salgınının erken evrelerinde daha yüksek psikolojik problem prevalansı, stres, anksiyete ve depresyon seviyeleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Söz konusu çalışmada ankete katılanların yarısından fazlası, Covid-19 salgınıyla ilgili şiddetli-orta derecede psikolojik sorunlar ve yaklaşık üçte biri ise orta-şiddetli kaygı yaşadıklarını bildirmiştir. Salgın hastalıklar gibi sağlıkla ilgili acil durumlarda, hastalık ve geniş çaplı sosyal izolasyonla ilgili korku, kaygı ve sahiplik kaybı (yakın ve sevdiklerinin kaybı, para kaybı vb.) nedeniyle uzun süreli zararlı psikososyal sonuçlar ortaya

çıkabilmektedir (Hossini Rafsanjanipoor ve diğerleri, 2022). Hasta güçlendirme kavramı bu noktada önemli olmaktadır. Dolayısıyla sosyal destek ve sağlık sektöründe alan ile ilgili uzmanların kişilerin hastalıkla ilgili olumsuz algılarını ortadan kaldırmak ve hastalığı yönetmek adına çeşitli mecraları kullanarak bilgilendirmeleri önem arz etmektedir. Çünkü kişilerin güçlendirme yoluyla psikososyal sorunları daha kolay aşabilmesi mümkün görülmektedir. Anderson (1996)'un güçlendirme tanımında aslında bu sorun ele alınmıştır. Bu tanım göre, "Çaresizlik, paternalizm ve bağımlılık açısından ve ayrıca daha aktif olarak, kişinin yaşamı üzerinde daha fazla kontrol sahibi olma hissi" olarak görülen güçlendirme sosyal izolasyonla gelmiş olan korku ve kaygıyı azaltmada yardımcı olmaktadır.

Furlong ve Finnie (2020) çalışmalarında, tarihsel olarak, Avustralya'nın çok kültürlülüğüyle gurur duyduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte, pandemi sırasında ırksal mikro saldırganlıklarda ve yabancı düşmanlığında bir artış olduğuna dair kanıtlar olduğunu belirtmişlerdir. Sağcı parti "One Nation"ın kurucusu Avustralyalı senatör Pauline Hanson'dan alıntı yaparak, "İnsanlara Covid-19'dan "Çin Virüsü" olarak söz ettikleri için saldırma veya eleştirme girişimleri geri püskürtülmelidir" diyerek bu duruma örnek vermiştir. Avustralya gazetesi *Herald Sun*, "Çin virüsü pandamoniumu"nun kışkırtıcı manşetlerinde Çin'in yerli pandalarına atıfta bulunurken, ön sayfasında bir komünist yıldız ve cerrahi maske ile koronavirüsü çerçevelediği için eleştiri almıştır. Aynı gün *The Daily Telegraph*, "Çinli çocuklar evde kalıyor" başlıklı bir makale yayınlamıştır. İki ana akım Avustralya gazetesinin bu bölücü provokasyonu, 93.000 imzacının özür talep etmesiyle sonuçlanan bir dilekçeyle sonuçlanmıştır. Bu örnekler, Covid-19'un yanıltıcı ve kültürel olarak duyarsız medyada yer aldığı mevcut sosyal ortamda; Avustralya ve denizaşırı ülkelerde yaşayan Çinlilerin, artan zihinsel sağlık sorunları yaşayabildiğini göstermektedir (Wen, Aston, Liu ve Ying, 2020: 335).

Yaşanan pandemi sürecinde kişilerin güçlendirilmesinde en önemli mecra online platformlar olmuştur. Bu bağlamda internetin önemini dijital iletişimi kolaylaştırması açısından bir kez daha vurgulamak gerekmektedir. Salgın sırasında pek çok insan sosyalleşme sürecini online platformlar üzerinden gerçekleştirerek yalnızlık ve kaygı gibi depresif durumları gidermeye çalışmışlardır. Görüleceği üzere salgın süreçlerinde

kişilerin dijital okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik çabaların da sarf edilerek güçlendirmenin sağlanması gerekmektedir.

3. HASTA GÜÇLENDİRME KAVRAMI VE TANIMLAR

Küresel ortalama yaşam beklentisindeki devam eden artışın etkisi, karmaşık tıbbi ve sosyal ihtiyaçları olan, artan yaşlı nüfusa sahip birçok ülkede zaten belirgindir. 'Hastanın güçlendirilmesi' kavramı, son yıllarda, morbiditenin insanların yaşamları üzerindeki etkisini hafifletmek ve sağlık ve sosyal bakım hizmetleri üzerindeki yüksek morbiditeyi sınırlamak amacıyla bu nüfus zorluklarına yanıt vererek ilgi çekmiştir (Anderson ve Horvath, 2004: 265).

Hasta güçlendirmenin (bazı metinlerde 'hasta aktivasyonu' olarak adlandırılır) sağlık hizmetlerinde kullanılan çeşitli tanımları, uygulamaları ve uzun vadeli koşullarda geniş araştırma grupları vardır. Burada, güçlendirme paradigması, hasta-doktor ilişkisinin yetkili bir dinamik üzerinde adil ortaklıkları teşvik eden bir reforma paralel olarak, sağlıklarını iyileştirme ve sürdürme sorumluluklarını geri almalarını içerir (Barr ve diğerleri, 2015: 2; Bravo ve diğerleri, 2015: 3). Öz-yönetim ve öz-yeterlik, bu nitelikleri değerlendirmek, izlemek ve geliştirmek için pratikte artan sayıda önlemle birlikte, hasta güçlendirme yapılarının çoğunda temel özelliklerdir (Alexander, Hearld, Mittler ve Harvey, 2012: 1203). Hasta güçlendirmenin etkili ve faydalı olduğuna dair artan kanıtlar vardır. Hastaların daha iyi sağlık durumlarına ulaşmalarına yardımcı olmak, hizmetler üzerindeki etkiyi azaltır ve sağlık uzmanları ve hastalardan sürekli katılım ve motivasyon sağlar (Greene ve Hibbard, 2012: 521). Sonuç olarak, hasta güçlendirme, artık yaygın hale gelen hastaları güçlendirmek için girişimler ve hizmet yapılarına yönelik yetkiler ve bunlara yapılan yatırımlar ile küresel ölçekte politika yapıcıların dikkatini çekmiştir (Wakefield ve diğerleri, 2018: 1289).

Mevcut güçlendirme araçları ve modelleri, hastaların sağlık durumlarında bir dereceye kadar tersine çevrilebilirlik ve/veya gelişmiş öz bakım, yaşam tarzı seçimleri ve sağlık profesyonelleri ve hizmetler ile ilişkiler yoluyla olumsuz sağlık durumunun ilerlemesini engelleme potansiyeline sahiptir (Hibbard, Stockard, Mahoney ve Tusler, 2004: 1007). Hastalık perspektifinden bakıldığında, sağlık kazanımları için potansiyel olmadığında veya sakatlık, işlev ve kendi kendini yönetme kapasitesinin olmaması ve başkalarına bağımlı olma durumunun ortaya çıkması nedeniyle bu araçlar ve modellerin uygunluğu tartışılabilir. Bu, durumda olan kişiler uygunsuz bir şekilde

değerlendirilebilir buna bağlı olarak da bu kişilerin yetersiz hizmet almaları durumu ortaya çıkabilir (Wakefield ve diğerleri, 2018: 1290).

3.1. Güçlendirme Kavramı

Güçlendirme kavramı, çok çeşitli bağlamlarda kullanılmaktadır. Kullanımıyla ilgili referans aldığımız ilk bağlamlardan biri Paulo Freire'nin (2000) özgürleştirici eğitim felsefesinde yatmaktadır. Bu kavramı baskı ve sosyal eşitsizliğe bir cevap olarak kullanılmaktadır. Daha sonra terim toplum fizyolojisi, eleştirel sosyal teoriler, cinsiyet çalışmaları, kırsal ekonomi çalışmaları ve son olarak sağlık eğitimi ve tanıtımında analiz edilmiştir (Holmström ve Röing, 2010: 168).

Güçlendirme, tanımlanması zor bir kavramdır. Bir araştırmacı güçlendirmenin farklı bağlamlarda tezahürleri değişken olduğu için herhangi bir şekilde tanımlanamayacağını öne sürmüştür (Rappaport, 1984: 3). Farklı bireyler ve/veya insan grupları, terimi genellikle biraz veya hatta kökten farklı şekillerde tanımlar ve kullanır: her zaman tüm bireyler için geçerli olan, yaygın olarak kabul edilen bir tanım yoktur. Bir yorumcu, kavramın anlaşılması zor doğasını vurgulayarak şunları önermiştir:

Güçlendirme… yokluğundan daha kolay anlaşılır: Güçsüzlük, çaresizlik, umutsuzluk, yabancılaşma, mağduriyet, boyun eğme, baskı, paternalizm, kişinin yaşamı ve bağımlılığı üzerindeki kontrol duygusunun kaybı (Gibson, 1991: 356).

Ne olmadığını gözden geçirmek, güçlendirme kavramının ne olduğunu açıklığa kavuşturmakta yardımcı olacaktır. Güçlendirme dinamik bir terimdir:

1960'ların başında... yoksulluğu, ilgisizliği ve iktidarsızlığı azaltmaya yönelik stratejiler olan 'toplum katılımı' ve 'toplum geliştirme' tekniklerinden kaynaklanır (Skelton, 1994: 417).

Terim son yıllarda iş, siyaset ve eğitim gibi alanlarda popülerlik kazanmıştır (Gibson, 1991: 357). Bu tür alanlarda güçlendirme, hem bir süreç hem de bir sonuç olarak tanımlanmıştır (örneğin, güçlendirme süreci veya güçlendirilmiş olma durumu) (Schulz, Israel, Zimmerman ve Checkoway, 1995: 311).

Güçlendirme tanımları, bireysel, örgütsel ve topluluk olmak üzere üç farklı analiz seviyesine odaklanır. Bireysel düzeyde, tanımlar doğası gereği psikolojiktir:

Bireysel güçlendirme, özsaygı, bireysel yetkinlik veya öz yeterlilik gibi genellikle sosyal sistemden ayrı olarak görülmektedir (Wallerstein, 1992: 198).

Rissel (1994), psikolojik güçlendirmeyi, kişinin yaşamı üzerinde 'daha fazla kontrol hissi' olarak tanımlamıştır.

Feministler, insanların nasıl "güçlü hissedeceklerini" şekillendiren yapısal koşulları göz ardı eden güçlendirme tanımlarına itiraz etmişlerdir. Roberts (1999) şunları yazmıştır:

Güçlendirme şu anda moda olan bir terimdir, özellikle de... 'güçlü hissetmenin' psikolojik deneyimine atıfta bulunduğu için... [Yine de] kadınlar için... "güçlü hissetmek", cinsiyetlerinin yanı sıra ırk ve sınıflarının ekonomik kaynaklara ve siyasi güce erişimlerini sınırlama biçimleriyle kısıtlanmıştır.

Bu yazarlar Roberts (1999), Rissel (1994), Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bazı insanlar için "güçlü hissetmenin" diğerlerinden daha kolay olduğu gerçeğinin altını çiziyor. Bu nedenle, bireysel düzeyde güçlendirme önemlidir ve göz ardı edilmemelidir. Ancak tarihin belirli zamanlarında belirli bireyler için bireysel güçlendirmenin gelişebileceği veya gelişemeyeceği daha geniş yapısal bağlamı araştırmak da çok önemlidir. Örgütsel ve topluluk düzeyindeki analizler bu göreve yardımcı olmaktadır.

Örgütsel düzeyde güçlendirme kavramları, büyük ölçüde demokratik yönetim teorisinden türetilmiştir. Wallerstein'ın (1992) belirttiği gibi:

'Güçlendirici' bir organizasyonda, bireyler gerçek karar verme rollerini üstlenirler ve dolayısıyla çalışmalarıyla güçlendirilirler. Güçlendirilmiş kuruluşlar... sistem düzeyinde değişimi teşvik etmek için daha geniş toplulukta etki geliştirir ve uygular.

Güçlendirme terimi, bireysel çalışanların "güç duygularını" artıran ve sırayla bir bütün olarak organizasyonun "güçlülüğünü" geliştiren yönetim tekniklerine atıfta bulunmak için kullanılmıştır.

Topluluk düzeyinde, güçlendirme kavramı:

Üyeleri arasında yüksek düzeyde psikolojik güçlendirme, üyelerin aktif olarak katıldığı bir siyasi eylem bileşeni ve kaynakların yeniden dağıtılması veya topluluk lehine karar almanın başarılmasını içerir (Rissel, 1994: 40).

Torre (1986), üç tür topluluk düzeyinde güçlendirme olduğunu savunmaktadır: mikro, arabuluculuk ve makro. Mikro düzeyde güçlendirme, bireylerin kendi kişisel yeterlik veya saygınlık duygularını ifade eder. Arabuluculuk düzeyinde güçlendirme, bireylerin eleştirel bilinçlerini yükseltmek için bilgiyi paylaşmak üzere bir araya geldikleri grupları ifade eder. Makro düzeyde güçlendirme, bireylerin veya grupların katıldığı sosyal/politik faaliyetleri ifade eder. Bu üç tür, yukarıda açıklanan bireysel, örgütsel ve topluluk güçlendirmenin orijinal kavramsallaştırmalarına benzer. Bu durum ise, topluluk güçlendirmenin bireysel ve örgütsel güçlendirme ile yakından bağlantılı ve daha da ötesi, güçlendirme seviyelerinin her birinin diğeriyle diyalektik bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir.

3.2. Güçlendirme ve Sağlık Bakımı

Her ülke, yaşam kalitelerini iyileştirmek ve sağlık komplikasyonlarını azaltmak amacıyla kronik hastalığa sahip hastalara daha verimli bakım sağlamak için stratejiler tasarlamak ve uygulamak için çaba sarf etmiştir. Bu nedenle sağlık sistemi, en akut hasta ve tedavileri merkeze alarak odağını değiştirmek ve sistemin hasta merkezli olduğu daha disiplinler arası bir vizyon benimsemek zorunda kalmıştır. Amacı hastaları güçlendirmek ve hastalık süreçlerinde kendi kendine yönetimi mümkün kılmak olan bir modeldir (Garcimartin, Comin-Colet, Delgado-Hito, Badosa-Marcé ve Linas-Alonso, 2017: 3).

Güçlendirme kavramı sağlık alanında çeşitli şekillerde kullanılmaktadır. İlk olarak, makro düzeyde sağlık ve güç arasındaki ilişkiyi tanımlamak için kullanılmıştır. Schulz ve arkadaşlarının (1995) belirttiği gibi:

"Ampirik kanıtlar, genel olarak sosyal stres ve sağlık arasında ters bir ilişkiyi, gelir ve sosyal statü göstergelerinin sağlık durumu ile pozitif olarak ilişkili olduğunu ve artan morbidite ve mortalite ile ilişkili yoksulluk ve ırkçılık gibi kronik stresörleri desteklemiştir."

Kısacası, güçlendirilmiş olanlar, olmayanlardan daha sağlıklıdır: Güçsüzlük, hastalık için geniş tabanlı bir risk faktörüdür. Sosyo-ekonomik statü, cinsiyet veya ırk/etnik köken durumu gibi yapısal faktörler, belirli bir toplumda kimin güçlendirildiği ve kimlerin güçlendirilemeyeceğine etki etmektedir (Wallerstein, 1992: 198).

Güçlendirme kavramı, sağlık alanında belirli bir hasta tipini tanımlamak için de kullanılmıştır. Funnell ve arkadaşlarının (1991) belirttiği gibi:

"Hastalar, kendi davranışlarını ve başkalarının davranışlarını etkilemek için gerekli bilgi, beceri, tutum ve öz farkındalığa sahip olduklarında… yaşam kalitelerini iyileştirmek için güçlenirler."

Güçlendirmenin bu tanımı, yukarıda tartışılan psikolojik/mikro düzeydeki tanımlara benzer: Güçlendirme, güçlü hissetme deneyimidir. Hastalar kendilerini nasıl güçlü hissederler? Bu sorunun cevabı, güçlendirme kavramının bu literatür içinde kullanıldığı ek yolları ortaya koymaktadır.

İlk olarak, hastalar sağlık eğitimi programları aracılığıyla güçlendirilebilir. Feste ve Anderson (1995), sağlık eğitimine yönelik bir güçlendirme yaklaşımını tanımlamışlardır:

Sağlık eğitimine yönelik güçlendirme yaklaşımı, hasta özerkliğini artırmayı ve seçim özgürlüğünü genişletmeyi amaçlamaktadır. Sağlık eğitimi…insanları sağlık ekibinin eşit ve özerk üyeleri olarak ve…günlük sağlık hizmetlerinin yetkin sağlayıcıları olarak görev yapmaya hazırdır (Feste ve Anderson, 1995: 140).

Sağlık eğitimine yönelik güçlendirme yaklaşımında, sağlık bakım profesyonellerinin hastaları davranışlarını olumlu yönde değiştirmeleri için güçlendirdiği konusunda üstü kapalı bir varsayım vardır. Daha da önemlisi, güç hastalardan değil, sağlık profesyonellerinden gelir. Profesyonellerin hastaları 'güçlendirdikleri' zaman akıllarında farklı hedefler vardır (örneğin, hastaların düzenli olarak egzersiz yapmasını veya insülin enjekte etmesini sağlamak). Bir yorumcu, bu kapasitede güçlendirme yaklaşımının gerçekten kapitalist pazarlamaya benzediğini öne sürmüştür (Grace, 1991: 232). Bu yaklaşım aynı zamanda kapitalist iş vardiyasıyla da ilgili olabilir (yani, sağlık profesyonellerinin eskiden ücretli olarak yaptıklarını hastalar ücretsiz yaptığında) (Glazer, 1990: 483). Skelton (1994), sağlık eğitimine yönelik güçlendirme yaklaşımının, paternalizmin kılık değiştirmiş bir biçimi olduğunu savunmuştur:

Modaya uygun 'güçlendirme' retoriği biçiminde, 'profesyonelin en iyisini bildiği' şeklindeki eski bir görüş gizleniyor. 'Güçlendirme', sizi, bir uzman olarak, önceden sizin için iyi olduğunu bildiğim bir davranış biçimine sokmakla ve davranışlarınızı

değiştirmenin en başta sizin fikriniz olduğunu düşünmeye teşvik etmekle ilgilidir (Skelton, 1994: 418).

Hastalar ayrıca doktorlarla etkileşimleri yoluyla güçlenebilirler. McKay, Forbes ve Bourner (1990), hekim ve hasta arasında güçlendirme bakımı adı verilen bir etkileşim tarzı olduğunu öne sürmüşlerdir.

...doktor ve hasta karşılıklı olarak aktiftir, birbirlerinin ihtiyaçlarına saygı duyarlar ve bir sonuca ulaşmak için birlikte çalışırlar (McKay, Forbes ve Bourner, 1990: 517).

Hem hekim-hasta etkileşiminin güçlendirici bakım tarzı hem de sağlık eğitimine yönelik güçlendirme yaklaşımının orta analiz düzeyinde gerçekleştiği görülebilir. Bu alanda, hastalar ve sağlık profesyonelleri hem makro düzeydeki koşulların (örn. yönetilen bakım) hem de mikro düzeydeki psikolojik eğilimlerin (örn. utangaçlık) kısıtlamaları altında etkileşime girmektedir (Roberts, 1999: 86).

Güçlendirme bakımı, paylaşılan ve eşit bir güç dağılımının olduğu bir ilişki olarak, belirli bir doktor-hasta ilişkisi tipini tanımlamanın gerçekten "yeni" bir yoludur. McKay ve arkadaşlarının belirttiği gibi:

Güçlendirme, birinden diğerine vermek için "güç" almaz, ancak bakıcının veya bakımdaki kişinin bireysel olarak yapabileceğinden daha büyük ve daha yararlı bir bakım süreci üreten bir simbiyozdur (ortakyaşama)... Güçlendirme, doktor ve hastanın, ne ezilmiş ne de baskıcı hissetmeye izin vermeyen bir karşılıklı saygıyla birlikte çalışmaktan zevk almalarını sağlar (McKay ve diğerleri, 1990: 517).

Bu nedenle sağlık alanında güçlendirme, sağlık ve güç arasındaki ilişkiyi, belirli bir aktif ve bilgili hasta tipini, bir tür hasta eğitimi ve bir tür doktor-hasta ilişkisini tanımlamak için kullanılmıştır. Güçlendirmenin tüm bu kavramsallaştırmaları birbiriyle iç içedir: hastalar, sağlık eğitimi yoluyla bilgi ve diğer kaynakları kazanmanın bir sonucu olarak güçlenmekte ve bir kez güçlendirildiklerinde, doktorlarıyla daha eşitlikçi tipte ilişkilere girmektedirler. Toplumda en fazla kaynağa sahip olan bireyler, güçlenme konusunda en iyi şansa sahiptir ve çeşitli sağlık eğitimi biçimlerine katılmak için kaynaklara sahip olacaklardır (Roberts, 1999: 86).

Roberts'a (1999) göre bu güçlendirme kavramsallaştırmalarında eksik olan şey, hastaların güçlendirilmesinin kaynağının sağlık profesyonelleri olmayabileceğinin kabul edilmesidir. Sağlık uzmanları hastaların yetkilendirilmesini kolaylaştırabilirken,

insanların sağlıklarının sorumluluğunu üstlenebilecekleri başka yollar da vardır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kadın sağlığı hareketi sırasında laik kontrollü bilinç yükseltme gruplarına katılan birçok kadın, onlarla birlikte kazandıkları gücü sağlık sistemine geri almıştır. Doktorlar bu kadınları değil, kendilerini ve birbirlerini güçlendirmişlerdir. Benzer bir şekilde, pek çok kişi şu anda destek gruplarına katılmakta, sağlıkla ilgili bilinç artırıcı kitaplar okumakta, internette tıbbi bilgi araştırmaktadır. Bunları yapan insanlar kendilerini güçlendirmiştir. Bireyler bu çeşitli kaynaklardan edindikleri bilgi ve/veya becerileri sağlık hizmeti ortamına geri kazandırırsa, bu kazandırdıklarıyla, doktorları ile eşitlikçi bir ilişkiyi kolaylaştırabilirler. Bunun pratikte nasıl çalıştığı ve hangi koşullar altında olması gerektiği araştırılmalıdır (Roberts, 1999: 87).

Özetle, hasta güçlendirme toplumun mikro, orta ve makro düzeylerinde tezahürleri olan çok düzeyli bir yapıdır. Bu kavramı en iyi şekilde anlamak için, kişi bu seviyelerin hepsini incelemeli ve her seviyenin diğerlerini etkileyebileceğini kabul etmelidir. Çünkü bunlar birlikte oluşturucudur (Corbin ve Strauss, 1996: 141).

3.3. Hasta Güçlendirme Çeşitleri

Geçmişteki araştırmalara göre, üç bakış açısına göre hasta güçlendirme için seçilmiş tanımlar mevcuttur. Bunlar; (Fumagalli, Radaelli, Lettieri ve Masella, 2015: 385)

(i) Hastaların kendi bakımlarında aktif bir rol oynamalarına izin veren "acil durumlar";
(ii) Hastaların bu acil durumları edinmesine yol açan "süreçler";
(iii) Hastaların kendi kendini yönetme ve ortak karar alma süreçlerine katıldığı "aktif davranışlar" olarak sıralanmaktadır.

3.3.1. "Acil durum" Olarak Hasta Güçlendirme

Psikolojik araştırmalardan yararlanılarak güçlendirme, bilişsel, motivasyonel ve duygusal koşullara, yani *ortaya çıkan durumlara*, bağlık olarak açıklanmıştır. Söz konusu bu açıklamalar öz bakıma ve ortak karar vermeye izin vermektedir *(McAllister, Dunn, Payne, Davies ve Todd, 2012: 2).*

Bir diğer bakış açısına göre güçlendirme, "insanların yaşam durumlarını iyileştirmek ve harekete geçirmek için kişisel, sosyal, ekonomik ve politik güçler üzerinde anlayış ve kontrol kazanma yeteneği" olarak belirtilmiştir (Roberts, 1999: 85). Bu tanım, hasta

güçlendirmenin bilgi, beceri, *tutum ve öz farkındalığa* sahip olma olarak genişletilmiş bir tanımıdır. Bu tanım:

(i) kendi hayatlarını geliştirmek için hem yeteneğe hem de motivasyona sahip olma,
(ii) "yeteneği" (bilgi ve becerilerin bir bileşimi) ve "motivasyonun" doğasını vurgular (Tutum ve öz-farkındalığın bir kombinasyonu).

Güçlendirme, bu nedenle, hastaları bakımlarında aktif bir rol oynamaya "istekli ve yetenekli" kılan koşullara sahip olmayı temsil eder. Yetenek ve motivasyon, hastaların "güç" gelişimi için gerekli ancak yeterli koşullar değildir. Aslında hastalar, hizmet sağlayıcılarıyla bir "güç" dengesini yeniden kurmaya "istekli ve yetenekli" olduklarında ve aynı zamanda sorumlulukları hastalara devrettiklerinde 'güçlendirilme' söz konusu olacaktır (Goodyear-Smith ve Buetow, 2001: 453).

Literatüre bakıldığında yukarıda verilmiş olan bu tanımın birkaç değişiklik dışında tekrarlandığı görülmektedir (Camerini, Schulz ve Nakamoto, 2012: 339; Thomas ve Velthouse, 1990: 670). Bazı yazarlar ise güçlendirmenin "örneğin, çaresizlik, paternalizm ve bağımlılık açısından ve ayrıca daha aktif olarak, kişinin yaşamı üzerinde daha fazla kontrol sahibi olma hissi olarak" da tanımlanabileceğini belirtmişlerdir (Anderson, 1996: 700; O'Cathain ve diğerleri, 2005: 1764).

3.3.2. "Süreç" Olarak Hasta Güçlendirme

Hasta güçlendirme aynı zamanda kişisel dönüşüme yol açan süreç olarak da tanımlanmıştır. Örneğin, Aujoulat, Marcolongo, Bonadiman ve Deccache (2008), Martin ve Martin-Granel (2006), hasta güçlendirmeyi "kendi kendini yöneten davranış değişikliğini kolaylaştırmak için tasarlanmış bir süreç" olarak tanımlamışlardır. Bu tanımlardan yola çıkacak olursak; üzerinde durulan hususun, hastaların yetenek ve motivasyonunu artıran faaliyetlere ve girdilere kaydığının görülmesidir. Eğitim, danışmanlık, hasta merkezli bakım ve topluluk koçlarının aktiviteleri bu faaliyetlere örnek olarak verilebilir (Sahlin-Andersson ve Engwall, 2002: 285).

Anderson ve Funnell'a göre (2010) "bilgi, beceri, tutum ve öz farkındalığın "hem "acil durum" hem de "süreç" basamaklarında, kendiliğinden ortaya çıkmadığı belirtilmektedir. Bilgi, beceri ve tutumların sağlandığı ve değerlendirildiği, sosyal olarak inşa edilmiş gelişim süreçlerinden ortaya çıktığı savunulmaktadır. Hastalar ve hizmet sağlayıcılar tarafından farklı olduğu kadar, farklı hasta türleri tarafından da

farklı şekilde değer verilmektedir. Ayrıca, "güçlendirmeye dayalı müdahaleler hem süreç hem de sonuç bileşeni içermektedir. Süreç bileşeni, müdahalenin gerçek amacı, hastanın eleştirel düşünme, özerk ve bilinçli kararlar verme kapasitesini artırmak olduğunda ortaya çıkmaktadır. Sonuç bileşeni ise, hastanın özerk, bilinçli kararlar verme yeteneğinde ölçülebilir bir artış olduğunda ortaya çıkmaktadır".

Bu ikili görüş, farklı anlamlar arasındaki yersiz karışıklık nedeniyle birkaç endişe yaratmaktadır. Örneğin, "*etkinleştirme sürecinden* sonra hastanın sonucunu temsil edebileceğinden" kafa karıştırıcı olabileceği, yani "hastaların yaşamları üzerinde kontrol sahibi olma kapasitelerini tanımayı, desteklemeyi ve vurgulamayı amaçlayan profesyonel müdahale" olabileceği gözlemlenmiştir (Hudon ve diğerleri, 2010: 1303). Ayrıca, her ikisi de hastaların "bilmelerini", "yapabilmelerini" ve "istemelerini" sağlayan süreçleri gösterdiğinden, "güçlendirme" ve "etkinleştirme" arasında önemli örtüşmeler olduğu öne sürülmüştür (Chatzimarkakis, 2010: 1572). Bu nedenle, "hasta güçlendirme" sürecini bir "etkinleştirme süreci ve bir tahsis süreci" olarak ayırt etmeyi öneren çok az çalışma bulunmaktadır (Hudon, St-Cyr Tribble, Bravo ve Poitras, 2011: 145).

3.3.3. "Aktif Bir Davranış" Olarak Hasta Güçlendirme

Aktif bir davranış olarak hasta güçlendirmeye baktığımızda; "bilgi, beceri, tutum ve öz farkındalık" kazanımını takip eden gerçek *davranış değişikliği* olarak tanımlanmaktadır. Hasta güçlendirme, "güçlendirilme" durumunu veya "güçlendirilme" sürecini yansıtmamaktadır. Ancak hastaların kendi kendine bakım ve karar verme sorumluluğunu üstlendiği gerçek yaşam bağlamlarında gücün "istismarını" yansıtmaktadır (Aujoulat ve diğerleri, 2008: 1229; Holmström ve Röing, 2010: 168). Örneğin Holmström ve Röing (2010), güçlendirmeyi "kendini ve çevresini değiştirmenin, kalıpları tanımanın ve refah için iç kaynakları kullanmanın karmaşık ve katılımcı bir süreci" olarak tanımlamaktadır.

Bu tanımlar, hastaların ilgili yetenek ve motivasyonu edinmeleri ile katılımları arasında güçlü bir sürekliliği göz önünde bulundurmaktadır. Bir yandan katılımcı davranışların hastaların yeterli "bilgi, beceri, tutum ve öz farkındalık" edindiğini öne sürmekte, diğer yandan yeterli "bilgi, beceri, tutum ve öz farkındalığa" sahip hastalar, sonunda öz bakıma ve ortak karar alma süreçlerine katılmaktadır. Her iki yorum da

birkaç çekinceyi karşılamış ve güçlendirmeyi, katılımla eşitleme konusunda dikkatli davranılması gerektiğini önermiştir (Fumagalli ve diğerleri, 2015: 387).

İlk olarak, güçlendirilmiş hastalar kendi kendine bakım sorumluluğunu asla üstlenmemektedir. O'Cathain ve diğerleri (2005) belirli durumlarda sorumluluk almaktan kaçınılması gerektiğini önermiştir; örneğin, "Bireyler sağlık profesyonellerine karşı bazı basit hastalık durumlarında (hastalık hakkında bilgi sahibi olma gibi) kendini ispatlamak isteyebilir fakat diğer ciddi durumlarda, (acı çektiklerinde veya sevdiklerinin güvenliği konusunda endişeli olduklarında) sağlık profesyonellerine sorumluluk vermektedirler. Bu durumda, "güçlendirilmekten" daha çok "bakılmayı/tedavi edilmeyi" tercih ederler. İlgilenilme ihtiyacını bir zayıflık olarak görmek ya da çocuklukla ilişkilendirmek yerine, farklı insanların farklı zamanlarda yaşadığı bir insani durum olarak değerlendirmek gerekmektedir"

İkincisi, kişisel bakım veya ortak karar verme sorumluluğunu üstlenmek, tek başına güçlendirilmiş olmanın bir kanıtı değildir. Schulz ve Nagamoto (2013), "hastaların gerekli yeteneklere sahip olduklarına bakmadan, sağlıkla ilgili kararlara katılmalarına izin vermenin onları tehlikeye attığını gözlemlemiştir. Ayrıca onlara sorumluluk vermeden bu yetenekleri vermek onları hayal kırıklığına uğratmakta ve daha fazla para ödemelerine sebep olmaktadır". Benzer şekilde, hasta ve sağlık çalışanları da kötü okuryazarlığın getirdiği sorunlara karşı daha dikkatli olmalıdırlar. Örneğin; "İnternetten bilgi almak zaman alıcıdır. Yanlış bilgiye karşı dikkatli olunmalıdır ve hastalığı doğru yönetmeyi bilmek gerekmektedir" (Fox, Ward ve O'Rourke, 2005: 1307).

Çok az çalışma, hastaların/vatandaşların kapsamlı bir öz farkındalık ve tutum geliştirebilecekleri (yani güçlendirilmiş hissedebilecekleri), dolayısıyla hizmet sağlayıcıların kararlarına karşı çıkabilecek, öz bakıma katılabilecek ve politika oluşturmada söz sahibi olabilecekleri (güç uygulanması) görüşüne destek vermektedir (Abbott, 2013: 418; Kata, 2010: 1715).

Bu yorumlar, "güçlendirilmek" (acil durum ve süreç) ile "güç uygulamak" (aktif davranış) arasında daha güçlü bir ayrım yapma fırsatını önermektedir. Güçlendirilmiş olmak, hastanın güçlendirilmesine ilişkin özünde olumlu bir görüşü barındırmaktadır (Yani, hastalar daha fazlasını bildiği ve daha bilinçli olduğu için bakımın kalitesi ve verimliliği artacaktır). "Gücü kullanmak" ise daha olumsuz görünmektedir. Bu ise

hastaların yeterli bilgiye sahip olup olmamasına ve bilgiye nasıl sahip olduklarına bağlı olarak kalite ve verimliliği iyileşmesine veya bozulmasına neden olabilir (Fumagalli ve diğerleri, 2015: 388).

3.4. Hasta Güçlendirme Kavramının Tarihsel Gelişimi

Hasta güçlendirme kavramı tarihsel bir öneme sahiptir. Bu önemi Steele, Blackwell, Gutmann ve Jackson (1987) şu şekilde belirtmektedir: "Aktif hasta kavramı, özerklik, öz-yönelim ve kişisel sorumluluk gibi daha geniş toplumsal çıkarlarla iki yüzyıldır güçlenen ve azalan bir diyalektiğin parçasıdır". 18. yüzyıl ve 19. yüzyılın ikinci yarısında Amerika'da, sosyal tutumlar ve normlar, kişisel özgürlük ve bireysel haklara vurgu yapmaktadır. Pek çok insan tıbba karşı ihtiyatlı yaklaşmıştır ve doktorlara pek saygı gösterilmemiştir. Kentsel alanların dışındaki yerlerde, çoğu insanın herhangi bir alternatifi olmamıştır. Hasta insanlara (genellikle kadın) aile üyeleri veya meslekten olmayan şifacılar tarafından bakılmıştır. Bundan dolayı, bu dönemde meslekten olmayan insanlar, sağlıklarını doktorların ellerine bırakmak yerine kendi başlarının çaresine bakmaları için "güçlendirilmiştir" (Roberts, 1999: 83).

On dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında birçok önemli bilimsel keşif (örneğin X-ışınları, antisepsi, vb.) yapıldıkça, kendi kendine yardımın ve meslekten olmayan tıbbın popülaritesi yavaş yavaş azalmıştır. Bilimsel keşifler, "düzenli" tıbbın profesyonel statüsünü güçlendirmiştir.

Steele ve arkadaşlarının (1987) belirttiği gibi: "1910'daki Flexner raporunun ardından tıp, bilimsel bir meslek olarak kabul edilmiştir. 1920'lere gelindiğinde, çeşitli aşıların, serumların ve ilaçların keşfi, hekimlerin gücünü ve otoritesini güçlendirmiştir. Sonraki 30-40 yıl boyunca doktorlar benzersiz bir hakimiyet yaşamışlar; tıbbi otorite nadiren sorgulanmış ve hastanın otoriteyi kabul ettiği varsayılmıştır".

Roberts'ın (1999) belirttiği gibi, böylece, bu süre zarfında hastalar, daha önce sıradan insanlar tarafından ele alınan problemler için uzman (hekim) tavsiyesine güvenmeye başlamıştır. Kamu, tıbbın meşru karmaşıklığını ve kurumsallaşmış profesyonel otorite ihtiyacını kabul etmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1960'ların başlarında, tekrar geniş çapta sosyal değişiklikler meydana gelmiştir. Otoriteye güvenin azalması ve kendi kaderini belirleme arzusu, halk arasındaki temel endişeler olmuştur. Bu endişeler birçok insan

tarafından tüketiciye, medeni haklara ve kadın hareketlerine girişimlerle ifade edilmiştir. Sağlık alanında 1960'lar ve 1970'lerde hasta haklarını artıran değişiklikler meydana gelmiştir. Nürnberg davalarının ardından, hastaların tedavi seçenekleri hakkında yeterli bilgi almasını sağlayan "bilgilendirilmiş onam" doktrini 1960'larda hazırlanmıştır. Amerikan Hastane Derneği 1970'lerde, hastaların hastaneye yatırıldıklarında sahip oldukları hakları ortaya koyan bir "Hasta Hakları Bildirgesi" yayınlamıştır. Bireylerin tıbbi müdahaleye ilişkin isteklerini dile getirebilecekleri yasal bir belge olan "yaşam vasiyeti" de 1970'lerde ortaya çıkmıştır (Roberts, 1999: 83).

Malpraktisle ilgili olarak 1980'lerde birçok davaya tanık olunmuştur ve bu davalar hastaların veya onların adına hareket eden ailelerin tedaviye karar verme yetkisini yeniden güçlendirmiştir (Reiser, 1993: 1015). Ek olarak, 1980'ler, tıbbi müdahalenin alıcısı üzerindeki sonuçlarına odaklanan ve böylece hastanın hastalık ve tedaviye bakışını vurgulayan "sonuçlar hareketinin" doğuşuna tanık olmuştur. Reiser'in (1993) belirttiği gibi: 1980'lerde, hekimlerin terapiyi kullanma biçimlerindeki farklılıklar ve sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri konusundaki endişeler nedeniyle, hastanın olaylara bakış açısının çok önemli hale gelmesine yol açan sonuç ölçümüne yeni bir ilgi ortaya çıkmıştır.

Hastaların bakış açılarına olan ilgi 1990'larda devam etmiştir. Sağlık hizmetleri şirketleri, sağlık hizmetleri ortamı daha rekabetçi hale geldikçe hastaları çekmeye ve elde tutmaya çalışmıştır. İşletmeler düzenli olarak hasta memnuniyeti ölçümlerini ve diğer ilgili sonuçları toplayıp, değerlendirmiştir. Sağlık hizmetlerine hasta katılımı 1990'larda da vurgulanmıştır. Örneğin, bireyler devlet kurumları ve özel sigorta şirketleri tarafından kendilerine bakmaları için (yani kendi kendine meme muayenesi, iyi beslenme vb. yoluyla) teşvik edilmiştir (Roberts, 1999: 84). Fries ve Vickery'in (1990) bahsettiği gibi bazı sağlık sigortası şirketleri, bireyleri doktor yardımı olmadan evde "basit" hastalıkları yönetmeye teşvik etmiş ve özellikle bireylerin bunu yapmasına yardımcı olmak amacıyla ve yaygın rahatsızlıklar için evde bakım yöntemleri hakkında kitaplar yayınlamıştır.

Ayrıca, son otuz yılda "hasta çağı"na doğru kaymayı etkileyen, çeşitli türde yardım kulüplerinin ve sıradan insanlara tıbbi bilgiye erişim sağlayan medyanın (kitaplar, televizyon programları, internet vb.) popülaritesi artmıştır. Günümüzde bireyler

genellikle sağlıkla ilgili bilgilerle o kadar bombardımana tutulmaktadır ki, birçoğu yeni bilimsel bir keşif hakkında bir şey öğrenmeden gazete veya dergi okumakta zorlanmaktadır (Reiser, 1993: 1014).

Son yıllarda meydana gelen bu sayısız değişikliğin hem hastalar hem de doktorlar üzerinde önemli etkileri olmuştur. Birçok insan artık sağlıklarının sorumluluğunu geçmişe göre çok daha fazla üstlenmekte, hekimler ise artık bireylerin pasifliğe boyun eğmeyeceklerini kabul etmektedir (Roberts, 1999: 84).

3.5. Hasta Güçlendirme ile İlişkili Kavramlar

Son yıllarda, Hasta Güçlendirme, mevcut bakım sunumu paradigmalarının sürdürülebilirliğini artıracağı varsayımıyla politika yapıcılar için kilit bir öncelik haline gelmiştir (Chatzimarkakis, 2010: 1572; Colombo, Moja, Gonzalez-Lorenzo, Liberati ve Mosconi, 2012: 186; O'Cathain ve diğerleri, 2005: 1769; van Uden-Kraan, Drossaert, Taal, Seydel ve van de Laar, 2009: 67). Sonuç olarak, en gelişmiş ülkelerde hastaları öz-yönetim (Chatzimarkakis, 2010: 1572) ve ortak karar verme (Scambler, Newton, Sinclair ve Asimakopoulou, 2012: 21) konusunda "güçlendirmeyi" amaçlayan çeşitli girişimler uygulanmıştır.

Çalışmaların zenginliğine rağmen, hastaların ve hizmet sağlayıcıların hasta güçlendirme elde etmek için benimseyebilecekleri girişimler, girdiler ve koşullar konusunda fikir birliği yoktur (Cooper, Booth ve Gill, 2003: 204; Roberts, 1999: 91). Bu fikir ayrımını temelde iki sorun açıklamaktadır. İlk olarak, "hasta güçlendirme" kavramının kendisinin belirsiz olmasıdır. Farklı klinik ve sosyal bağlamlardaki tezahürlerinin belirsizliği ve değişkenliği nedeniyle, terim birçok anlam ve kullanım kazanmıştır (Anderson ve Funnell 2010: 280; Roberts, 1999: 91; Scambler ve diğerleri, 2012: 20). Bu nedenle, bu konudaki çalışmalar farklı fenomenleri ölçtüğünden, hastanın güçlendirilmesinin bakımın etkililiğini ve verimliliğini geliştirdiğine dair kanıtları bir araya getirmek zordur. İkincisi, hasta güçlendirmenin hasta aktivasyonu, etkinleştirme, katılımı, ortaklığı/bağlılığı gibi komşu kavramlarla nasıl ilişkili olduğu belirsizdir (Chatzimarkakis, 2010: 1571; Groene ve diğerleri, 2010: 3; Hudon ve diğerleri, 2010: 1303; Longtin, Sax, Allegranzi, Hugonnet ve Pittet, 2009: 832). Bu kavramlar bazen eşanlamlı, bazen zıt, bazıları ise ilişkisiz kavramlar

olarak ele alınmaktadır. Sonuç olarak, farklı araştırmalar iletişim kurmakta zorlandığı için dağınık kalan çok sayıda değerli kanıt bulunmaktadır.

3.5.1. Hasta Aktivasyonu

Hasta aktivasyonunun oldukça açık ve evrensel olarak kabul görmüş bir tanımı vardır. Örneğin, aktif bir hasta, durumunu nasıl yöneteceğini, yaşamını nasıl sürdüreceğini ve sağlığının bozulmasını nasıl önleyeceğini bilen kişidir. Aktif hastalar, durumlarını yönetmek, sağlık sağlayıcılarıyla iş birliği yapmak, sağlık işlevlerini sürdürmek ve yüksek kaliteli bakıma erişmek için gerekli beceri ve davranışlara sahiptir" (Hibbard ve diğerleri, 2010: 67; Hibbard, Mahoney, Stockard ve Tusler, 2005: 1920; Hung ve diğerleri, 2013: 524). Bir diğer çalışmada Hibbard, Mahoney, Stock ve Tusler (2007) aktivasyonu, hastaların kendi rollerinin farkına vardıkları bir süreç olarak tanımlamıştır. Skolasky ve diğerleri (2011) ise hasta aktivasyonunu dört adımda sentezlemiştir: "(1) hastalar, durumlarını yönetmede önemli rolleri olduğuna inanmaktadır, (2) sağlıklarını yönetmek için gerekli bilgiye sahiptir, (3) refahlarını korumak için becerilerini ve davranışlarını kullanarak harekete geçmektedir ve (4) stres altında süreç içerisinde kalmaktadır".

Aktivasyon ve güçlendirme arasındaki ilişki basittir. Her iki kavram da artan yetenek, motivasyon ve kendi sağlık bakımının yönetiminde önemli bir role sahip olma konusunda yükselen hasta bilinci ile ilgilidir (Alegría, Sribney, Perez, Laderman ve Keefe, 2009: 535; Deen, Lu, Rothstein, Santana ve Gold, 2011: 258). Aujoulat ve diğerleri (2007), bir süreç olarak hasta güçlendirme tanımının "hastaların daha bilgili ve bedenleri, hastalıkları ve tedavisi üzerinde kontrol sahibi olmalarına nasıl yardımcı olunacağını vurgulamışlardır. Bu tanımda güçlendirme, hasta rolü davranışının pasifliğini reddetmenin ve bakımlarının sorumluluğunu üstlenmenin bir sonucu olarak, tedavi rejimleri hakkında daha bilgili, memnun ve kararlı olan hastaları 'aktive etme' süreci olarak görülmektedir."

Hasta aktivasyonu ve güçlendirme tanımları, bu nedenle, bazı kavramsal farklılıkların var olup olmadığı veya bunların eş anlamlı olup olmadığı belirsiz olan önemli örtüşen alanları ortaya koymaktadır. Bu durumu açıklığa kavuşturmak için ölçümde kullanılan ölçekler karşılaştırılmalıdır. Hasta güçlendirme ölçekleri tipik olarak geniş bir yaşam tarzına atıfta bulunur. Hastaların "öz yeterliliği, algılanan gücü, geleceğe dair iyimserlik, geleceğin kontrolü ve topluluk aktivizmi" hakkında bilgi toplamayı

içermektedir (Rogers, Ralph ve Salzer, 2010: 933). Ölçeklere bakıldığında; "Çoğu zaman kendimi güçsüz hissediyorum", "Çoğunlukla engelleri aşabiliyorum", "Geleceğe ilişkin genel olarak iyimserim" gibi maddelerden oluştuğu görülmektedir (Rogers, Chamberlin ve Ellison, 1997: 1043). Hasta etkinleştirme ölçekleri, daha dar bir alana atıfta bulunur ve hastaların yaşam tarzından ziyade sağlıkla ilgili belirli davranışlara ilişkin bilgi, beceri ve motivasyonları hakkında bilgi toplamaktadır. Örneğin, Harvey, Fowles, Xi ve Terry (2012) "Evde yapmanız gereken tıbbi tedavileri uygulayabileceğinizden ne kadar eminsiniz?" ve "Reçeteli ilaçlarınızın her birini neden almanız gerektiği hakkında ne biliyorsunuz?" iki kavramı karşılaştırarak, hasta güçlendirmenin aktivasyondan daha kapsamlı bir anlam çağrışımı olduğunu iddia etmişlerdir. 'Yetenek ve motivasyon' edinimi, yalnızca belirli hastalıklar hakkında karar verme kapasitesini değil, bir bütün olarak yaşamı içermektedir. Aktivasyon ise bunun yerine daha kesin ve spesifik iyileştirme hedeflerine odaklanmaktadır.

3.5.2. Hasta Etkinleştirme

Hasta etkinleştirme'nin en sık tekrarlanan kullanımları, "hasta durumlarını anlamak ve karar vermek için uygun bilgi, beceri ve yeteneklerin sağlanması" ve "hastaların bu tür bilgi, beceri ve yetenekleri öğrenmesine olanak tanıyan uygun bağlamların geliştirilmesi" olarak karşımıza çıkmaktadır (Howie, Heaney, Maxwell ve Walker, 1998: 166; Wallace ve diğerleri, 2004: 35; Wensing, van Lieshout, Jung, Hermsen ve Rosemann, 2008: 2). Hudon ve diğerleri (2010) etkinleştirmeyi, sağlık hizmeti sağlayıcısının, insanların sağlıklarını ve yaşamlarını kontrol etme yeteneklerini tanıdığı, desteklediği ve geliştirdiği bir müdahale olarak tanımlamıştır. Buna göre çalışmalar, hastaların bakımlarında aktif bir rol oynamasını "mümkün" kılacak şeylere odaklanmaktadır. Müdahaleleri etkinleştirme, "terapötik ilişkiye katkı, kişiyi bir bütün olarak değerlendirme, kişinin güçlü yanlarının değerlendirilmesi, olasılıkların genişletilmesi, öğrenmenin kolaylaştırılması, karar vermede ima ve destek" olarak anlaşılmıştır (Hudon ve diğerleri, 2011: 145; Hudon ve diğerleri, 2010: 1303).

Etkinleştirme kavramı aynı zamanda klinik konsültasyonlar bağlamında bir hastanın acil durumunu ve özellikle "hastaların sağlık koşullarını anladıkları ve bunlarla baş edebileceklerini hissettikleri kazanılmış ölçü"yü yansıtmak için kullanılmıştır (Rolfe, Cash-Gibson, Car, Sheikh ve McKinstry, 2014: 3).

Etkinleştirme üzerine geçmişteki araştırmalar, güçlendirme ile kesin bir ayrım sağlamasa da bu ayrım, tanımından çıkarılabilir. Hastalar öz bakıma veya ortak karar alma süreçlerine katılabildiklerinde "etkinleştirilirler" ancak motivasyon ve güç gerekli değildir. Buna göre "etkin hasta" kavramı, daha kapsamlı "güçlendirilmiş hasta" kavramının bir alt kümesi olarak düşünülebilir (Fumagalli ve diğerleri, 2015: 388).

3.5.3. Hasta Bağlılığı

Hasta bağlılığı nadiren açık ve kesin bir tanım almıştır. Bununla birlikte, tanımların azlığı arasında, iki farklı yorum kabul edilmektedir (Légaré ve Witteman, 2013: 278; Thomson, Murtagh ve Khaw, 2005: 398). Birincisi hastaların kendi kendine veya paylaşılan yönetime bağlılığı olarak hasta bağlılığı, yani güçlendirmenin sonucu olarak bağlılık; ikincisi hastaların sağlık hizmetlerindeki rollerini geliştirmek için sergiledikleri davranışlar, yani güçlendirmenin bir nedeni olarak bağlılıktır.

Bu yorumlar tipik olarak aynı çalışmada bir arada bulunmaktadır. Hasta bağlılığının aslında güçlendirme ile özyinelemeli bir ilişkisi vardır, yani hastaların profesyonellerle olan ilişkilerinde güçlerini artırmak için meşgul olmaları gerekmektedir. Ancak aynı zamanda kendi kendini yönetmeye girişmek için yeterli güce sahip olmaları gereklidir. Bu nedenle yüksek düzeyde bir güçlendirme (veya aktivasyon) elde edilmesi, sağlık sistemine bağlılığı teşvik eden sağlık müdahalelerine bağlıdır. Hastalardan güçlendirilmiş ilişkilerini korumak için sabit bir bağlılık sürdürmeleri istenmektedir (Deen ve diğerleri, 2011: 258).

Araştırma, “bireylerin kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden en fazla faydayı elde etmek için yapmaları gereken eylemleri” belirlemeye özel bir önem vermiştir. Yazarlar, hastaların bakımlarından en fazla faydayı elde etmek için neler yapabileceğini tanımlayan bir “bağlılık davranışı çerçevesi” geliştirmişlerdir. Liste, “sağlık yönetiminde aktif bağlılık” için; örneğin, sağlıklı davranışlar ve kronik hastalık öz-yönetim davranışları ve “sağlık hizmetlerini yönetme” için; örneğin, randevu alma, sağlık profesyonelleri ile ilişkiyi güçlendirme, uygun sağlık ortamını arama, potansiyel takip tedavisi seçeneği hakkında bilgi sahibi olmak gibi davranışları içermektedir. Bir bütün olarak, “bağlı hasta” daha bilgili (örneğin, önceden sorular hazırlayarak, ek uzman görüşleri toplayarak) ve daha “güçlü” (örneğin, profesyonellerle ilişkiyi güçlendirerek, daha uygun ortamlar ve sağlayıcılar arayarak)

olmak için güçlü bir motivasyon kullandığında en iyi şekilde görünmektedir (Fumagalli ve diğerleri, 2015: 389).

3.5.4. Hasta Katılımı/İştirak

Profesyonellerle yapılan konsültasyonlarda aktif olarak yer alan hastaları tanımlayan katılım ve iştirak terimleri, bireysel olarak sorunsallaştırılmalarına rağmen, farklılıkları net bir şekilde anlaşılmadan sıklıkla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Elwyn, Edwards, Kinnersley ve Grol, 2000: 893; I. R. Jones ve diğerleri, 2004: 95). Bu bağlamda, Thompson (2007) üç açıdan dikkate değer bir katkı sağlamıştır.

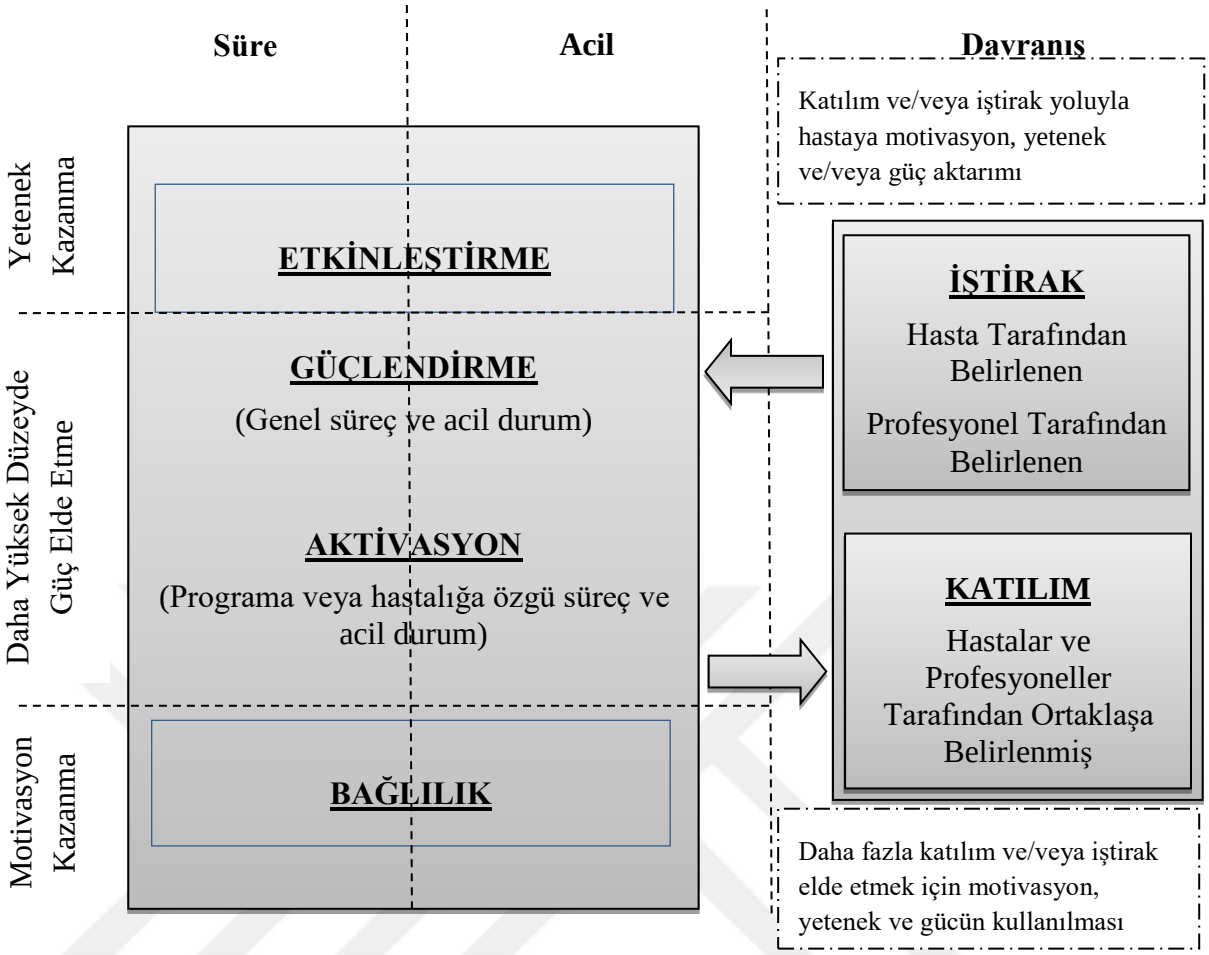
İlkinde kayda değer bir istisna olarak, Cahill (1996) hasta katılımını, iştirak (temel, genellikle devredilen görevler), işbirliği (entelektüel işbirliği) ve nihai ortaklık kavramı (ortak girişim) gibi öncü kavramlardan ayırmıştır. Hasta katılımında, uzman ve hasta arasındaki bilgi/yeterlilik boşluğunun daraltılması gerekmekte ve bir fikir birliği olmasa bile, profesyonelin hastaya fayda sağlayan bir miktar gücü teslim etmesi gerekmektedir. Mülakatlar ve odak grupları aracılığıyla hastaların katılım hakkındaki görüşlerini toplamak, katılımı "hastaların karar verme sürecine katılma derecesi olarak kabul edilmekte, bu da artan bilgi, kontrol ve sorumluluk şeklinde profesyonelden hastaya bir derece güç aktarımı anlamına gelmektedir" (Thompson, 2007: 1308). Mülakatlar ve odak grupları aracılığıyla hastaların katılım hakkındaki görüşlerini toplayan, katılımı "hastaların karar verme sürecinde yer alma derecesi, profesyonelden hastaya artan bilgi, kontrol ve sorumluluk biçiminde güç transferini ifade eden derece olarak" kabul etmektedir (Thompson, 2007: 1308). Taksonomi, profesyonellerden ziyade hastalar tarafından belirlenirse hasta katılımının nasıl farklılaştığını vurgulamaktadır. Spesifik olarak yazar, hastalar tarafından belirlenen dört katılım düzeyini (yani, dahil olmama, bilgi arama, bilgi verme ve özerk karar verme) profesyoneller tarafından belirlenen beş farklı düzeyden (yani, hariç tutma, bilgi verme, danışma, vekil olarak profesyonel ve bilgiye dayalı karar verme) ayırmıştır. Katılım, hem hastalar hem de profesyoneller tarafından ortaklaşa belirlenen, diyalog veya ortak karar verme biçimlerinde gerçekleşen farklı bir katılım alt kümesini temsil etmektedir. Hastalar ve profesyoneller iki yönlü iletişime girmezlerse, özerk kararlar vermenin katılım olmadığı sonucu çıkmaktadır (Fumagalli ve diğerleri, 2015: 389).

İkincisi, özünde "üstün" veya "tercih edilen" bir katılım biçiminin olmadığını vurgulamaktadır. Ancak bu, belirli bir hastanın belirli bir durumda ne istediğine

bağlıdır. Bundan, hastaların, katılımdan ayrı kalmak için bilinçli bir kararla yetkilerini makul bir şekilde ifade edebilecekleri sonucu çıkmaktadır. Yazarın vurguladığı gibi, "hastalar tarafından benimsenen görünüşte pasif pozisyonlar bile, uygun ve değerli görüldüğü takdirde, katılımın daha iddialı ifade edilmesi için bir potansiyele sahip olabilir." (Thompson, 2007: 1306).

Üçüncüsü, hasta katılımı ve güçlendirme kavramları arasındaki bağlantıları ima etmektedir. Her bir katılım derecesinin ya profesyonel tarafından verilen ya da hasta tarafından elde edilen farklı hastaların güç düzeyleriyle bağlantılı olduğu ileri sürülmektedir. En alt düzeyde, hastalar profesyonellerin paternalizmine (babacılık/babacıl davranış) maruz kaldıklarında karar verme sürecinden dışlanmıştır. En yüksek düzeyde, hastalar nihai kararı verme sorumluluğunun yanı sıra teknik uzmanlığa da sahiptir (Fumagalli ve diğerleri, 2015: 389).

Bu açıdan bakıldığında, hasta katılımı, hastanın güçlendirilmesinin bir öncülü ve onun sonuçlarından biridir. Ayrıca hastaların katılımı, özerk, paylaşılan veya bilgilendirilmiş karar vermeyi desteklemek için hastalara yetkinlik, sorumluluk ve farkındalığın transferini içermektedir. Bu perspektifte, hasta katılımı, "uzlaşma olmasa bile, profesyonelin hastaya fayda sağlayan bir miktar gücü teslim etmesiyle birlikte, profesyonel ve hasta arasındaki bilgi/yeterlilik boşluğunun daralması" ile bağlantılıdır (Thompson, 2007: 1299). Aynı şekilde Smith, Dixon, Trevena, Nutbeam ve McCaffery (2009) "karar verme sürecine daha fazla katılım, karmaşık sağlık bilgilerini anlamak ve tercihlerini ifade etmek için hastanın okuryazarlık becerilerine artan talepler getirmekte" olduğunu gözlemlemiştir. Bu alıntılar, hasta katılımının bir *etkinleştirme* sürecini takip ettiği, yani bilgi/yeterlilik boşluğunu daralttığı fikrini yansıtmaktadır. Öte yandan, profesyonellerin güçlendirilmesi, daha güçlü katılımın öncülü olabilir. Hastalar daha fazla bilgi, beceri ve farkındalık kazandıktan sonra, aslında paternalist yaklaşımlara meydan okuma ve karar vermede daha büyük rol talep etme olasılıkları daha yüksektir.



Şekil 3.1. Hasta güçlendirme ve komşu kavramların kavram haritası

Fumagalli, L. P., Radaelli, G., Lettieri, E., & Masella, C. (2015). Patient empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy, 119*(3), 384-394.

Katılımın başka yorumları literatürde bir arada bulunmaktadır. Bazı araştırmalar katılım ve iştirak arasındaki bağlantıyı yeniden ele almaktadır. Jones ve diğerleri (2004) katılımı, halkın iştiraki (yani, karar alma süreçlerine katılım) ve özel iştirakin (yani, öz bakım ve tedaviye katılım) bir kombinasyonu olarak görmektedir. Diğer çalışmalar, (Berg ve diğerleri, 2001: 21; Geest ve diğerleri, 2005: 184), özellikle "hasta katılımı" ile ilişkilendirildiğinde, anlam açısından daha alakalı değişikliklere işaret etmektedir. Bu çalışmalarda katılım, hastaların kendi sağlık hizmetleriyle ilgili seçimlerde daha aktif bir role erişmelerine yardımcı olabilecek faaliyetlerle ilgilidir. Burada hasta katılımı, ulusal standartlar ve olası tedavi, hizmet sunumunun kalitesi, hasta memnuniyeti ve sağlık uzmanlarıyla yapılan konsültasyonlar hakkında bilgi

sağlayarak "hastaları dahil etmek" olarak yorumlanmaktadır (Crossley, Blinkhorn ve Cox, 2001: 602). Benzer şekilde iştirak, "son bir karara varmak için profesyonellerin ve hasta değerlerinin entegre edildiği" ve profesyonellerin hastaları sağlık koşulları, tedaviler, riskler vb. hakkında bilgilendirebildiği, tercihlerini ve görüşlerini dikkate alabildiği yerdir (Pham ve diğerleri, 2011: 1290; Smith ve diğerleri, 2009: 1806). Hasta katılımı ve iştiraki, bu nedenle, hasta güçlendirmenin sonuçları değil, öncülleri olarak kabul edilmektedir. Bu anlamların bir arada bulunması, katılım ve güçlendirme arasında yinelenen bir rol olduğunu düşündürmektedir. Halbuki (i) hasta katılımı, güçlendirmenin bir etkisidir. Çünkü ikincisi, hastaların karar verme sürecine iştirak olasılığını geliştirmektedir (McGregor, 2006: 5). (ii) Hastanın kendi kendine bakım ve karar verme sürecine katılımı, hastaların yeteneklerini ve motivasyonlarını pekiştirerek gücünü artırmaktadır (Segal, 1998: 33).

3.6. Hasta Güçlendirmeyi Etkileyen Faktörler

Konu ile ilgili literatür taraması, hastanın güçlendirilmesinin beş temel alandan oluştuğunu ortaya koymaktadır: *iletişim, bilgi/eğitim, memnuniyet, katılımcı hedef belirleme ve uyum/bağlılık*. Güçlendirmenin bu yönlerinin tümü, *olumlu sağlık sonuçlarının* elde edilmesine katkıda bulunmaktadır.

3.6.1. İletişim

Güçlendirme sürecinde iletişim hayati bir rol oynamaktadır. Etkili iletişim, hedef özellikle de hasta güçlendirmek olduğunda, hekim-hasta ilişkisinin en önemli bileşenlerinden biri olmaktadır. Tedavi kararlarına başarılı bir şekilde katılmak için hastaların bilgiye ihtiyacı vardır (Ong, De Haes, Hoos ve Lammes, 1995: 906). Hastaların bilgi ihtiyaçlarının karşılanması, hastaların memnuniyeti ile olumlu ve anlamlı olarak ilişkilidir (Kinmonth, Murphy ve Marteau, 1989: 325; Larson, Nelson, Gustafson ve Batalden, 1996: 449). Pek çok hekim, hastaların bilgi alma arzusunu hafife almakta ve hastalar tarafından tüm soruları yanıtlamadıkları veya duygularını dinlemek için yeterli zaman ayırmadıkları için eleştirilmektedir (Dietrich, 1996: 17). Hastalar, teknik olmayan dilde fakat açık ifadelerle yeterli bilgi istemektedir (Cameron, 1996: 246). Hekimler onlara daha fazla bilgi ve olumlu dönütler verdiğinde daha uyumlu oldukları bilinmektedir (Hall, Roter ve Katz, 1988: 659).

Her sağlık hizmeti deneyiminin merkezinde hekim-hasta karşılaşması vardır. Bu etkileşim, olumlu sağlık sonuçlarına yol açan süreçte bir ön koşul ve etkili bir bileşendir. Hekimler, hastaları tıbbi kararlarına dahil etme konusunda giderek daha fazla teşvik edilmektedir (Barry, 1999: 2356). Kronik hastalık yönetimine ekip yaklaşımının bir parçası olarak doktorlar, kronik veya salgın hastalıklarda hastanın kendi kendine bakımı için gerekli davranış değişikliklerini motive etme, onaylama ve destekleme fırsatına sahip olmaktadır (Hampson ve diğerleri, 1996: 50). Pek çok çalışma, hekim-hasta iletişimi ile olumlu sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin hasta memnuniyeti ve hasta uyumu aracılığıyla gerçekleştiğini rapor etmiştir (Comstock, Hooper, Goodwin ve Goodwin, 1982: 106; Francis, Korsch ve Morris, 1969: 536; Imanaka, Araki ve Nobutomo, 1993: 603; John, 1991: 51; Segall ve Burnett, 1980: 271; Swartz ve Brown, 1989: 189; Willson ve McNamara, 1982: 1700).

Önceki bazı araştırmalar, diğer sağlık çalışanlarıyla etkileşimlerin önemini de belgelemiştir (Reidenbach ve Sandifer-Smallwood, 1990: 47). Hekim, sağlık personeli ve hasta arasındaki ilişki, hasta eğitiminin önemli bir bileşenidir. Bu ilişkiyi ve her bir üyenin sağlık bakımı tedavisi üzerindeki etkisini anlamak, hastayı güçlendirmede pazarlamanın rolünün başarısı için kritik öneme sahiptir (Boughton ve Jacquin, 1994: 167). Hasta memnuniyeti ve hastane kalitesi algısı, hekimlerin yanı sıra hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin iletişim ve anlayışıyla tanımlanmaktadır (John, 1991: 51). Hastalar, aldıkları bakımın teknik yönlerini değerlendirme imkanına sahip olmadıklarından kendileri ve sağlık personeli arasındaki kişilerarası ilişkileri içeren tıbbi karşılaşmanın daha öznel yönlerine güvenmektedir (Lytle ve Mokwa, 1992: 47; Powers ve Bendall, 2004: 49). Güçlendirme süreci, büyük ölçüde başarılı kişiler arası ilişkilere ve hasta ile tıbbi personel arasındaki etkili iletişime bağlı olmaktadır.

Hekimler, hastaları tanı anında kronik veya salgın hastalığın ciddiyeti konusunda eğitmede kilit rol oynarken, hemşireler hastalara öz bakım ve günlük hastalık yönetimi faaliyetleri için etkili ve doğru teknikleri öğretmede önemli bir rol oynamaktadır (Patel, 1993: 405). Benzer şekilde eğitim, hastaları kendi hastalıklarının etkilerini başarılı bir şekilde yönetme konusunda güçlendirmeli, eğitim programları da hasta bakımının sağlanmasında yer alan tüm insanları hedeflemelidir (Day, 2000: 71).

Diyabetli bireylerde diyete uymanın önündeki engelleri tanımlayan bir çalışmada, eğitimsizlik, güçlendirme eksikliği ve diyabetle ilgili aile üyelerinden gelen yanlış

bilgilendirme, tedavi rejimlerine uymama sorununu artıran unsurlardan bazıları olarak gösterilmiştir (Williamson, Hunt, Pope ve Tolman, 2000: 273). Aile üyeleri, kronik/salgın hastalığı olan hastalara sosyal destek sağlamaktadır. Araştırmalar, aile üyelerinin diyabetli hastaların öz bakım davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (salgın hastalıkta ise önemli bir ektiye sahip olduğu öngörülmektedir) (Albright, Parchman ve Burge, 2001: 355; Toljamo ve Hentinen, 2001: 620). Hem aile üyelerini hem de hastaları güçlendirmenin, özellikle insüline bağımlı diyabet veya Covid-19 teşhisi konan ergen çocuklar için daha iyi uyum ve getirilerle sonuçlanacağı öngörülmektedir (Powers ve Bendall, 2004: 47).

3.6.2. Bilgi ve Eğitim

Güçlendirme kavramı, büyük ölçüde hastanın sağlık bilgilerine erişmesine bağlıdır. Tüketici bilinci ve eğitimi, özellikle kronik veya salgın hastalık durumlarında önemli konular olmuştur. Hastanın kronik/salgın hastalık yönetimi günlük olarak evde yapılmaktadır (Hampson ve diğerleri, 1996: 52). Hastaları kendi kendine yönetim faaliyetlerinde eğitmek yaşam boyu süren bir süreçtir (Day, 1995: 115). Bu süreç sağlık durumlarında ve yaşam kalitelerinde olumlu, kalıcı bir değişiklik yapacaktır (Nodhturft ve diğerleri, 2000: 509). Çoğu insan kronik/salgın hastalığın ciddiyetinin farkında değildir. Bu bağlamda, diyabetin ciddiyeti sorgulandığında, yapılan bir ankete katılan hastaların yarısından azı diyabetin gelecekteki sağlıkları üzerinde önemli bir etkisi olacağını düşünmüştür (Kinmonth ve diğerleri, 1989: 325). Önceki araştırmalar (McCord ve Brandenburg, 1995: 267; Paterson, Thorne ve Dewis, 1998: 57), tedaviye uymayan hastaların, hastalığın yaşamlarının nihai sonuçlarını etkilemeyeceğine inanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu ve doktorlarından ek bilgi alma veya doktorlarının talimatlarını takip etme olasılıklarının daha düşük olduğunu bulmuştur (Powers ve Bendall, 2004: 48). Hastanın diyabetle ilgili tutumunu etkileyen faktörler üzerine yapılan araştırmalar, hekimin teşhis sırasındaki tepkisinin, hastanın hastalığa karşı tutumunu etkilediğini göstermektedir (Dietrich, 1996: 17). Hekim hastalığın ciddiyetini küçümsediğinde hasta tarafından ciddiye alınması daha düşük olarak algılanmıştır. Buna karşın hekim, bakım davranışları sergilediyse ve hastalık kontrolü hakkında bilgi verdiyse, hasta daha başından itibaren hastalığı kontrol altına almaya daha meyilli olmuştur. Sözlü tartışma olmaksızın sadece yazılı bilgi verilen hastalar, hastalık hakkında yeterince bilgilendirilmediklerini

hissetmişlerdir. Bu nedenle bilgi ve eğitim, hekimlerin kronik hastalık algıları üzerindeki etkisinin önemine, nihayetinde hastalık yönetimine ve sonuçta ortaya çıkan sağlık çıktılarına yönelik tutumlarına destek sağlamaktadır (Powers ve Bendall, 2004: 49).

Eğitim, doktorların hastaları kontrolsüz geçirilen hastalığın neden olabileceği ciddi komplikasyonlar konusunda ikna etmek için sahip oldukları en güçlü araçtır (Butler, Rubenstein, Gracia ve Zweig, 1998: 63). Hastaları güçlendirmeye yönelik eğitmek, öz yeterliliği ve performansı artıracaktır. Bu durum Sağlık İnanç Modelinde de vurgulanmaktadır. Modele göre davranış, hastanın algılanan duyarlılık, ciddiyet, hastalık yönetiminin algılanan faydaları, yönetim maliyetleri, uyuma yönelik sosyal dürtüler ve öz-yeterlik algılarından etkilenmektedir (Chebat ve Kollias, 2000: 71). Eğitimin amacı davranış değişikliği yaratmak ve bu bağlamda da hastaların eski davranışlarını değiştirmelerine ve yenilerini başlatmalarına olanak sağlamaktır (Peyrot, 1999: 65).

3.6.3. Memnuniyet

Hasta memnuniyeti, özellikle hasta ile hekim arasındaki etkileşim sırasında verilen bilgi miktarında, hasta güçlendirmenin teşviki ve başarısında önemli bir rol oynamaktadır. Hastanın beklentilerini karşıladığı hekim performansındaki memnuniyet süreci, birçok araştırmacı tarafından hastanın tıbbi rejime uyum sağlama veya ona bağlı kalma niyeti açısından önemli bulunmuştur (Bartlett ve diğerleri, 1984: 758; DiMatteo, Taranta, Friedman ve Prince, 1980: 379; Kincey, Bradshaw ve Ley, 1975: 559; Wolf, Putnam, James ve Stiles, 1978: 394). Hekim-hasta ilişkisinin kişilerarası niteliği ile birlikte hasta memnuniyeti, tıbbi tavsiyelere uyma ile pozitif yönde ilişkilendirilmiştir (Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo ve Kravitz, 1992: 451). Ayrıca hastaların sağlık sonuçları genellikle hekim tarafından kendilerine tavsiye edilenlere ne denli uyduklarına bağlıdır (DiMatteo, 1994: 151). Hasta, memnuniyet düzeyinin bir sonucu olarak hekimin tavsiyelerine uymayı veya bunları görmezden gelmeyi seçebileceğinden, hastanın hekimi değerlendirmesi, hekim-hasta ilişkisinin başarısı için kritik hale gelmektedir (Segall ve Burnett, 1980: 270).

Bilgi verme ile memnuniyet arasındaki ilişki büyük önem taşımaktadır. Çünkü çoğu hasta reçeteli bir rejimi uygulamak için ihtiyaç duydukları tüm bilgilere genellikle sahip olmamaktadır. Kaplan, Greenfield ve Ware Jr (1989)'e göre, muayenehane

ziyaretleri sırasında hekim tarafından sağlanan bilginin, daha iyi sağlık durumları ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Birçok çalışmada, hekim tarafından verilen bilgilerin hasta memnuniyeti ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Bertakis, 1977: 218; Roter, Hall ve Katz, 1987: 440). Terry ve Healey (2000), öz bakım bilgilerinin posta gönderimi ve rutin ofis ziyaretleri sırasında hekim tarafından verilen yüz yüze bilgi ve kişisel bakım kitapçığı alan hastaların karşılaştırılmasında, hasta memnuniyetinin yüz yüze bilgi ve kitapçık verilmesi durumunda daha fazla olduğu belirtmişlerdir. Bu bulgular, hekim-hasta ilişkisinin kişilerarası yönlerinin, özellikle iletişim ve bilgi vermenin hasta uyumu üzerinde de etkili olduğunu göstermektedir. Bir hasta tıbbi önerileri tam olarak anlarsa ve alınan bilgi miktarından memnun kalırsa, hasta etkili hastalık yönetimi konusunda daha güçlü olacak, reçete edilen rejime uyma olasılığı daha yüksek olacak ve daha iyi sağlık sonuçlarını deneyimleme olasılığı daha yüksek olacaktır (Powers ve Bendall, 2004: 50). Yukarıda da bahsetmiş olduğumuz gibi hasta hekim iletişiminde sağlık iletişiminin bir kez daha vurgulamış bulunmaktayız.

3.6.4. Katılımcı Hedef Belirleme

Hastanın tıbbi karar alma sürecine katılımı, hekim veya hasta tarafından başlatılan ve hastanın bakış açısının veya hastanın tercihlerinin tıbbi plana dahil edilmesini kolaylaştıran herhangi bir davranıştır (Golin ve diğerleri, 1996: 1155). Bir hasta, tedavi kararına aktif olarak katıldığında ve hedef belirlemeye katılarak davranış değişikliğini taahhüt ettiğinde, güçlendirme sürecine girmektedir. Tıbbi ziyaret sırasında hasta katılımının artırılması, hasta memnuniyetini etkilemekte, kendi kendine tedavi tıbbi rejimlerine uyumu sağlamakta ve nihayetinde sağlık sonuçlarını iyileştirmektedir. Hastalar, hekimleriyle olan ilişkilerinde aktif bir rol oynadıklarında, özellikle endişelerini ifade ettiklerinde ve tedavi planı konusunda hekimle anlaşmaya vardıklarında kendilerini daha iyi hissetmektedirler (Bechel ve diğerleri, 2000: 403; Golin ve diğerleri, 1996: 1156)

Hastalarıyla birlikte kronik hastalık yönetimini etkili bir şekilde uygulamaya koymak için, hekimler hastaları tedavi planında aktif bir rol oynamaya davet etmektedir. Hasta, kronik hastalık yönetimine ekip yaklaşımında kilit bir oyuncu olarak karşımıza çıkmaktadır (Hampson ve diğerleri, 1996: 53). Hedef belirleme, hastanın belirli bir tıbbi rejime uymasına yardımcı olmak ve bunu teşvik etmek için değerli bir kavramdır.

Hastayı kendi kendine yönetim etkinlikleri konusunda hedefler koymaya dahil ederek, kararlaştırıldığı şekilde görevlerini gerçekleştirme olasılıkları daha yüksek olmaktadır (Hampson ve diğerleri, 1996: 53). Hedef belirlemenin etkili olabilmesi için hasta hedeflere kendini adamalıdır. Hedef belirlemede katılımın önemi, zor hedeflerin belirlenmesine yol açabilmesidir. Ayrıca hedef belirleme hedefin zorluk düzeyine bakılmaksızın hastanın kendini yönetme performansı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Hedef belirleme, hedeflerin belirlenmediği durumdan daha yüksek performansa motivasyon sağlayabilmektedir (Strecher ve diğerleri, 1995: 192). Katılımcı hedef belirleme süreci katılımcılar arasında tartışma, katılım ve bilgiyi içerdiğinde performans en yüksek seviyeye çıkmaktadır. Hastalar endişelerini, yaşam tarzlarını ve diğer önceliklerini hizmet sağlayıcıya iletebildiklerinde, bir tedavi planının her hasta için uygun ve gerçekçi olma olasılığı daha yüksek olmaktadır (Golin ve diğerleri, 1996: 1156). Hastalar, çeşitli rejim görevlerini fiilen yerine getirme konusunda algıladıkları yeteneklerinden etkilenir, bu açıdan daha yüksek öz-yeterlik, daha yüksek hedef belirleme ile ilişkilendirilmektedir (Strecher ve diğerleri, 1995: 192).

3.6.5. Uyum/Bağlılık

Güçlendirme süreci, bir hastanın öngörülen tıbbi tedaviye uyma veya ona bağlı kalma taahhüdüne odaklanmaktadır. Bağlılık, bir kişinin davranışının tıbbi veya sağlık tavsiyesiyle ne ölçüde örtüştüğünü ifade etmektedir. Tıbbi tedaviye uyumsuzluk, özellikle daha uzun vadeli ve maliyetli kronik hastalıklar için tıbbi bakımda önemli bir sorun teşkil etmektedir (O'Brien, Petrie ve Raeburn, 1992: 440).

Kronik hastalığı olan tüm hastaların yaklaşık yarısı sağlık hizmeti sağlayıcısının tavsiyelerine uymaktadır (Jack Jr ve diğerleri, 1999: 779). Kronik bir tanının başlangıcındaki uyumsuzluk, yaşamın sonraki dönemlerinde uyumsuzluğun güçlü bir göstergesi olduğundan, tanının koyulmasından hemen sonra hasta eğitiminin önemi ortaya çıkmaktadır (Sherbourne ve diğerleri, 1992: 449).

Hasta eğitimi hastanın reçete edilen tıbbi rejime uymasının önemli bir bileşenidir. Fakat hasta uyumu yalnızca eğitimden gelmemektedir. Yeni teşhis konmuş bir hasta, değişen yaşam tarzına adapte olma şokunun azaltılması için ekstra desteğe ve bilgiye ihtiyaç duymaktadır (Dittbrenner, 1997: 56). Başarılı tedavi genellikle bir hastanın davranışının tıbbi tavsiyeye ne ölçüde bağlı olduğu ile doğrudan ilişkilidir. Uyum,

veya hastanın sağlıkla ilgili tavsiyelere uyma, ilaçları reçete edildiği şekilde alma veya planlanan klinik randevulara katılma istekliliği ve yeteneği, olumlu bir sağlık sonucunun takip edileceğini varsayan bir ara sonuç ölçüsü olmaktadır (Murphy ve Coster, 1997: 797).

Uyum, hastalar beklentilerinin karşılandığını hissettiğinde ve hekime saygı, duyarlı bilgi, samimi ilgi ve sempati gibi belirli kişilerarası beceriler gösterdiğinde daha fazla sağlanmaktadır. Hastanın uyumunun sağlanması hasta güçlendirmeye bağlıdır. Hastanın güçlendirilmesi de sağlıkta yaşanan şiddet olaylarını da ortadan kaldırmaya katkı sağlayacaktır. Hastanın uyumu, özellikle hekim-hasta ilişkisindeki iletişim ve etkileşim kalitesiyle ilgili sağlık hizmetleri ile hasta memnuniyetinden etkilenmektedir (Cameron, 1996: 246; Imanaka ve diğerleri, 1993: 603). Henüz hasta memnuniyeti ile iyileşmiş sonuç arasında basit, doğrudan bir ilişki bulunmamış olsa da, memnun hastaların tıbbi tedavilerine uyma olasılığının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Aharony ve Strasser, 1993: 49). Sonuç olarak, hasta memnuniyeti ve hasta uyum düzeylerinin hastanın sağlık sonuçlarını etkilediği varsayılmaktadır (Lochman, 1983: 94).

3.6.6. Olumlu Sağlık Sonuçları

Olumlu sağlık çıktıları, hasta güçlendirmenin nihai hedefini oluşturmaktadır. Hastanın güçlendirilmesinin diyabet gibi kronik hastalıkların sağlık sonuçlarını iyileştirdiği kanıtlanmıştır. Tedavi rejimlerinin etkililiği ve iyileştirilmiş hasta sonuçları için hasta uyumu esastır (Cameron, 1996: 247). Önerilen tedavilere uyan hastaların, uymayanlara göre daha iyi sağlık sonuçlarına sahip olduğuna dair destekleyici kanıtlar vardır (Murphy ve Coster, 1997: 799). İletişim, hekim ve hastanın birbiriyle ilişki kurduğu ve terapötik (tedavi edici) hedeflere ulaşmaya çalıştığı temel araç olduğundan, hekim ve hasta arasındaki ilişki, sağlık hizmeti sunumu sürecinin merkezinde yer almaktadır (DiMatteo, 1994: 159). Bazı çalışmalar (Bass ve diğerleri, 1986: 46; Starfield ve diğerleri, 1981: 130), hekim-hasta iletişimi ile olumlu sağlık sonuçları arasında bir ilişki bulmaktadır. Uyum araştırması, hekim-hasta ilişkisi üzerinde birleşmekte ve artık bu etkileşim içinde meydana gelen süreçlerin hasta sonuçları için kritik olduğu kabul edilmektedir (O'Brien ve diğerleri, 1992: 439).

3.7. Hasta Güçlendirmenin Sağlık Ekonomisine Etkileri

Bazı Avrupa ülkelerinde, 1980'lerin sonundan bu yana sağlık sistemi köklü değişikliklere uğramıştır. Bu ülkelerden bir olan Fransa'da sağlık hizmetlerinin demokratikleşmesi neticesinde hasta teşhis ve tedavi sürecinde karar verici olarak ortaya çıkmıştır. Doktor-hasta arasındaki bilgi asimetrisi gibi bazı konularda hastaların güçlendirilmesi, dengeyi değiştirmiş ve gücün daha eşit dağıtılmasını sağlayarak tedavi sürecini daha demokratik hale getirmiştir (Batifoulier, Domin ve Gadreau, 2011: 145).

Nadir ve kronik hastalık mağdurları adına konuşan dernekler, doktorları ile tartışabilecek aktif hastaların ortaya çıkmasını hızlandırmıştır. Fransa'da yaşanan bu gelişme, 4 Mart 2002 tarihli yasa ile onaylanan tıbbi deontoloji ve hukuk yasasının yeniden düzenlenmesiyle koruma altına alınmıştır. Doktor ve hasta arasındaki güç dengesindeki bu değişim, gerçek tıp uygulamalarında gözlemlenebilmekte ve hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki bilgi asimetrisini azaltarak hastaya pazar gücü kazandırmaktadır. Hasta-doktor etkileşimdeki bu büyük dönüşüm, hastanın özerkliğini tesis ederek, sağlık harcamalarında büyük bir mali külfete giren hastaya pazar yapısının güçlenmesine katkı sağlamıştır. Katkı payı politikalarının sertleştirilmesi, sağlık harcamaları ile sosyalleştirilmiş harcamalar arasındaki uçurumu genişleterek, serbest seçim ve piyasa için daha fazla alan bırakmaktadır. Yani hükümet hastanın güçlendirilmesine kurumsal bir biçim vermiştir (Bridges, Loukanova ve Carrera, 2008: 18). Aktif bir hastanın bu şekilde tanınması, sağlık harcamalarının talep yönlü düzenlemesine olanak sağlamıştır. Aktif hastanın tanınması ve daha adil bir bilgi dengesi, (sanki hasta doktorun "işveren"i gibi), karar verici olarak doktorun modası geçmiş anlayışına meydan okumayı mümkün kılmaktadır. Hastanın bu şekilde güçlendirilmesi, bundan böyle otonom seçimler yapma ve tıbbi kararlarda söz sahibi olma yeteneğine sahip hasta için pazar gücünün inşasına katkıda bulunmaktadır. Sağlanan pazar gücü sayesinde ise hasta sağlık harcamalarındaki fiyat belirleyici önemli unsurlardan biri haline gelmektedir (Batifoulier ve diğerleri, 2011: 145).

Bu pazarın inşası, terapötik ilişkinin zayıf halkası olan hasta için yeni bir statünün ortaya çıkmasını gerektirmiştir. Bir sağlık piyasasının var olabilmesi için, arzın ve doktorların üstünlüğüne meydan okuyacak gerçek bir bakım talebi olmalıdır. Bu nedenle piyasa, en zayıf tarafın, yani hastaların güçlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Hasta güçlendirmenin bu ekonomik yeni biçimi, gerekçesini sağlık harcamalarını azaltma ihtiyacında bulmaktadır. (Batifoulier ve diğerleri, 2011: 160).

Hasta güçlendirme tanımlarının çoğu, bireylerin sağlıkları (davranışları) hakkında karar verme ve yaşamlarının sağlıkla ilgili yönleri üzerinde kontrol sahibi olma veya bunları kontrol etme kapasitelerine odaklanır. Güçlendirilmiş bireylerin (a) sağlıklarını ve zindeliklerini en üst düzeye çıkarmak için daha rasyonel sağlık hizmetleri kararları alacakları (b) sağlık hizmetlerine bağımlılığı azaltacakları ve (c) nihayetinde sağlık kaynaklarının daha uygun maliyetli kullanımına katkıda bulunacakları öngörülmektedir (McAllister ve diğerleri, 2012: 2).

George ve diğerleri'nin (2008) çalışması, Tip 1 diyabette Kısa Müdahale, Öz-yeterlik Eğitimi (BITES) müdahalesi programına dayanmaktadır. Programın altında yatan felsefe, hastanın güçlendirilmesi ve diyabetin kendi kendine yönetimini teşvik etmektir. Öz-yönetim, diyabetli kişilerde koruyucu bakımın kritik bir bileşenidir. Diyabetli kişiler için öz-yönetim becerileri sağlayan yoğun eğitim müdahaleleri, bir dizi çalışmada kan şekeri konsantrasyonunu azaltmıştır (Guadagnoli ve Ward, 1998: 329; Lorig ve Holman, 2003: 1). Bu ise komplikasyon oranlarını azaltmakta ve dolayısıyla sağlık harcamalarında hasta başına maliyetleri düşürmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de toplulukların güçlendirilmesi ve bireysel güçlendirmenin daha verimli bir sağlık piyasasını teşvik edeceği varsayılmaktadır. Bireysel güçlendirme, kendi kendini yönetme kapasitesini artıracak ve daha sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının benimsenmesini teşvik ederek kötü sağlık sonuçları riskini azaltacaktır. Güçlendirmeyle ilişkili daha fazla kontrol duygusu, refaha doğrudan katkıda bulunur ve hastalık insidansı ile ters bir ilişkisi vardır (Segal, 1998: 38). Böylelikle sağlık kurumlarına talep düşecek ve sağlık harcamaları azalacaktır. Söz gelimi hastanın hekime muayenesi sonrasında hekimin verdiği tedavi yöntemlerine uyması, ilaçlarını zamanında ve istenilen dozda alması hastalığını atlatma süresini kısaltarak ikinci bir sağlık kuruluşuna başvurmasının önüne geçmektedir. Böylelikle sağlık kuruluşunu daha az meşgul etmekte ve daha az ilaç kullanmaktadır. Bu ise sağlık kuruluşlarına başvuru sayısını azaltmakta, talep ve maliyetlerde düşüş sağlamaktadır.

3.8. Hasta Güçlendirmenin Kuramsal Dayanağı

Dışsal güdüleyicilerin içsel güdülenme üzerindeki etkilerini açıklayan bilişsel değerlendirme teorisi, örgütsel literatürde önceleri biraz ilgi görmüştür. Bununla birlikte, içsel ve dışsal motivasyon arasındaki basit ikilik, teorinin çalışma ortamlarına uygulanmasını zorlaştırmıştır. Dışsal motivasyonu, özerklik derecelerinde farklılık gösteren türlere ayırmak, eğitim, sağlık hizmetleri ve spor alanlarında yaygın ilgi gören "Öz Belirleme Teorisi" (ÖBT) ortaya çıkmasını sağlamıştır (Gagné ve Deci, 2005: 338). Hasta güçlendirmenin kuramsal dayanağının temelinde ise "Öz Belirleme Teorisi" yatmaktadır.

3.8.1. Öz Belirleme Teorisi

Öz Belirleme Teorisi, insanların özgürce yaptıkları aktivitelerin altında yatan motivasyon dinamikleri ile yapmaya zorlandıkları veya baskı altında hissettikleri faaliyetler arasında ayrım yapmaktadır. Öz belirleme, tam bir isteme, seçme ve kişisel onay duygusu içeren bir faaliyette bulunmak anlamına gelmektedir. Kendi özünü belirlediklerinde, insanlar kendileriyle uyum içinde hareket etmekte veya kendilerini ifade etmektedirler. O halde bir kavram olarak, öz belirleme, bütünleşik benlik dediğimiz şeyden kaynaklanan davranışların düzenlenmesini tanımlamaktadır (Deci ve Ryan, 1990: 245).

Öz belirleme davranışının motivasyonel temeli açıklanırken, başlangıçta, yalnızca faaliyetten zevk almanın kişisel ödülü için yapılan içsel davranışları, para, zam ya da karnedeki notlar gibi başka bir ödül için araçsal olan davranışlarla karşılaştırılmıştır (Deci, 1975: 31). Bu davranışların ilki içsel olarak motive edilmiş, ikincisi ise dışsal olarak motive edilmiş davranışlar olarak adlandırılır. İçsel olarak motive edilmiş davranışlar, kendi kendine belirlenen aktivitenin prototipidir; bunlar kişinin içsel benliğini ilgilendirir ve bu nedenle özgürce üstlenilirler (Deci ve Ryan, 1990: 255). Buna karşılık, dışsal olarak motive edilen faaliyetler, aynı amaca yönelik bir araç olarak, yani faaliyete eşlik eden kendiliğinden tatminden başka bir sonuca ulaşmak için bir araç olarak üstlenilen faaliyetler olarak karşımıza çıkmaktadır (örneğin, hekim otoritesinin kabulü açısından hekimler). Dışsal sonuçlar genellikle başkaları tarafından yönetilir ve zorlamak veya kontrol etmek için kullanılmaktadır (örneğin, öğretmenler genellikle öğrencilerin belirli etkinlikleri yapmaları için notlar ve ders bitimi okulda

kalma cezası vermektedir). Sonuç olarak, erken formülasyonlar dışsal olarak motive edilmiş davranışlar, öz belirlemeye katkısı olmayan ve içsel olarak motive edilen öz belirleyen davranışlara karşıt olarak görülmüştür (Deci, 1975: 31). Daha sonraki çalışmalarda Deci ve arkadaşları (1985), içselleştirme ve bütünleşmenin gelişimsel süreçleri yoluyla, dışsal bir düzenleyici sürecin benliğin bir parçası haline gelmesinin ve kendi kendini belirleyen dışsal olarak motive edilmiş davranışın temelinin böyle olmasının mümkün olduğunu öne sürmüşlerdir (Ryan ve Connell, 1989: 751; Ryan, Connell ve Deci, 1985: 23). Bu nedenle, dışsal olarak motive edilmiş davranışlar, düzenleyici süreçlerin benlikle ne ölçüde bütünleştiğine bağlı olarak, kendi kendini şekillendirmektedir (Deci, 1992: 52).

"İlgi" kavramı genellikle içsel olarak motive edilmiş davranışlarla ilişkilendirilmiştir. Çünkü insanlar bu davranışları çıkarları dışında benimsiyor gibi görünmektedir. Aslında, insani gelişmeyle ilgili çeşitli teoriler, insanların kendilerini ilgilendiren şeyleri özgürce yaptıklarında içsel olarak motive olduklarından bahsetmektedir (DeCharms ve Causation, 1968: 121; Deci ve Ryan, 1985: 12; White, 1959: 328). Söz konusu bu motivasyon sağlandığında, insanlar davranışlarını konsantrasyonlarını ve bağlılıklarını gösterebilmekte ve bütün bu süreçler kendiliğinden oluşmaktadır. İçsel motivasyonun en saf biçimi, kişinin "akış" olarak adlandırdığı şeyi deneyimlemesini içermektedir (kişinin tamamen bir faaliyete daldığı ve bir farkındalık akışı yaşadığı bir durum). Bu durum, ilgilenmenin bir prototipi olarak düşünülmektedir (Csikszentmihalyi, 1975: 150).

Öz belirleme teorisinde, ilgi aynı zamanda içsel motivasyonla da yakından bağlantılıdır. Öz belirleme teorisinde ilgi, benliğin temel etkisi (kişinin benliğini o anda arzu ettiği yenilik, meydan okuma veya estetik çekiciliği sağlayan faaliyetlerle ilişkilendiren duygu) olarak kavramsallaştırılmaktadır. Bu nedenle, ilgi öncelikle içsel olarak motive edilmiş faaliyetlerle bağlantılıdır, bu faaliyetlerin doğru düzenlenmesi kişinin içsel benliği ile bütünleştiği ölçüde dışsal olarak motive edilmiş faaliyetlerle ilişkilendirilmektedir (Deci ve Ryan, 1990: 284).

3.8.2. Temel Psikolojik İhtiyaç Teorisi

Öz Belirleme Teorisi'nin mini bir teorisi olan, "Temel Psikolojik İhtiyaç Teorisi"nin (TPİT) temelinde, bireylerin sınırlı bir dizi temel psikolojik ihtiyaçlara sahip oldukları ve bu ihtiyaçların tatmin edilmesinin gelişme, sağlık ve mutluluk için gerekli olduğu

görüşü yer almaktadır (Ryan ve Deci, 2017: 617). Psikolojik ihtiyaçlar listesi her zaman eklemelere açık olmasına rağmen, üç başlık altında toplanmaktadır: *özerklik, yeterlilik* ve *ilişkili olma*. TPİT, bu üç ihtiyacın hem tatminini hem de hayal kırıklığını göz önünde bulundurmaktadır. Hayal kırıklığı ise, yerine getirilmemesinden daha güçlü ve tehdit edici bir deneyimi temsil etmektedir. *Özerklik,* isteklilik ve irade deneyimini ifade etmektedir. Memnun olduğunda, kişi eylemlerinin, düşüncelerinin ve duygularının kendi kendini onayladığı ve otantik olduğu gibi bir bütünlük duygusu yaşamaktadır. Hayal kırıklığına uğradığında, kişi baskı duygusu yaşamakta ve genellikle istenmeyen bir yöne itilmiş gibi çatışma hissi yaşamaktadır. *İlişkili olma,* sıcaklık, bağlanma ve bakım deneyimini ifade etmekte ve başkalarıyla bağlantı kurarak ve onlar için önemli hissederek tatmin olmaktadır. İlişkide hayal kırıklığı, sosyal yabancılaşma, dışlanma ve yalnızlık duygusuyla birlikte gelmektedir. *Yetkinlik,* etkinlik ve ustalık deneyimiyle ilgilidir. Beceri ve uzmanlığı kullanmak ve genişletmek için faaliyetlerde bulunup fırsatları deneyimledikçe kişi tatmin olmaktadır. Hayal kırıklığına uğradığında, kişi etkisizlik, hatta başarısızlık ve çaresizlik duygusu yaşamaktadır (Vansteenkiste, Ryan ve Soenens, 2020: 28).

Ryan ve Deci (2017), bu üç psikolojik ihtiyacın ayırt edildiğini ve hem tümevarım hem de tümdengelim temellerinden türetildiğini vurgulamaktadır. Bu geniş ihtiyaçlar, ilk olarak, yeterlilik ve özerklik deneyimlerinin içsel motivasyonu geliştirmek ve sürdürmek için gerekli olduğunu gösteren araştırmalardan (Vallerand ve Reid, 1984: 100) tümevarımsal olarak ortaya çıkmaktadır. Örnek vermek gerekirse, olumlu geribildirimin, bir aktiviteye daha fazla ilgi ve zevk almayı teşvik ettiği bulunmuştur. Bu etki, bireylerin yeterlilik ihtiyacının tatminiyle açıklanmaktadır (De Muynck ve diğerleri, 2017: 78). Buna karşılık, ilginç bir aktiviteye katılmak için harici ödüller önermek, muhtemelen ödülleri kontrol etmek kişinin algılanan nedensellik odağını içten dışa kaydırabileceği ve böylece özerklik duygusunu azaltabileceği için, içsel motivasyonu zayıflatabilmektedir (DeCharms ve Causation, 1968: 121; Deci, Koestner ve Ryan, 1999: 662).

İlk ÖBT temelli araştırmalar öncelikle içsel motivasyona odaklanmış olsa da, daha sonraki çalışmalar (Ryan ve Connell, 1989: 758) dışsal olarak motive edilmiş faaliyetlerin içselleştirilmesini ele almıştır. İçselleştirme, insanların gerçekte ne ölçüde özümsediklerini, ortam değerlerini veya uygulamalarını ne ölçüde benimsediklerini

yansıtmaktadır. Bireylerin ilgi çekici olmayan bir faaliyeti tam olarak içselleştirmeleri için, kişisel olarak davranışa değer vermeleri ve sahiplenmeyi deneyimlemeleri gerekmektedir (Ryan ve Deci, 2017: 617; Vansteenkiste ve diğerleri, 2018: 33).

İçsel motivasyon gibi içselleştirme de bir etkinlik duygusu (yani yeterlilik tatmini) ve irade (yani özerklik tatmini) gerektirmektedir. Yine de içselleştirme sürecindeki değişkenliği tam olarak anlamak için, ilişkili olma ihtiyacını da sürece dahil etmek gerekmektedir. Bu nedenle bu hedefleri ve faaliyetleri teşvik edenlerle gerçek bir bağlantı hissi olduğunda faaliyetlerin içselleştirilme olasılığının daha yüksek olduğu görülmektedir. İdeal olarak, içselleştirme sürecini teşvik etmek için üç psikolojik ihtiyacın tamamı karşılanmaktadır (Milyavskaya, Nadolny ve Koestner, 2014: 709). İhtiyaçlardan biri engellenirse, içselleştirme engellenmektedir. Örneğin, sosyalleştirici bir etkenle güçlü bir bağ yaşamak ve ilginç olmayan bir aktiviteyi gerçekleştirmede kendini etkili hissetmek, onun düzenlemesini içselleştirmeye başlamak için bir başlangıç noktası sağlayabilse de içselleştirme süreci, özerklik ihtiyacı karşılanmadığında yalnızca kısmi olmaktadır. Özerkliğin yokluğunda, kişi başkalarını memnun etmek, onay almak, suçluluk duygusundan veya diğer kontrollü düzenleme biçimlerinden kaçınmak için davranış göstermektedir (Haerens, Aelterman, Vansteenkiste, Soenens ve Van Petegem, 2015: 33).

Yine de bu üç yapının temel ihtiyaçlar olduğu varsayımına yol açan tümevarımsal kanıtlar için birincil kaynak, refah ve gelişme çalışmalarından gelmiştir. Kanıtlar, özerklik, ilişki ve yeterlilik için temel ihtiyaçların tatmininin hem gelişimsel hem de durumsal olarak sağlıklı yaşam için gerekli olduğunu defalarca göstermiştir (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe ve Ryan, 2000: 432). Bu üç ihtiyaç, her biri benzersiz ama aynı zamanda etkileşimli yollarla, farklı çağlarda, bağlamlarda ve kültürlerde bireylerin esenliği için gerekli görülmüştür (Vansteenkiste ve diğerleri, 2020: 27).

Ryan ve Deci (2017), özerklik, yeterlilik ve ilişkili olma ihtiyaçlarını temel psikolojik ihtiyaçlar olarak çağırmak için tümevarımsal nedenlere ek olarak, bu ihtiyaçların önemini de tümdengelimsel gerekçelerle savunmaktadır. Spesifik olarak, Sosyal Değişim Teorisi'nin temelini oluşturan organizma görüşünde, insanların doğal olarak artan uyum, entegrasyon ve mümkün olduğunda tutarlılık yönünde geliştiği varsayılmaktadır. Bu tür bütünleştirici eğilimler, özerklik, yeterlilik ve ilişkili olma deneyimleriyle hem desteklenmekte hem de karakterize edilmektedir. Gelişime ilişkin

bu organizmacı görüş içinde, bu ihtiyaçlar tam olarak işlevsel bir insan anlayışının ayrılmaz bir parçasıdır (Deci ve Ryan, 1985: 13). Tam işleyişin devam eden psikolojik ihtiyaç tatminlerini gerektirdiği görüşü göz önüne alındığında, TPİT yalnızca içsel ve iyi içselleştirilmiş motivasyonla değil, aynı zamanda daha genel olarak refahla ve sosyal yanlısı eğilimler, kimlik konsolidasyonu, duygu düzenleme ve politik katılım dahil olmak üzere çeşitli gelişimsel sonuçlarla ilgili hale gelmiştir. Yani TPİT, bu çeşitli olumlu gelişimsel sonuçların ihtiyaç destekleri ve tatminleri tarafından kolaylaştırılacağını belirtmektedir (Vansteenkiste ve diğerleri, 2020: 28).

Temel psikolojik ihtiyaçlar, hem teorik hem de ampirik olarak ÖBT içinde çok önemli bir rol oynadığından, TPİT'nin ihtiyaçlarını tanımlamak için kullanılan kriterleri dikkate almak önemli olmaktadır (Ryan ve Deci 2017: 618).

4. YÖNTEM

Çalışmanın bu kısmında araştırmanın yöntemine ilişkin hususlara yer verilmiştir. Bu kapsamda araştırmanın türü ve problemi açıklanmış, evren ve örneklem hakkında bilgi sunulmuş, çalışmanın amacı belirtilmiş, veri toplama aracının hazırlanma süreci açıklanmış, araştırmanın nasıl uygulandığı anlatılarak araştırmanın modeli, hipotezleri, verilerin analizi hakkında bilgiler verilmiştir.

4.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı salgın hastalıklarda hasta güçlendirme öncüllerinin ve sonuçlarının Covid-19 geçiren hastaların tedaviye uyumları üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır.

Bu araştırmada genel amacımız kapsamında ilk olarak, hasta güçlendirme (HG) öncüllerinin (hastaların sağlık katılımı, öz yeterliği ve hekim otoritesinin kabulü), hasta güçlendirme (bu da üç boyutta tanımlanmıştır: bilgi arama, bilgi geliştirme ve karara katılım) üzerindeki etkisi araştırılmış ve hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde aşı ve hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici etkisi incelenmiştir.

İkinci olarak, HG öncülleri ve hasta güçlendirme çıktılarının hastaların tedavi uyumunu etkilemedeki önemi belirlenmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda, hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hasta güçlendirmenin aracılık rolüne bakılmıştır. Tedaviye uyum konusunda HG'nin rolü belirlenerek Covid-19 hastalarının önerilen tedavilere uyumunu en üst düzeye çıkarma konusunda sağlık hizmeti paydaşlarına yönelik öneriler geliştirilmiştir.

Çalışmamızda temel amacın yanında ulaşmaya çalıştığımız bir diğer alt amacımız ise, hasta güçlendirmenin salgın hastalıklardaki önemine ilişkin bilgiler vermek ve bu hastalıkla nasıl başa çıkılacağına dair pratik öneriler sunmaktır. Bu nedenle hasta güçlendirme ve öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma ve aşı sayısının düzenleyici etkisi araştırılmıştır.

4.2. Araştırmanın Önemi

Dünyanın dört bir yanında sağlık politikalarını belirleyen otoriteler, maliyet sınırlama baskıları karşısında sağlık hizmetlerinin sürekli artan taleplerini karşılayacak şekilde

nasıl finanse edileceği ve sunulacağı sorunuyla boğuşmaktadır. Buradaki en büyük zorluklardan biri, uygun hizmet karışımını (tahsis etkinliği) sağlayan, eşitlik ve erişim hedeflerini karşılayan en düşük maliyetle (teknik etkinlik) sağlık hizmeti sunumunu teşvik edecek sağlık finansmanı ve dağıtım düzenlemeleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta güçlendirmenin temel öneminin farkına varılmadan yalnızca arz tarafı konularına odaklanmak, sağlık kaynaklarının dağıtımına etkili bir çözümü teşvik etmekte başarısız olmaktadır (Segal, 1998: 31). Hasta güçlendirmeyle hastalar kendi hastalıklarıyla başa çıkmada daha aktif bir rol üstlenmektedir. Bunun neticesinde de hastalar, daha az sağlık kuruluşuna gitme gereksinimi duyarak sağlık hizmeti talebinde düşüş meydana getirmektedir. Bu bakımdan Hasta güçlendirme sonucunda elde edilen kazanımlardan dolayı günümüz sağlık ekonomisi koşullarında önem kazanmaktadır.

Salgın veya kronik hastalıkları olan hastalar için genellikle yaşam tarzı veya davranış değişiklikleri yanında karmaşık tıbbi rejimler de gereklidir. Bu hastalar, sağlık sistemine rahatsızlığı olmayan bireylere göre üç kat daha pahalıya mal olmaktadır (Nodhturft ve diğerleri, 2000: 515). Salgın veya kronik rahatsızlığı olan hastalar tıbbi destek için düzenli olarak doktorlarıyla iletişime geçmelerinin yanı sıra beslenme rejimi ihtiyaçları, egzersiz programları ve ilaç alma gibi kişisel bakımla ilgili de günlük kararlar almaktadırlar. Güçlendirilmiş hastaların, edindikleri öz yönetim sayesinde hastaneye yatışları, acil servis ziyaretleri, doktora planlanmamış ziyaretleri, iş veya okul tatil günleri, sağlık bakım masrafları ve morbidite oranları azalmaktadır (Hennessy-Harstad, 1999: 276). Ayrıca hastaların hasta güçlendirmeyle birlikte tedaviye uyumları artarak, tedavileri üzerindeki etkinlikleri yükselmektedir (Prigge, Dietz, Homburg, Hoyer ve Burton, 2015: 375). Hasta güçlendirmenin başlıca itici güçlerini ve sonuçlarını anlamak, yalnızca hastaların tedavi uyumlarını artırarak tedavilerin etkinliğini artırmaya yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda ilaç şirketlerinden alınan ilaçların başarısını da önemli ölçüde artırmakta (Stremersch ve Van Dyck, 2009: 25; Wosinska, 2005: 326) ve sigorta şirketlerinin yanı sıra kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri sistemlerinin, tedaviye uyumsuzluktan kaynaklanan maliyetleri ve sonraki kaçınılabilir sekellerin (doku bozukluğu) tedavisini azaltmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir (Veitch, 2010: 320).

Hasta güçlendirmenin faydaları, hastaların maruz kaldığı hastalığın türüne göre büyük oranda değişmektedir (Stremersch, 2008: 231). Özellikle de salgın hastalıklar uzun bir

süre devam ettiğinden, hastaların, özellikle akut hastalıklara (nispeten hızlı tedavi edilebilen hastalıklar) kıyasla hastalıklarıyla daha yoğun bir şekilde meşgul olmalarına yol açmaktadır (Prigge ve diğerleri, 2015: 376). Bu nedenle, HG'nin salgın hastalık türlerinde etkisinin daha iyi anlaşılması, sağlık hizmeti çevrelerinin HG'yi daha etkili ve özellikli olarak yönetmesine yardımcı olacağı ve böylece onun potansiyel faydalarını artıracağı beklenilmektedir.

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Orta Karadeniz Bölgesinde yer alan dört ilde (Amasya, Samsun, Tokat ve Çorum) Covid-19 geçiren/geçirmekte olan 18 ve üzeri yaştaki kişilerden oluşmaktadır. Pandeminin başlangıcından beri vaka sayılarındaki yüksek seyir nedeniyle bu iller seçilmiştir.

Araştırma verilerinin toplandığı dönemde Amasya, Samsun, Çorum ve Tokat illerinde yaşayan Covid-19 geçirmiş kişi sayılarıyla ilgili o illerdeki hastane yöneticilerinden (İl Sağlık Müdürlüğü) bilgi alınmıştır. Araştırma verilerinin toplandığı tarihlerde Karadeniz bölgesinde yer alan dört ilde toplam yaklaşık 752 bin hastanın (Amasya 82 bin hasta, Samsun 405 bin hasta, Çorum 136 bin hasta ve Tokat 129 bin hasta) Covid-19 geçirdiği belirlenmiştir. Ancak bu hastaların tamamı 18 ve üzeri yaştaki kişilerden oluşmamaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Karadeniz bölgesinde yer alan söz konusu bu illerde Covid-19 geçiren hasta sayısının her geçen gün daha da arttığı saptanmıştır.

Bu çalışmada analiz yöntemi olarak, yapısal eşitlik modeli (YEM) kullanılacak olması ve sosyal medya (instagram, facebook, whatsapp) üzerinden gönüllülük esasına dayanılarak verilerin toplanması örneklem büyüklüğünü etkilemektedir. Doğan'ın (2015) "Farklı veri yapısı ve örneklem büyüklüklerinde yapısal eşitlik modellerinin geçerliliği ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi" konulu doktora tezinde, Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi) GFI, Adjusted Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi) AGFI, Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi) NFI, Root Mean Square Residuals (Hata Kareler Ortalamasının Karekökü) RMR uyum ölçütlerinin örneklem büyüklüğünden etkilendiği, Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi) CFI uyum ölçütünün örneklem büyüklüğüne az duyarlı olduğu, Non-Normed Fit Index/Tucker-Lewis Index (Normlaştırılmamış

Uyum İndeksi) NNFI, Incremental Fit Index (Artan Uyum İndeksi) IFI, Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü) RMSEA uyum ölçütlerinin ise örneklem büyüklüğünden etkilenmediği gözlemlenmiştir. Ayrıca GFI, AGFI, CFI, NFI, RMR, NNFI-TLI, IFI, RMSEA uyum ölçütlerinin 150 birim ve üzeri örneklem büyüklüğünde, kurulan modele özgü kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda 150 birim ve üzeri örneklem büyüklüğünün ideal uyum sınırları içerisinde değerler aldığı tespit edilmiştir. Bazı çalışmalarda (Anderson ve Gerbing 1984: 168; Boomsma, 1982: 170; Ding, Velicer ve Harlow, 1995: 141; Guadagnoli ve Velicer, 1988: 272; Velicer, Peacock ve Jackson, 1982: 384) ise örneklem büyüklüğü olarak (N) 50, 100, 200 ve 500 birimden oluşan dört düzey seçilmiştir. Bu düzeylerin örneklem boyutlarının kabul edilebilirlik seviyeleri 50 çok zayıf, 100 orta, 200 iyi ve 500 mükemmel olarak belirtilmiştir. Örneklem sayısı, anakütlenin bilinmediği durumlarda ±0,5 örnekleme hatası ile p=0,05, q=0,05 ve α=0,05 değerleri kabul edilerek; n=384 birim olarak belirlenmiştir (Baş, 2006: 47). Ayrıca örneklemin evreni temsil edebilecek güçte olmasının, örneklemin küçük ya da büyük olmasından daha önemli olduğu vurgulanmıştır (Baştürk ve Taştepe, 2013: 152). Araştırma kapsamında 631 anket uygulanmış 77 anket formunun hatalı ve eksik veriler içermesi nedeniyle analizler 554 anket formu üzerinden gerçekleştirilmiştir. Araştırmada Amasya ilinden 206 kişiye (%37,2), Samsun ilinden 134 kişiye (%24,2), Çorum ilinden 113 kişiye (%20,4) ve Tokat ilinden 101 kişiye (%18,2) ulaşılmıştır.

4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma Amasya, Samsun, Çorum ve Tokat illerinde yaşayan Covid-19 geçiren/geçirmekte olan 18 ve yukarı yaştaki kişiler ile sınırlı tutulmuştur. Çalışma uygulaması Haziran-Eylül 2022 tarihleri ile sınırlandırılmıştır. Çalışma, ankette yer alan sorular ve belirlenen hipotezler ile sınırlıdır. Ayrıca, bu araştırmanın bir pandemi döneminde yapılması da sınırlılık olarak kabul edilebilir. Pandemi döneminde bireylerin gösterdikleri davranışlar ya da Covid-19 hastalığı korkusu yaşarken verilen cevaplar farklılık gösterebilir. Araştırmada sınırlı örnekleme ulaşıldığı için, araştırma sonuçlarının evrene genellenmemesi bir diğer sınırlılık olarak ifade edilebilir.

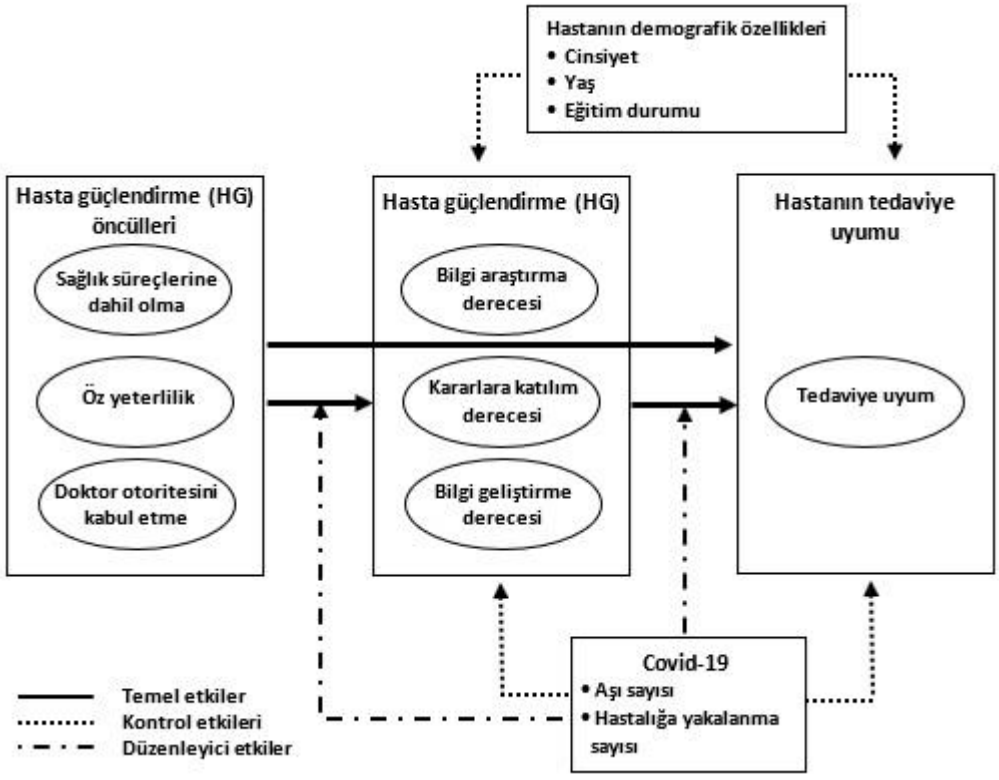
4.5. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Öz Belirleme Teorisi, bireylerin zorlayıcı durumları yönetme konusunda özerklik ve yeterlilik göstermek için içsel ihtiyaçlar geliştirdiğini varsaymaktadır (Deci ve Ryan, 2000: 230). Bu nedenle hastaların kronik veya salgın bir hastalıktan muzdarip olduklarında kendi hastalıklarıyla savaşmayı amaçlayan tedavilere ilişkin özerklik ve yeterlilik için içsel ihtiyaçlar geliştirebileceği ve bu ihtiyaçları karşılamak için bunlara karşılık gelen davranışlarda bulunabileceği düşünülmektedir. Bu davranışları HG olarak adlandırmaktadır. Daha özel bir ifadeyle HG, hastaların özerklik ve yeterlilik için bireysel ihtiyaçlarına dayalı olarak, kendi hastalıklarıyla aktif olarak ilgilenme amacıyla üstlenilen, kendileri tarafından belirlenmiş bir dizi davranış olarak tanımlanmaktadır (Prigge ve diğerleri, 2015: 376). Ouschan ve diğerleri (2000) ve Prigge ve diğerleri (2015) benzer şekilde, HG'nin üç boyuttan oluştuğunu önermektedir. Bunlar; bilgi arama, bilgisel gelişim (her ikisi de yeterlilik ihtiyacını ele almaktadır) ve önerilen tedavilerle ilgili olarak hastaların kararlara katılımıdır (özerklik ihtiyacını da göz önünde bulundurarak). Bilgi arama, hastaların sistematik ve aktif olarak hastalık ve tedaviyle ilgili bilgileri çeşitli bilgi kaynaklarından toplama derecesidir (örn.: kendi başlarına yardım arayan gruplarla kişisel toplantılar, kitaplar, internet, broşürler) (Johnson, 2011: 266). Bilgisel gelişim, hekime ayak uydurmak için hastalıkla ilgili daha ileri seviye bilgi sahibi olmak amacıyla, hastaların hastalıkları hakkında edindikleri bilgileri aktif ve kolay bir şekilde organize etme ve bunları daha iyi anlamaya çalışma derecesidir (Funnell ve diğerleri, 1991: 38). Hastaların kararlara katılımı ise hastaların bir tedavi stratejisi geliştirmek ve tedavi kararlarını vermek için hekimle aktif olarak çalışma derecesidir (Camacho ve diğerleri, 2014: 296).

Deci ve Ryan'a göre (1985) Öz Belirleme Teorisi'nin temel dayanaklarından hareketle, HG'nin hastaların sağlıklarına, kendilerine ve doktorlarına ilişkin algıları ile ilgili üç ana öncülden kaynaklandığı varsayılmaktadır: sağlık sürecine katılım, öz-yeterlik ve hekim otoritesinin kabulü. Sağlık süreçlerine katılım, hastaların genel olarak sağlıklarına ve bu sağlığı koruma eylemlerine atfettiği önemi belirtmektedir (Zaichkowsky, 1985: 344). Öz-yeterlik, hastaların belirli bir görevde iyi performans gösterme yeteneklerine ve etkililiğine ilişkin tahminlerini ifade etmektedir (Bandura, 1989: 729). Son olarak hekim otoritesinin kabulü ise, hastaların bir hekimi saygın bir kişi olarak görme ve hekimin statüsünden ötürü onun söylediklerini doğru kabul etme

dereceleridir (Rigby, 1986: 495). Her ne kadar hastaların hekim otoritesini kabulünün onların yeterlilik ve özerklik ihtiyaçlarını azaltarak HG'yi düşürmesi beklenti dahilinde olsa da sağlık süreçlerine katılımın ve öz yeterliliğin bu ihtiyaçları artırarak HG'yi geliştireceği düşünülmektedir.

Bireyler genellikle önceki ve mevcut eylemlerini benzeştirme eğiliminde olduklarından (Bem ve Allen, 1974: 506), güçlendirilmiş hastaların önceki HG davranışlarıyla tutarlı olan sonraki davranışlar gösterdiği varsayılmaktadır. Bu sonraki davranışa, hastanın kendi hastalığına yönelik tedavi tavsiyelerine ve reçetelere ne ölçüde bağlı olduğunu yansıtan tedavi uyumu adı verilmiştir (Hausman, 2004: 404). Üç HG boyutunun da tedavi uyumluluğunu artırması umulmaktadır. Hastaların özel doğasını ve salgın hastalıklarını hesaba katabilmek için modelimize hasta demografisine (yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi) ve Covid-19'a atıfta bulunan değişkenler (aşı sayısı ve hastalığa yakalanma sayısı) ekledik. Araştırma modelimizin gösterimi aşağıdaki gibidir:



Şekil 4.1. Hasta Güçlendirme Modeli

Kötü sağlık, hastaların daha özerk davranmalarına ve sağlıklarını korumak için hastalıkla ilgili yetkinliklerini geliştirmelerine neden olmaktadır (Mittal, 1989: 168; Rifon, Mavis ve Tucker, 1992: 680). Sağlıklarına verdikleri önem, onları "ilgili bilgileri aramak, işlemek ve tıbbi kararlara katılma konusunda daha yetkin hale gelmek için aktif ve müdahil bir tavır" almaya motive etmektedir (Singh, Cuttler ve Silvers, 2004: 1061).

Bununla bağlantılı olarak, tüketici bağlamında yapılan bazı araştırmalar (Chaudhuri, 2000: 2; Zaichkowsky, 1985: 341), bir ürün kategorisine aşırı ilgili olan bireylerin, söz konusu bilgiler konusuna yoğun şekilde arama yaptıklarını ve dolayısıyla bu kategoriye ilişkin yeterlilik gereksinimlerini tatmin ettiklerini göstermektedir. Sağlıkla ilgili tedbirler bağlamında, , sağlıkları konusunda son derece endişeli olan bireylerin, sağlıklarını nasıl sürdürecekleri (örneğin, iyi bir diyetin nasıl sürdürüleceği veya stresin nasıl azaltılacağı) hakkında daha fazla bilgi toplayabileceklerini göstermektedir (Moorman ve Matulich, 1993: 208). Bu bulguları salgın hastalıklar bağlamına aktardığımızda, sağlıkları ile yüksek oranda ilgili olan salgın hastalığa yakalanmış kişilerin, hastalıklarıyla savaşmak için yoğun bir şekilde bilgi araştırması yapabileceklerini varsayıyoruz. Genel olarak, ÖBT ve önceki tüketici araştırmalarına uygun olarak, aşağıdaki hipotezleri öne sürüyoruz:

H1: Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerinde etkisi vardır.

H2: Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerinde etkisi vardır.

Öz Belirleme Teorisi, hastaların belirli bir görevi (sağlıklarını iyileştirme gibi) başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine ne kadar çok inanırlarsa, bu görevi özerk ve yetkin bir şekilde yerine getirme arzusunun o kadar büyük olduğunu öne sürmektedir. Sonuç olarak bireyler, yoğun bir şekilde kendi belirledikleri davranışlar sergileyerek bu görevi daha büyük ölçüde yerine getirebilirler (Ozer ve Bandura, 1990: 472).

Kurumsal araştırmalar, öz yeterliliğe sahip insanların son derece görev odaklı olduklarını ve dolayısıyla hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olacak bilgileri aramaya daha motive olduklarını göstermektedir (Jones, 1983: 464). Bu etki, çevrimiçi arama davranışı bağlamında da gösterilmiştir (Kuo, Chu, Hsu ve Hsieh, 2004: 331). Bu bulgular ve ÖBT ile uyumlu olarak, öz yeterliliği yüksek hastaların, ilgili yeterliliğe olan artan gereksinimlerini karşılamak için salgın hastalıkları hakkında bilgi araştırmasına katılma olasılıklarının daha yüksek olduğunu varsayıyoruz.

Dahası, görev ifa etme yeteneklerine güçlü bir şekilde inanan bireyler, özellikle mevcut bilgileri düzenleyebilir, işleyebilir ve ÖBT ile uyumlu olarak, ilgi duydukları konularda daha yetkin olmak istemektedirler (Bandura, 1989: 729). Bu ihtiyaca cevap vermek için, öz yeterliliği iyi olan hastalar, salgın hastalıkları hakkında bilgi geliştirmeye daha fazla eğilimlidirler.

Ayrıca, "bireylerin yeterlik konusundaki inançları karmaşık karar vermeyi kolaylaştıran veya bozan çeşitli psikolojik etkilere sahip olduğu için", yüksek düzeyde öz-yeterlik sahibi kişiler, özerklik gereksinimlerini karşılamak için karar verme sürecine daha güçlü bir şekilde katılmak isteyebilirler (Deci ve Ryan, 2000: 227). Örneğin, öz yeterliliği yüksek olan yöneticiler, krizler sırasında daha aktif bir şekilde karar verme sürecine girme eğilimindedir (Hadley, Pittinsky, Sommer ve Zhu, 2011: 633). Böylece hastaların öz yeterlikleri bilgi arama, bilgi gelişimi ve kararlara katılımlarını olumlu yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

H3: Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerinde etkisi vardır.

H4: Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hasta güçlendirmenin aracılık rolü vardır.

Teori, HG açısından özerklik ve yeterlilik ihtiyaçlarını kendi niyetleri ile gösterdikleri davranışlarla karşılayan hastaların, önceki eylemleriyle tutarlı olarak algıladıkları sonraki davranışlarda bulunabileceğini öne sürmektedir (Bem ve Allen, 1974: 506). Özellikle çalışmalar, hastaların iyi beslenme bilgisi ile faydalı beslenme alışkanlıkları (Boeckner, Kohn ve Rockwell, 1990: 260) arasında ve kendi kendine meme muayenesi tekniklerinin anlaşılması ile kendi kendine meme muayenelerinin sıklığı (Fletcher, Morgan, O'Malley, Earp ve Degnan, 1989: 207) arasında olumlu bağlantılar rapor etmektedir. Benzer şekilde başka çalışmalar da (Dellande, Gilly ve Graham, 2004: 78; Moorman ve Matulich, 1993: 208), önerilen bir tedavinin arkasındaki önemi ve mantığı anlayan hastaların bu tedaviyi takip etmeye daha istekli olduklarını bulmuştur. Bu nedenle, bilgi arama veya bilgi geliştirme gibi hastalıkla ilgili anlayışı geliştirmeye yönelik davranışlar, hastaların önerilen tedaviye uyma istekliliğini artırabilir.

Tedavilerle ilgili kararlara katılmanın sağladığı faydalar literatürde tartışmalara neden olmuştur. Bazı araştırmacılar karar katılımının tedavi uyumluluğunu bozduğuna inanırken (Camacho ve diğerleri, 2014: 293), bazıları da bunun hastaların tedavi uyumunu artırdığını varsaymaktadır (Broadstock ve Michie, 2000: 191; Lenert, 2009:

159). İkinci görüşle tutarlı olarak, tüketici araştırması, bireylerin tedavileri konusunda ortak karar vermeye daha fazla değer verdiğini (Deshpande, Menon, Perri ve Zinkhan, 2004: 499) ve ayrıca sağlıklarına fayda sağlamak için tutarlı bir şekilde davranmaya çalıştıklarını göstermiştir (Menon, Deshpande, George ve Perri, 2004: 91). Ek olarak, öz yönlendirmeli bir şekilde hareket eden bireyler, yönergelere uyma konusunda daha güçlü bir isteklilik göstermektedir (Senécal, Nouwen ve White, 2000: 452; Williams ve diğerleri, 1998: 269). Bu nedenle, bu bulgular ve ÖBT ile uyumlu olarak, hastaların tedavilerine karar verme sürecine katılımı da tedaviye uyma eğiliminin artmasına neden olabilir.

Yüksek seviyede odaklanmış tüketiciler, çoğu zaman, bilişsel olarak zorlayıcı bilgileri işlemelerine ve böylece ilgi alanlarında bir uzman haline gelmelerine olanak tanıyan dahili yapılar ve yetenekler geliştirmektedirler (Alba ve Hutchinson, 1987: 411). Buna paralel olarak Singh ve ark. (2004), yeni ortaya çıkan tedaviler veya aşı gibi koruyucu uygulamalara (örneğin, genetik teknolojiye dayalı tedaviler, yeni aşı geliştirilmesi) yoğun şekilde dahil olan kişilerin bu uygulamalar hakkındaki bilgilerini artırmaya özellikle istekli olduklarını öne sürmektedir. Bu nedenle, daha önce salgın hastalık geçirmiş ve sağlıklarına yüksek oranda dahil olan hastaların, salgın hastalıkları hakkında bilgi geliştirmeye güçlü bir şekilde katıldıklarını varsayıyoruz.

Bazı araştırmalar, yüksek oranda ilgili olan tüketicilerin, özellikle tüketici ortaklı tasarım-üretim bağlamında, ürün tasarımı ve geliştirme kararlarına katılmaya daha istekli olduğunu göstermektedir (Atakan, Bagozzi ve Yoon, 2014: 395; Etgar, 2008: 97). Katılım eğilimi, sağlıkları üzerinde özerk davranma gereksinimlerini karşılamak için aşı gibi önleyici uygulamalar ve tıbbi tedavileri hakkında giderek daha fazla karar veren hastalar açısından da tıbbi bağlamda ortaya çıkmıştır (Guadagnoli ve Ward, 1998: 329). Genel itibariyle, aşağıdaki hipotezleri öne sürmekteyiz:

H5: Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi vardır.

H6: Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici etkisi vardır.

H7: Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi vardır.

H8: Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici etkisi vardır.

H9: Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi vardır.

4.6. Araştırmanın Varsayımları

Çalışmanın ulaştığı örneklemin, çalışma evrenini temsil ettiği, çalışmaya katılanların ölçekte yer alan araştırma sorularına samimi ve içten bir şekilde yanıt verdikleri kabul edilmiştir. Ayrıca araştırma örneklemini seçtiğimiz Karadeniz bölgesinde yer alan ve evreni oluşturan illerin, araştırmanın yapıldığı zaman diliminde Covid-19 salgınının en yüksek seyrettiği iller olduğu tespit edilmiş ve çalışmayı gerçekçi bir biçimde yansıtacağı varsayılmıştır.

4.7. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Çalışmada veriler birincil elden anket yöntemi ile toplanmıştır. Anketler, Covid-19 pandemi dönemi içinde yüz yüze görüşme şeklinde veri toplamanın zor olacağı düşünülerek çevrimiçi anket (WhatsApp, instagram, facebook) şeklinde uygulanmıştır.

Çalışmada kullandığımız ölçeklerin tamamı içerik geçerliliğinin yükseltilmesi için literatürde daha önce geliştirilmiş ölçeklerden alınmıştır (Cengiz ve Özkara, 2016: 34). Ölçekler içerisinde geçen ifadeler önce bir çevirmen ve pazarlama akademisyeni tarafınca Türkçeye çevrilmiş daha sonra farklı bir çevirmen tarafınca yeniden İngilizceye çevrilmek suretiyle kaynak ölçeklerle olan uyumluluğu incelenmiştir. Hasta Güçlendirme bağlamında bilgi araştırması Alba ve Hutchinson (1987) ve Moorman'dan (1990) uyarlanan dört maddeyle ölçülmüştür. Bilgi gelişimini ölçmek için kullanılan üç öğe Flynn ve Goldsmith'in (1999), karar katılımını değerlendirmek için kullanılan üç madde ise Hausman'ın (2004) çalışmasını temel almaktadır. Hasta Güçlendirme öncüllerinden olan sağlık katılımı Jayanti ve Burns (1998) ve Zaichkowsky'nin (1985), öz yeterlik ise Schwarzer ve Jerusalem'in (1995) ölçek önerilerine dayanmaktadır. Hekim yetkisinin kabulü Prigge ve diğerleri'ne (2015) dayanan üç maddeyle ölçülmüştür. Tedavi uyumunu tespit etmeye yarayan üç öğe Hausman'a (2004) dayanmaktadır. Cinsiyet, yaş ve eğitim durumu kontrol değişkeni

olarak değerlendirilmiş, aşı sayısı ve hastalığa yakalanma sayısı da düzenleyici değişkenler olarak işlevsel hale getirilmiştir.

Anket formu dört grup sorudan oluşmaktadır. Birinci grupta hasta güçlendirme öncüllerine yönelik; sağlık katılımı, öz yeterlik ve hekim yetkisinin kabulü ile ilgili sorular yer almıştır. İkinci grupta, hasta güçlendirmenin alt boyutları olan bilgi arama, bilgi geliştirme ve kararlara katılım düzeylerini ölçmeye yönelik sorular yer almıştır. Üçüncü grupta, hasta güçlendirme sonucuna yönelik tedaviye uyum ile ilgili sorular yer almaktadır. Dördüncü grup ise katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşturulmuştur. Anket formunda katılımcıların, sağlık katılımı, öz yeterlik, hekim yetkisinin kabulü, bilgi arama, bilgi geliştirme, kararlara katılım ve tedaviye uyum ile ilgili ifadelere katılma dereceleri 5'li likert ölçeği (1=Tamamen Katılmıyorum ile 5=Tamamen Katılıyorum) ile ölçülmüştür.

4.8. Verilerin Analizi

Hipotezlerin yapısına uygun olarak çalışma modellerinin analizi farklı paket programlarda gerçekleştirilmiştir. Çalışmada verilerin analizi için SPSS 25, SPSS Amos ve SPSS Process Macro programlarından yararlanılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin uygunluğunu test etmek için faktör analizleri yapılmıştır. Faktör analiziyle ölçeklerin geçerlik güvenirlikleri belirlenmektedir. Çalışmamızda kullandığımızı faktör analizlerinde Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett test sonuçlarına yer verilmiştir. Daha sonra ölçeklerin uyum değerlerine bakılmış ve ölçek alt boyutlarının kendi aralarındaki ilişkileri için korelasyon katsayıları bulunmuştur.

Frekans dağılımlarıyla katılımcıların demografik değişkenleriyle ilişkili tanımlayıcı bulgulara yer verilmiştir. Kullanılan açıklayıcı istatistiklerle standart sapma değerleri ve açıklayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Çalışmada hasta güçlendirme öncülleri ölçeği ile sağlık katılım, öz yeterlilik, hekim yetkisinin kabulü alt boyutları ve maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Hasta güçlendirme ölçeği ile bilgi arama, bilgi geliştirme, kararlara katılım alt boyutları ve maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Benzer şekilde tedaviye uyum ölçeği maddeleri için frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Araştırma değişkenlerinin demografik değişkenler

bakımından incelenmesi amacıyla bağımsız örneklem T-Testinden ve Tek Yönlü Varyans Analizinden (Anova) yararlanılmıştır. Ayrıca farklılıkların kaynağı olan gruplar Tukey testiyle belirlenmiştir.

Çalışmada yer alan değişkenlerin aracılığını ölçmek amacıyla Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) kullanılmış, yol (Path) analiziyle modeller test edilmiş ve uyum indekslerine bakılmıştır. Çalışmada aşı sayısı ve hastalığa yakalanma sayısının değişkenler üzerindeki düzenleyici etkisinin tespit edilmesinde regresyon analizinden yararlanılmış ve modelin anlamlılığı için F testi yapılmıştır. Son olarak düzenleyici değişken olan aşı sayısının farklı düzeyleri için hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi student-t testi ile ayrıca analiz edilmiştir.

5. ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu kısımda salgın hastalıktan (Covid-19) muzdarip kişilerin hasta güçlendirme öncülleri, hasta güçlendirme, tedaviye uyum ve bunlar arasındaki ilişkilere yönelik elde edilen bulgular yer almaktadır.

5.1. Frekans Tabloları

	Değişkenler	Sayı	Yüzde
Covid-19'a Yakalanma Sıklığı	1 kez	456	82,3
	2 kez ve üzeri	98	17,7
Aşı Durumu	1 doz	39	7,0
	2 doz	227	41,0
	3 doz	185	33,4
	4 doz ve üzeri	37	6,7
	Aşı olmadım	66	11,9
Yaş Grubu	18-34 Yaş	311	56,1
	35-49 Yaş	173	31,2
	50 Yaş ve üzeri	70	12,7
Cinsiyet	Kadın	327	59,0
	Erkek	227	41,0
Eğitim Durumu	İlkokul ve Ortaokul	36	6,5
	Lise	99	17,9
	Ön Lisans	168	30,3
	Lisans	50	9,0
	Yüksek Lisans	201	36,3
İkamet şehri	Amasya	206	37,2
	Samsun	134	24,2
	Tokat	101	18,2
	Çorum	113	20,4
Toplam		**554**	**100**

Tablo 5.1. Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımları

Ankete katılan bireylerin frekans dağılımları Tablo 5.1'de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre 1 kez Covid 19'a yakalananların oranı %82,3 ve 2 kez ve üzeri yakalananların oranı %17,7 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %7,0'ının 1 doz, %41,0'ının 2 doz, %33,4'ünün 3 doz, %6,7'sinin 4 doz ve üzeri aşı olduğu ve %11,9'unun ise hiç aşı olmadığı gözlemlenmiştir. Katılımcıların %56,1'inin 18-34 yaş grubunda, %31,2'sinin 35-49 yaş grubunda ve %12,7'sinin 50 yaş ve üzeri grubunda oldukları gözlemlenmiştir. Ulaşılan bulgulara göre kadın katılımcıların oranı %59,0 ve erkek katılımcıların oranı %41,0 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %6,5'inin İlkokul ve Ortaokul, %17,9'unun Lise, %30,3'ünün Ön Lisan, %9,0'ının Lisans ve %36,3'ünün Yüksek Lisans eğitimine sahip oldukları %37,2'sinin Amasya şehrinde, %24,2'sinin Samsun şehrinde, %18,2'sinin Tokat şehrinde ve %20,4'ünün Çorum şehrinde ikamet ettikleri gözlemlenmiştir.

5.2. Ankette Kullanılan Ölçekler İçin Geçerlik Güvenirlik Analizi Bulguları

Geçerlik ve güvenirlik bir araştırmanın bilimsel olarak gücünün ne olduğunu göstermesi bakımından önemli iki analizdir. Şencan'a göre (2005) araştırmada analiz sonuçlarını değerlendirmek geçerlik ve güvenirlik analizleri olmadan doğru değildir.

Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu ve Yıldırım vd. (2007), çalışmada yapılan geçerlik ve güvenirlik analizleriyle amacın şu sorulara cevap aramak olduğunu ifade etmiştir: "Çalışmada yapılan geçerlilik analiziyle, ölçmeyi amaçladığımız şeyi, ölçekte var olan sorularla gerçekten ölçebiliyor muyuz?", "Çalışmada yapılan güvenirlik analiziyle, araştırma aynı yöntem kullanılarak farklı araştırmacılar tarafından yapılırsa benzer ya da aynı sonuçlar elde edilir mi?". Çalışmamızda kullandığımız ölçekler geçerlik ve güvenirlik analizlerine tabi tutularak sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Madde No	F1	F2	F3	Madde Toplam Korelasyonu
ska01		,785		,530
ska02		,798		,611
ska03		,846		,678
ozy04			,780	,503
ozy05			,851	,656
ozy06			,745	,484
hyk07	,787			,566
hyk08	,887			,737
hyk09	,811			,595
				Ölçek
Özdeğer	3,135	1,606	1,411	
Açıklanan Varyans	23,679	22,695	21,985	68,359
CR	,868	,851	,835	
AVE	,688	,656	,629	
Cronbach's Alpha	,785	,761	,719	,752
(KMO: 0,729 ; Bartlett test: Ki-kare: 0,1517,496 p: 0,000)				

Tablo 5.2. Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutları için Açıklayıcı Faktör analizi ve güvenirlik katsayısı bulguları

Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutları için Açıklayıcı Faktör Analizi ve güvenirlik katsayısı bulguları Tablo 5.2'de verilmiştir. Özet olarak, Bartlett testi bir maddeye faktör analizi uygulamanın doğru karar olduğunu ve alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) katsayıları örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu, maddelerin faktör yüklerinin yüksek olması ise tüm maddelerin büyüklük açısından anlamlı olduğunu göstermektedir. KMO değeri, 0 ile 1 arasında bir değer alır. Test sonucunda bulunan değerin 1'e yakın olması mükemmel örneklem büyüklüğünü ifade ederken 0,80-0,89 aralığında olması iyi, 0,70-0,79 aralığında olması orta, 0,60-0,69 aralığında olması kötü, 0,50-0,59 aralığında olması çok kötü ve 0,50'nin altında kalması ise örneklem büyüklüğünün yetersiz olduğunu göstermektedir (Alpar, 2021: 246, 280; Cesur ve Fer, 2007: 60). Özdeğerler ve açıklanan varyans oranı değerleri ayrıca maddelerin üç boyutlu olarak temsil edilmesinin istatistiksel olarak doğru bir karar olduğunu göstermektedir.

Ayrışım ve birleşim geçerliliğini tek ölçüm aracında ölçen bir araç, Açıklanan Ortalama Varyans (AVE) ve Bileşik/Kompozit Güvenilirlik Değeri (CR) kriterleridir. Ölçeklerin ayrışım ve birleşim geçerliği sağlaması için AVE kriteri 0,50'den büyük olmalı, CR kriteri ise 0,70'den büyük olmalıdır (Hair, Black, Babin ve Anderson, 2010: 775). Tablo 5.2'de görüldüğü üzere ölçeğin alt boyutlarının CR ve AVE değerleri istenen değerlerin üzerindedir.

Madde No	**F1**	**F2**	**F3**	**M. T. Kor.**
bia10	,749			,495
bia11	,829			,716
bia12	,813			,720
bia13	,583			,577
big14			,844	,486
big15			,710	,600
big16			,429	,488
kkt17		,814		,673
kkt18		,850		,741
kkt19		,802		,662
				Ölçek
Özdeğer	4,594	1,408	,937	
Açıklanan Varyans	26,493	24,226	18,673	69,392
CR	,835	,862	,711	
AVE	,562	,676	,467	
Cronbach's Alpha	,798	,831	,703	,864
(KMO: 0,870 ; Bartlett test: Ki-kare: 2350,513 , p: 0,000)				

Tablo 5.3. Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutları için Açıklayıcı Faktör analizi ve güvenirlik katsayısı bulguları

Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutları için Açıklayıcı Faktör analizi ve güvenirlik katsayısı bulguları Tablo 5.3'te verilmiştir. Özet olarak, Bartlett testi bir maddeye faktör analizi uygulamanın doğru karar olduğunu ve alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) katsayıları örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu, maddelerin faktör yüklerinin yüksek olması ise tüm maddelerin büyüklük açısından anlamlı olduğunu göstermektedir. Özdeğerler ve açıklanan varyans oranı değerleri ayrıca maddelerin üç boyutlu olarak temsil

edilmesinin istatistiksel olarak doğru bir karar olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda ölçek birleşim ve ayrışım geçerliliğinin sağlanması için gerekli olan CR ve AVE kriterlerinin tabloda görüldüğü gibi istenen değerlerin üzerinde olduğu görülmektedir.

Tedaviye uyum	**Faktör yükleri**	**M. T. Kor.**	**Boyut ile ilgili istatistik ve test bilgileri**	
teu20	,897	,767	Özdeğer	2,440
teu21	,906	,783	Açıklanan varyans (%)	81,348
teu22	,904	,778	Cronbach's Alpha	,883
			CR	,929
			AVE	,814
			KMO	,747
			Bartlett's Test	913,570 (p=0,000)

Tablo 5.4. Tedaviye Uyum Ölçeği maddeleri için Açıklayıcı Faktör analizi ve güvenirlik katsayısı bulguları

Tedaviye Uyum Ölçeği için Açıklayıcı Faktör analizi ve güvenirlik katsayısı bulguları Tablo 5.4'te verilmiştir. Özet olarak, Bartlett testi bir maddeye faktör analizi uygulamanın doğru karar olduğunu ve alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) katsayıları örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu, maddelerin faktör yüklerinin yüksek olması ise tüm maddelerin büyüklük açısından anlamlı olduğunu göstermektedir. Özdeğerler ve açıklanan varyans oranı değerleri ayrıca maddelerin üç boyutlu olarak temsil edilmesinin istatistiksel olarak doğru bir karar olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda ölçek birleşim ve ayrışım geçerliliğinin sağlanması için gerekli olan CR (,929) ve AVE (,814) değerleri Tablo 5.4'te görüldüğü üzere ölçeğin istenilen değerlerin üzerindedir.

5.3. Uyum Değerleri

Aşağıda uyum değerleriyle ilgili istatistikler verilmiştir.

	CMIN/DF	GFI	CFI	RMSEA
Düzey 1	1,149	0,989	0,998	0,016
Düzey 2	1,198	0,989	0,997	0,019
Kabul Edilebilir Uyum	≤5	≥0,90	≥0,90	≤0,080

Tablo 5.5. Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeğinin DFA Model geçerliliğine göre uyum değerleri

Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeğinin DFA Model geçerliliğine göre Düzey 1 ve Düzey 2 uyum değerleri Tablo 5.5'te verilmiştir. GFI ve CFI katsayıları için kabul edilebilir uyum değerinin ≥0,90 ve mükemmel uyum değerinin ≥0,95 olması gerekmektedir (Marsh, Hau, Artelt, Baumert ve Peschar, 2006: 311). RMSEA için kabul edilebilir uyum ≤0,08, mükemmel uyum ≤0,05 olarak kabul edilmektedir (Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008: 53; Byrne ve Campbell, 1999: 555). Elde edilen bulgulara göre her iki düzeyde de yapısal geçerlilik için uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir değerler içerisinde olduğu saptanmıştır.

		Tahmin Değeri	Std. Tahmin Değeri	Standart Sapma (S.S.)	Kritik Değer (C.R.)	P
SagKatlm	ska01	1	0,612			
	ska02	1,725	0,723	0,137	12,562	***
	ska03	1,767	0,850	0,142	12,467	***
Ozyeter	ozy04	1	0,616			
	ozy05	1,177	0,888	0,104	11,27	***
	ozy06	0,941	0,591	0,084	11,218	***
HekYetKab	hyk07	1	0,634			
	hyk08	1,287	0,938	0,094	13,633	***
	hyk09	0,886	0,698	0,064	13,86	***

***p<0.05

Tablo 5.6. Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği, Sağlık Katılımı, Öz Yeterlik, Hekim Yetkisinin Kabulü alt boyutu maddelerinin kendi boyutlarındaki etki katsayıları

Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği, Sağlık Katılımı, Öz Yeterlik ve Hekim Yetkisinin Kabulü alt boyutu maddelerinin kendi boyutlarındaki etki katsayıları tablo 5.6'da verilmiştir. Tablo 5.6'ya bakıldığında, tüm madde etkilerinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Standart tahmin değerleri incelendiğinde Sağlık Katılımı

alt boyutunda en yüksek etkinin "*ska03*" maddesinde, en düşük etkinin ise "*ska01*" maddesinde, Öz Yeterlik alt boyutunda en yüksek etkinin "*ozy05*" maddesinde, en düşük etkinin ise "*ozy06*" maddesinde, Hekim Yetkisinin Kabulü alt boyutunda en yüksek etkinin "*hyk08*" maddesinde, en düşük etkinin ise "*hyk07*" maddesinde olduğu görülmektedir.

	HekYetKab	Ozyeter	SagKatlm
HekYetKab	1	0,297	0,303
Ozyeter		1	0,349
SagKatlm			1

Tablo 5.7. Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği alt boyutlarının kendi aralarındaki ilişkileri için korelasyon katsayıları

Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki ilişkilerin korelasyon katsayıları Tablo 5.7'de gösterilmektedir. Korelasyon katsayılarının tümünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tüm katsayıların pozitif olması, bu değişkenler arasında pozitif (olumlu) bir ilişki olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Yani değişkenlerden biri artarsa diğerlerinin de artması beklenmektedir. Korelasyon katsayılarına göre en yüksek ilişki Ozyeter ile SagKatlm değişkenleri arasında, en düşük ilişki HekYetKab ile Ozyeter değişkenleri arasındadır.

HGOncul	Tahmin Değeri	Std. Tahmin Değeri	S.S.	C.R.	P
Ozyeter	1,806	0,585	0,396	4,565	***
SagKatlm	1	0,597			
HekYetKab	1,803	0,509	0,382	4,723	***

***p<0.05

Tablo 5.8. Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği, alt boyutlarının ölçek üzerindeki etki katsayıları

Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği, alt boyutlarının ölçek üzerindeki etki katsayıları Tablo 5.8'de verilmiştir. Tablo 5.8'e bakıldığında, tüm madde etkilerinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Standart tahmin değerlerini incelendiğinde en yüksek etkinin "*SagKatlm*" maddesinde, en düşük etkinin ise "*HekYetKab*" maddesinde olduğu görülmektedir.

	CMIN/DF	GFI	CFI	RMSEA
Düzey 1	2,978	0,969	0,975	0,06
Düzey 2	1,548	0,986	0,994	0,031
Kabul Edilebilir Uyum	≤5	≥0,90	≥0,90	≤0,080

Tablo 5.9. Hasta Güçlendirme Ölçeğinin DFA Model geçerliliğine göre uyum değerleri

Hasta Güçlendirme Ölçeğinin DFA Model geçerliliğine göre Düzey 1 ve Düzey 2 uyum değerleri Tablo 5.9'da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre her iki düzeyde de yapısal geçerlilik için uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir değerler içerisinde olduğu saptanmıştır.

		Tahmin Değeri	Std. Tahmin Değeri	S.S.	C.R.	P
Bilgi Arama	bia10	1	0,500			
	bia11	2,202	0,783	0,18	12,249	***
	bia12	2,45	0,847	0,22	11,142	***
	bia13	2,427	0,695	0,232	10,444	***
Bilgi Gelist	big14	1	0,437			
	big15	1,393	0,606	0,137	10,172	***
	big16	1,53	0,809	0,161	9,52	***
Karar Katlm	kkt17	1	0,770			
	kkt18	1,177	0,840	0,064	18,472	***
	kkt19	1,097	0,765	0,063	17,301	***

***p<0.05

Tablo 5.10. Hasta Güçlendirme Ölçeği, Bilgi Arama, Bilgi Geliştirme ve Kararlara Katılım alt boyutu maddelerinin kendi boyutlarındaki etki katsayıları

Hasta Güçlendirme Ölçeği, Bilgi Arama alt boyutu maddelerinin kendi boyutlarındaki etki katsayıları Tablo 5.10'da verilmiştir. Tablo 5.10'a bakıldığında, tüm madde etkilerinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Standart tahmin değerleri incelendiğinde bilgi arama ölçeğinde en yüksek etkinin "*bia12*", en düşük etkinin ise "*bia10*" maddesinde, bilgi geliştirme ölçeğinde en yüksek etkinin "*big16*", en düşük etkinin ise "*big14*" maddesinde ve kararlara katılım ölçeğinde en yüksek etkinin "*kkt18*", en düşük etkinin ise "*kkt19*" maddesinde olduğu görülmektedir.

	KararKatlm	BilgiGelist	BilgiArama
KararKatlm	1	0,745	0,511
BilgiGelist		1	0,826
BilgiArama			1

Tablo 5.11. Hasta Güçlendirme Ölçeği alt boyutlarının kendi aralarındaki ilişkileri için korelasyon katsayıları

Hasta Güçlendirme Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki ilişkilerin korelasyon katsayıları Tablo 5.11'de gösterilmektedir. Korelasyon katsayılarının tümünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tüm katsayıların pozitif olması, bu değişkenler arasında pozitif (olumlu) bir ilişki olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Yani değişkenlerden biri artarsa diğerlerinin de artması beklenmektedir. Korelasyon katsayılarına göre en yüksek ilişki BilgiGelist ile BilgiArama değişkenleri arasında, en düşük ilişki KararKatlm ile BilgiArama değişkenleri arasındadır.

HastGuc	Tahmin Değeri	Std. Tahmin Değeri	S.S.	C.R.	P
BilgiArama	1	0,596			
BilgiGelist	2,924	0,971	0,449	6,511	***
KararKatlm	3,065	0,789	0,432	7,095	***

***p<0.05

Tablo 5.12. Hasta Güçlendirme Ölçeği, alt boyutlarının ölçek üzerindeki etki katsayıları

Hasta Güçlendirme Ölçeği, alt boyutlarının ölçek üzerindeki etki katsayıları Tablo 5.12'de verilmiştir. Tablo 5.12'ye bakıldığında, tüm madde etkilerinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Standart tahmin değerlerini incelendiğinde en yüksek etkinin "*BilgiGelist*" maddesinde, en düşük etkinin ise "*BilgiArama*" maddesinde olduğu görülmektedir.

5.4. Ölçek İstatistikleri

Çalışmaya ait Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri aşağıda verilmiştir.

Boyut/Ölçek	Ortalama	S.S.
Sağlık Katılım	4,594	0,478
Öz Yeterlik	4,050	0,633
Hekim Yetkisinin Kabulü	4,226	0,706
Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği	4,290	0,433
Bilgi Arama	4,072	0,665
Bilgi Geliştirme	3,253	0,800
Kararlara Katılım	3,579	0,827
Hasta Güçlendirme Ölçeği	3,678	0,624
Tedavi Uyum Ölçeği	4,329	0,616

Tablo 5.13. Hasta Güçlendirme, Hasta Güçlendirme Öncülleri, Tedaviye Uyum Ölçeği ve alt boyutları için açıklayıcı istatistikler

Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutları için açıklayıcı istatistikler Tablo 5,13'te gösterilmiştir. Ortalamalar göz önüne alındığında en yüksek ortalamanın 4,594 ile "*Sağlık Katılım*" alt boyutunda, en küçük ortalamanın da 4,050 ile "*Öz Yeterlik*" alt boyutunda olduğu görülmektedir.

Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutları için açıklayıcı istatistikler Tablo 5.13'te verilmiştir. Ortalamalara bakıldığında en yüksek ortalamanın 4,072 ile "*Bilgi Arama*" alt boyutunda, en küçük ortalamanın da 3,253 ile "*Bilgi Geliştirme*" alt boyutunda olduğu görülmektedir. Tedaviye Uyum Ölçeğinin ortalaması 4,329 ve standart sapması ise 0,616 olarak tespit edilmiştir.

5.5. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Bakımından İncelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutları Covid 19'a Yakalanma sıklığı değişkeni bakımından incelenmiş olup çıkan sonuçlar aşağıda gösterilmiştir.

	Covid 19 Yakalanma sıklığı	N	Ortalama	S.S.	t	p
Hgo_Ölç_Ort	1 kez	456	4,290	0,432	0,051	0,959
	2 kez ve üzeri	98	4,288	0,439		
Hgo_Saka_Ort	1 kez	456	4,602	0,470	0,758	0,449
	2 kez ve üzeri	98	4,561	0,515		
Hgo_Ozye_Ort	1 kez	456	4,053	0,637	0,274	0,784
	2 kez ve üzeri	98	4,034	0,616		
Hgo_Hyk_Ort	1 kez	456	4,216	0,717	-0,666	0,506
	2 kez ve üzeri	98	4,269	0,650		

p<0,05

Tablo 5.14. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Covid 19'a Yakalanma sıklığı değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarında Covid 19'a Yakalanma sıklığı değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarında Covid 19'a Yakalanma Sıklığı değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

	Cinsiyet	N	Ortalama	S.S.	t	p
Hgo_Ölç_Ort	Kadın	327	4,283	0,447	-0,476	0,634
	Erkek	227	4,301	0,413		
Hgo_Saka_Ort	Kadın	327	4,585	0,477	-0,552	0,581
	Erkek	227	4,608	0,481		
Hgo_Ozye_Ort	Kadın	327	4,019	0,643	-1,365	0,173
	Erkek	227	4,094	0,618		
Hgo_Hyk_Ort	Kadın	327	4,244	0,682	0,720	0,472
	Erkek	227	4,200	0,739		

p<0,05

Tablo 5.15. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarında Cinsiyet değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı t testi ile incelenmiş olup Tablo 5.15'te gösterilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta

Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarında Cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

	Aşı Durumu	N	Ortalama	S.S.	F	P	Farklılığın Kaynağı
Hgo_Ölç_Ort	1 doz	39	4,350	0,409	2,578	0,037	2 doz aşı olanlar ile olmayanlar; 3 doz aşı olanlar ile olmayanlar
	2 doz	227	4,315	0,428			
	3 doz	185	4,309	0,451			
	4 doz ve üzeri	37	4,246	0,373			
	Aşı olmadım	66	4,140	0,422			
	Toplam	554	4,290	0,433			
Hgo_Saka Ort	1 doz	39	4,701	0,396	1,402	0,232	
	2 doz	227	4,608	0,449			
	3 doz	185	4,604	0,492			
	4 doz ve üzeri	37	4,523	0,488			
	Aşı olmadım	66	4,500	0,562			
	Toplam	554	4,594	0,478			
Hgo_Ozye Ort	1 doz	39	4,154	0,653	0,942	0,439	
	2 doz	227	4,065	0,636			
	3 doz	185	4,047	0,628			
	4 doz ve üzeri	37	3,883	0,721			
	Aşı olmadım	66	4,040	0,574			
	Toplam	554	4,050	0,633			
Hgo_Hyk Ort	1 doz	39	4,197	0,610	4,838	0,001	2 doz aşı olanlar ile olmayanlar; 3 doz aşı olanlar ile olmayanlar; 4 doz aşı olanlar ile olmayanlar
	2 doz	227	4,272	0,667			
	3 doz	185	4,277	0,692			
	4 doz ve üzeri	37	4,333	0,503			
	Aşı olmadım	66	3,879	0,911			
	Toplam	554	4,226	0,706			

$p<0,05$

Tablo 5.16. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Aşı Durumu değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Aşı Durumu değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 5.16'da gösterilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarında Aşı Durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farklılığın olduğu gruplar TUKEY testi ile belirlenmiş olup ilgili ölçeğin karşı tarafına yazılarak gösterilmiştir.

	Yaş Grubu	**N**	**Ortalama**	**S.S.**	**F**	**P**
Hgo_Ölç_Ort	18-34 Yaş	311	4,296	0,433	0,413	0,662
	35-49 Yaş	173	4,297	0,424		
	50 Yaş ve üzeri	70	4,246	0,457		
	Toplam	554	4,290	0,433		
Hgo_Saka_Ort	18-34 Yaş	311	4,576	0,467	1,501	0,224
	35-49 Yaş	173	4,645	0,478		
	50 Yaş ve üzeri	70	4,552	0,520		
	Toplam	554	4,594	0,478		
Hgo_Ozye_Ort	18-34 Yaş	311	4,064	0,595	0,189	0,827
	35-49 Yaş	173	4,035	0,717		
	50 Yaş ve üzeri	70	4,024	0,582		
	Toplam	554	4,050	0,633		
Hgo_Hyk_Ort	18-34 Yaş	311	4,249	0,697	0,492	0,611
	35-49 Yaş	173	4,210	0,709		
	50 Yaş ve üzeri	70	4,162	0,742		
	Toplam	554	4,226	0,706		

$p<0,05$

Tablo 5.17. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Yaş Grubu değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Yaş Grubu değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı ANOVA testiyle incelenmiş, elde edilen bulgular Tablo 5.17'de verilmiştir. Elimizdeki bulgulara göre ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarında Yaş Grubu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	S.S.	F	P	Farklılığın Kaynağı
Hgo_Ölç Ort	İlkokul ve Ortaokul	36	4,414	0,408	3,336	0,010	İlkokul ve Ortaokul ile Lisans
	Lise	99	4,343	0,421			
	Ön Lisans	168	4,325	0,430			
	Lisans	50	4,142	0,424			
	Yüksek Lisans	201	4,249	0,438			
	Toplam	554	4,290	0,433			
Hgo_Saka Ort	İlkokul ve Ortaokul	36	4,694	0,385	1,167	0,324	
	Lise	99	4,599	0,423			
	Ön Lisans	168	4,587	0,472			
	Lisans	50	4,480	0,453			
	Yüksek Lisans	201	4,609	0,526			
	Toplam	554	4,594	0,478			
Hgo_Ozye Ort	İlkokul ve Ortaokul	36	4,148	0,669	1,708	0,147	
	Lise	99	4,098	0,621			
	Ön Lisans	168	4,101	0,623			
	Lisans	50	3,887	0,645			
	Yüksek Lisans	201	4,007	0,633			
	Toplam	554	4,050	0,633			
Hgo_Hyk Ort	İlkokul ve Ortaokul	36	4,398	0,579	3,022	0,018	Lise ile Yüksek Lisans
	Lise	99	4,333	0,692			
	Ön Lisans	168	4,286	0,640			
	Lisans	50	4,060	0,638			
	Yüksek Lisans	201	4,133	0,783			
	Toplam	554	4,226	0,706			

$p<0,05$

Tablo 5.18. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Eğitim Durumu değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının Eğitim Durumu değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı ANOVA testiyle

incelenerek elde edilen bulgular Tablo 5.18'de gösterilmiştir. Elde edilen bulgular neticesinde ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarında Eğitim Durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın olduğu gruplar TUKEY testi ile belirlenmiş olup ilgili ölçeğin karşı tarafına yazılarak gösterilmiştir.

	İkamet Şehri	**N**	**Ortalama**	**S.S.**	**F**	**P**
Hgo_Ölç_Ort	Amasya	206	4,270	0,448	0,771	0,510
	Samsun	134	4,269	0,443		
	Tokat	101	4,304	0,416		
	Çorum	113	4,339	0,408		
	Toplam	554	4,290	0,433		
Hgo_Saka_Ort	Amasya	206	4,600	0,530	0,218	0,884
	Samsun	134	4,609	0,428		
	Tokat	101	4,561	0,432		
	Çorum	113	4,596	0,479		
	Toplam	554	4,594	0,478		
Hgo_Ozye_Ort	Amasya	206	4,034	0,658	1,284	0,279
	Samsun	134	3,978	0,684		
	Tokat	101	4,112	0,570		
	Çorum	113	4,109	0,571		
	Toplam	554	4,050	0,633		
Hgo_Hyk_Ort	Amasya	206	4,176	0,741	0,921	0,430
	Samsun	134	4,219	0,653		
	Tokat	101	4,238	0,738		
	Çorum	113	4,313	0,670		
	Toplam	554	4,226	0,706		

$p<0,05$

Tablo 5.19. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının İkamet Şehri değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarının İkamet Şehri değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 5.19'da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre

ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Öncülleri Ölçeği ve alt boyutlarında İkamet Şehri değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

	Covid 19 Yakalanma sıklığı	**N**	**Ortalama**	**S.S.**	**t**	**p**
Hagu_Ölç_Ort	1 kez	456	3,680	0,615	0,174	0,862
	2 kez ve üzeri	98	3,668	0,669		
Hagu_Bia_Ort	1 kez	456	4,079	0,656	0,556	0,578
	2 kez ve üzeri	98	4,038	0,707		
Hagu_Bige_Ort	1 kez	456	3,252	0,793	-0,033	0,974
	2 kez ve üzeri	98	3,255	0,833		
Hagu_Kaka_Ort	1 kez	456	3,577	0,822	-0,127	0,899
	2 kez ve üzeri	98	3,588	0,856		

p<0,05

Tablo 5.20. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Covid 19'a Yakalanma sıklığı değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarında Covid 19'a Yakalanma sıklığı değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarında Covid 19'a Yakalanma sıklığı değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

	Cinsiyet	**N**	**Ortalama**	**S.S.**	**t**	**p**
Hagu_Ölç_Ort	Kadın	327	3,684	0,608	0,274	0,784
	Erkek	227	3,670	0,648		
Hagu_Bia_Ort	Kadın	327	4,082	0,647	0,407	0,684
	Erkek	227	4,058	0,692		
Hagu_Bige_Ort	Kadın	327	3,233	0,799	-0,681	0,496
	Erkek	227	3,280	0,801		
Hagu_Kaka_Ort	Kadın	327	3,606	0,782	0,911	0,363
	Erkek	227	3,540	0,889		

p<0,05

Tablo 5.21. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarında Cinsiyet değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarında Cinsiyet değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

	Aşı Durumu	**N**	**Ortalama**	**S.S.**	**F**	**P**	**Farklılığın Kaynağı**
Hgo_Ölç Ort	1 doz	39	4,350	0,409	2,578	0,037	2 doz aşı olanlar ile olmayanlar; 3 doz aşı olanlar ile olmayanlar
	2 doz	227	4,315	0,428			
	3 doz	185	4,309	0,451			
	4 doz ve üzeri	37	4,246	0,373			
	Aşı olmadım	66	4,140	0,422			
	Toplam	554	4,290	0,433			
Hgo_Saka Ort	1 doz	39	4,701	0,396	1,402	0,232	
	2 doz	227	4,608	0,449			
	3 doz	185	4,604	0,492			
	4 doz ve üzeri	37	4,523	0,488			
	Aşı olmadım	66	4,500	0,562			
	Toplam	554	4,594	0,478			
Hgo_Ozye Ort	1 doz	39	4,154	0,653	0,942	0,439	
	2 doz	227	4,065	0,636			
	3 doz	185	4,047	0,628			
	4 doz ve üzeri	37	3,883	0,721			
	Aşı olmadım	66	4,040	0,574			
	Toplam	554	4,050	0,633			
Hgo_Hyk Ort	1 doz	39	4,197	0,610	4,838	0,001	2 doz aşı olanlar ile olmayanlar; 3 doz aşı olanlar ile olmayanlar; 4 doz aşı olanlar ile olmayanlar
	2 doz	227	4,272	0,667			
	3 doz	185	4,277	0,692			
	4 doz ve üzeri	37	4,333	0,503			
	Aşı olmadım	66	3,879	0,911			
	Toplam	554	4,226	0,706			

$p<0,05$

Tablo 5.22. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Aşı Durumu değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Aşı Durumu değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 5.22'de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarında Aşı Durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın olduğu gruplar TUKEY testi ile belirlenmiş olup ilgili ölçeğin karşı tarafına yazılarak gösterilmiştir.

	Yaş Grubu	**N**	**Ortalama**	**S.S.**	**F**	**P**
Hgo_Ölç_Ort	18-34 Yaş	311	4,296	0,433	0,413	0,662
	35-49 Yaş	173	4,297	0,424		
	50 Yaş ve üzeri	70	4,246	0,457		
	Toplam	554	4,290	0,433		
Hgo_Saka_Ort	18-34 Yaş	311	4,576	0,467	1,501	0,224
	35-49 Yaş	173	4,645	0,478		
	50 Yaş ve üzeri	70	4,552	0,520		
	Toplam	554	4,594	0,478		
Hgo_Ozye_Ort	18-34 Yaş	311	4,064	0,595	0,189	0,827
	35-49 Yaş	173	4,035	0,717		
	50 Yaş ve üzeri	70	4,024	0,582		
	Toplam	554	4,050	0,633		
Hgo_Hyk_Ort	18-34 Yaş	311	4,249	0,697	0,492	0,611
	35-49 Yaş	173	4,210	0,709		
	50 Yaş ve üzeri	70	4,162	0,742		
	Toplam	554	4,226	0,706		

$p<0,05$

Tablo 5.23. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Yaş Grubu değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Yaş Grubu değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 5.23'de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarında Yaş Grubu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	S.S.	F	P	Farklılığın Kaynağı
Hgo_Ölç Ort	İlkokul ve Ortaokul	36	4,414	0,408	3,336	0,010	İlkokul ve Ortaokul ile Lisans
	Lise	99	4,343	0,421			
	Ön Lisans	168	4,325	0,430			
	Lisans	50	4,142	0,424			
	Yüksek Lisans	201	4,249	0,438			
	Toplam	554	4,290	0,433			
Hgo_Saka Ort	İlkokul ve Ortaokul	36	4,694	0,385	1,167	0,324	
	Lise	99	4,599	0,423			
	Ön Lisans	168	4,587	0,472			
	Lisans	50	4,480	0,453			
	Yüksek Lisans	201	4,609	0,526			
	Toplam	554	4,594	0,478			
Hgo_Ozye Ort	İlkokul ve Ortaokul	36	4,148	0,669	1,708	0,147	
	Lise	99	4,098	0,621			
	Ön Lisans	168	4,101	0,623			
	Lisans	50	3,887	0,645			
	Yüksek Lisans	201	4,007	0,633			
	Toplam	554	4,050	0,633			
Hgo_Hyk Ort	İlkokul ve Ortaokul	36	4,398	0,579	3,022	0,018	Lise ile Yüksek Lisans
	Lise	99	4,333	0,692			
	Ön Lisans	168	4,286	0,640			
	Lisans	50	4,060	0,638			
	Yüksek Lisans	201	4,133	0,783			
	Toplam	554	4,226	0,706			

$p<0,05$

Tablo 5.24. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Eğitim Durumu değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının Eğitim Durumu değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek

elde edilen bulgular Tablo 5.24'te verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarında Eğitim Durumu değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın olduğu gruplar TUKEY testi ile belirlenmiş olup ilgili ölçeğin karşı tarafına yazılarak gösterilmiştir.

	İkamet Şehri	**N**	**Ortalama**	**S.S.**	**F**	**P**
Hgo_Ölç_Ort	Amasya	206	4,270	0,448	0,771	0,510
	Samsun	134	4,269	0,443		
	Tokat	101	4,304	0,416		
	Çorum	113	4,339	0,408		
	Toplam	554	4,290	0,433		
Hgo_Saka_Ort	Amasya	206	4,600	0,530	0,218	0,884
	Samsun	134	4,609	0,428		
	Tokat	101	4,561	0,432		
	Çorum	113	4,596	0,479		
	Toplam	554	4,594	0,478		
Hgo_Ozye_Ort	Amasya	206	4,034	0,658	1,284	0,279
	Samsun	134	3,978	0,684		
	Tokat	101	4,112	0,570		
	Çorum	113	4,109	0,571		
	Toplam	554	4,050	0,633		
Hgo_Hyk_Ort	Amasya	206	4,176	0,741	0,921	0,430
	Samsun	134	4,219	0,653		
	Tokat	101	4,238	0,738		
	Çorum	113	4,313	0,670		
	Toplam	554	4,226	0,706		

$p<0,05$

Tablo 5.25. Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının İkamet Şehri değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının İkamet Şehri değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 5.25'te verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Hasta Güçlendirme Ölçeği ve alt boyutlarında İkamet Şehri değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

			N	Ortalama	S.S.	t	p
TeUy_Ölç Ort	**Covid 19 Yakalanma sıklığı**	1 kez	456	4,324	0,622	-0,386	0,699
		2 kez ve üzeri	98	4,350	0,591		
	Cinsiyet	Kadın	327	4,369	0,607	1,861	0,063
		Erkek	227	4,270	0,626		
	Yaş Grubu	18-34 Yaş	311	4,359	0,587	1,555	0,212
		35-49 Yaş	173	4,260	0,682		
		50 Yaş ve üzeri	70	4,362	0,561		
	Eğitim Durumu	İlkokul ve Ortaokul	36	4,417	0,659	1,591	0,175
		Lise	99	4,428	0,528		
		Ön Lisans	168	4,349	0,571		
		Lisans	50	4,267	0,628		
		Yüksek Lisans	201	4,262	0,675		
	İkamet Şehri	Amasya	206	4,303	0,641	0,577	0,630
		Samsun	134	4,321	0,647		
		Tokat	101	4,399	0,577		
		Çorum	113	4,322	0,567		
		Toplam	554	4,329	0,616		

p<0,05

Tablo 5.26. Ankette kullanılan Tedaviye Uyum Ölçeğinin Covid 19'a Yakalanma sıklığı, cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve ikamet şehri değişkenleri bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Tedaviye Uyum Ölçeğinde Covid 19'a Yakalanma sıklığı, cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve ikamet şehri değişkenlerine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Tedaviye Uyum Ölçeğinde Covid 19'a yakalanma sıklığı, cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve ikamet şehri değişkenleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

	Aşı Durumu	N	Ortalama	S.S.	F	P	Farklılığın Kaynağı
TeUy_Ölç Ort	1 doz	39	4,487	0,470	4,632	0,001	1 doz aşı olanlar ile olmayanlar; 2 doz aşı olanlar ile olmayanlar; 3 doz aşı olanlar ile olmayanlar; 4 doz aşı olanlar ile olmayanlar
	2 doz	227	4,329	0,620			
	3 doz	185	4,373	0,576			
	4 doz ve üzeri	37	4,432	0,471			
	Aşı olmadım	66	4,051	0,772			
	Toplam	554	4,329	0,616			

$p<0,05$

Tablo 5.27. Ankette kullanılan Tedaviye Uyum Ölçeğinin Aşı Durumu değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Ankette kullanılan Tedaviye Uyum Ölçeğinde Aşı Durumu değişkenine göre herhangi bir farklılığın olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 5.27'de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre ankette kullanılan Tedaviye Uyum Ölçeğinde Aşı Durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın olduğu gruplar TUKEY testi ile belirlenmiş olup ilgili ölçeğin karşı tarafına yazılarak gösterilmiştir.

5.6. Araştırma Hipotezlerinin Testi

Araştırma hipotezleri hem araştırma değişkenlerini hem de katılımcıların bilgilerini içermektedir. Hipotezlerin yapısına uygun olarak araştırma modellerinin analizi farklı paket programlarda gerçekleştirilmiştir.

5.6.1. Model 1: Hasta Güçlendirme Öncüllerinin Tedaviye Uyum Üzerindeki Etkisinde Hasta Güçlendirmenin Aracılık Rolü

H1: Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerinde etkisi vardır.

H2: Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerinde etkisi vardır.

H3: Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerinde etkisi vardır.

H4: Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hasta güçlendirmenin aracılık rolü vardır.

	CMIN/DF	GFI	CFI	RMSEA
Model	2,238	0,932	0,952	0,047
Kabul Edilebilir Uyum	≤5	≥0,90	≥0,90	≤0,080

Tablo 5.28. Çalışma modeli uyum istatistikleri

Çalışma modeli uyum istatistikleri Tablo 5.28'de gösterilmektedir. Edinilen bilgilere dayanarak, etki modelinin uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir aralıkta olduğu görülmektedir.

		Tedaviye uyum	Hasta güçlendirme
Direkt etki	Hasta güçlendirme	-0,273 **(p=0,000)**	
	Hasta güçlendirme öncülleri	0,908 **(p=0,000)**	0,578 **(p=0,000)**
Dolaylı etki	Hasta güçlendirme	0	
	Hasta güçlendirme öncülleri (Hasta güçlendirme değişkeni üzerinden)	-0,158 **(p=0,000)**	
Toplam etki	Hasta güçlendirme	-0,273	
	Hasta güçlendirme öncülleri	0,751	0,578

p<0,05

Tablo 5.29. Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hasta güçlendirmenin aracılık rolü YEM bulguları

Hasta güçlendirme öncüllerinin Tedaviye uyum üzerindeki etkisinde Hasta güçlendirmenin aracılık rolü için YEM bulguları Tablo 5.29'da verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre Hasta güçlendirme ile Hasta güçlendirme öncüllerinin Tedaviye uyum üzerine etkisi (H1 ve H2) ve Hasta güçlendirme öncüllerinin Hasta güçlendirme üzerine etkisi (H3) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. YEM modeline göre Hasta güçlendirmenin Tedaviye uyum üzerinde sadece doğrudan ve negatif yönlü etkisi vardır ve bu etki -0,273 olarak hesaplanmıştır. Hasta güçlendirme öncüllerinin Tedaviye uyum üzerinde doğrudan etkisi 0,908, Hasta güçlendirme değişkeni üzerinden kaynaklanan dolaylı etkisi negatif yönlü olarak -0,158'dir ve toplam etkisi de 0,751 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen etki katsayıları incelendiğinde Hasta güçlendirme öncüllerinin hem Tedaviye uyum hem de Hasta güçlendirme üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Model uyum kriterleri kabul edilebilir sınırlar içerisinde

ve etki katsayıları da istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu için aracılık rolü (H4) anlamlı bulunmuştur. Dolayısıyla H1, H2, H3 ve H4 hipotezleri kabul edilmiştir.

5.6.2. Model II Hasta Güçlendirmenin Tedaviye Uyum Üzerindeki Etkisinde Aşı Sayısının Düzenleyici Etkisi

H5: Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi vardır.

	Katsayı	S.S.	t	p	AltS	ÜstS
Sabit	3,668	0,338	10,861	0,000	3,004	4,331
Hsgu	0,133	0,091	1,461	0,145	-0,046	0,312
Asi_s	-0,083	0,140	-0,594	0,553	-0,357	0,191
Düznl. etki	0,044	0,038	1,167	**0,244**	-0,030	0,119
Model Anlamlılığı	**R**	**R-kare**	**F**	**p**		
	0,269	0,072	14,292	0,000		

p<0,05

Tablo 5.30. Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları

Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları Tablo 5.30'da verilmiştir. Model anlamlılığı için F-testi yapılmış ve modelin anlamlı olduğu bulunmuştur (F=14,292, p=0,000). Regresyon denkleminin belirleme katsayısı 0,072 (%7,2) olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç tedaviye uyumdaki değişkenliğin %7,2 sinin incelenen model aracılığıyla açıklandığını göstermektedir. Regresyon katsayısı tahminleri incelendiğinde, hasta güçlendirme, aşı sayısı ve hasta güçlendirme ile aşı sayısı etkileşimi katsayılarının üçünün de istatistiksel olarak anlamsız olduğu, sadece sabitin anlamlı olduğu görülmektedir. Katsayıların anlamsız olmakla birlikte aşı sayısının negatif etkili olduğu görülmektedir. Böylelikle "Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi vardır" hipotezi (H5) reddedilmiştir.

5.6.3. Model III Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici etkisi

H6: Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici etkisi vardır.

	Katsayı	S.S.	t	p	AltS	ÜstS
Sabit	3,293	0,482	6,825	0,000	2,345	4,24
Hsgu	0,272	0,129	2,106	0,036	0,018	0,527
Has_yk_say	0,173	0,381	0,453	0,650	-0,575	0,921
Düznl. etki	-0,039	0,102	-0,383	**0,702**	-0,240	0,162
Model Anlamlılığı	**R**	**R-kare**	**F**	**p**		
	0,23	0,053	10,203	0,000		

p<0,05

Tablo 5.31. Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları

Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları Tablo 5.31'de verilmiştir. Model anlamlılığı için F-testi yapılmış ve modelin anlamlı olduğu bulunmuştur (F=10,203, p=0,000). Regresyon denkleminin belirleme katsayısı 0,053 (%5,3) olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç tedaviye uyumdaki değişkenliğin %5,3 sinin incelenen model aracılığıyla açıklandığını göstermektedir. Regresyon katsayısı tahminleri incelendiğinde, sadece hasta güçlendirmenin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif olduğu görülmektedir. Hastalığa yakalanma sayısının pozitif ve etkileşim teriminin de negatif olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir. Etkileşim terimi (Düznl. etki) katsayısı (-0,039; p>0,05) istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Buna göre H6 hipotezi reddedilmiştir.

5.6.4. Model IV Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi

H7: Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi vardır.

	Katsayı	S.S.	t	p	AltS	ÜstS
Sabit	1,974	0,551	3,585	0,000	0,892	3,055
Hsgo	0,409	0,13	3,139	0,002	0,153	0,665
Asi_s	-0,362	0,231	-1,567	0,118	-0,815	0,092
Düznl. etki	0,079	0,054	1,445	**0,149**	-0,028	0,186
Model Anlamlılığı	**R**	**R-kare**	**F**	**p**		
	0,405	0,164	35,950	0,000		

p<0,05

Tablo 5.32. Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları

Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları Tablo 5.32'de verilmiştir. Model anlamlılığı için F-testi yapılmış ve modelin anlamlı olduğu bulunmuştur (F=10,203, p=0,000). Regresyon denkleminin belirleme katsayısı 0,164 (%16,4) olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç hasta güçlendirmedeki değişkenliğin %16,4 sinin incelenen model aracılığıyla açıklandığını göstermektedir. Regresyon katsayısı tahminleri incelendiğinde, hasta güçlendirme öncüllerinin etkisinin pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Aşı sayısının etkisinin negatif ve etkileşim teriminin etkisinin pozitif olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir. Etkileşim terimi (Düznl. etki) katsayısı (0,079) istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Buna göre H7 hipotezi reddedilmiştir.

5.6.5. Model V Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde hastalığına yakalanma sayısının düzenleyici etkisi

H8: Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici etkisi vardır.

	Katsayı	S.S.	t	p	AltS	ÜstS
Sabit	1,416	0,785	1,803	0,072	-0,127	2,959
Hsgo	0,530	0,182	2,911	0,004	0,173	0,888
Has_yk_say	-0,167	0,633	-0,264	0,792	-1,41	1,076
Düznl. etki	0,037	0,147	0,249	**0,804**	-0,252	0,325
Model Anlamlılığı	**R**	**R-kare**	**F**	**p**		
	0,398	0,158	34,490	0,000		

p<0,05

Tablo 5.33. Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları

Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları Tablo 5.33'te verilmiştir. Model anlamlılığı için F-testi yapılmış ve modelin anlamlı olduğu bulunmuştur (F=34,490, p=0,000). Regresyon denkleminin belirleme katsayısı 0,158 (%15,8) olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç hasta güçlendirmedeki değişkenliğin %15,8 sinin incelenen model aracılığıyla açıklandığını göstermektedir. Regresyon katsayısı tahminleri incelendiğinde, model IV de olduğu gibi sadece hasta güçlendirme öncüllerinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif olduğu görülmektedir. Genele baktığımızda ise hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit edilmiştir. Böylelikle "Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici etkisi vardır" hipotezi (h8) reddedilmiştir.

5.6.6. Model VI Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi

H9: Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi vardır.

	Katsayı	S.S.	t	p	AltS	ÜstS
Sabit	0,074	0,514	0,144	0,885	-0,936	1,084
Hsgo	0,970	0,122	7,975	0,000	0,731	1,209
Asi_s	0,630	0,215	2,924	0,004	0,207	1,053
Düznl. etki	-0,136	0,051	-2,681	**0,008**	-0,236	-0,036
Model Anlamlılığı	**R**	**R-kare**	**F**	**p**		
	0,501	0,251	0,286	0,000		

p<0,05

Tablo 5.34. Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları

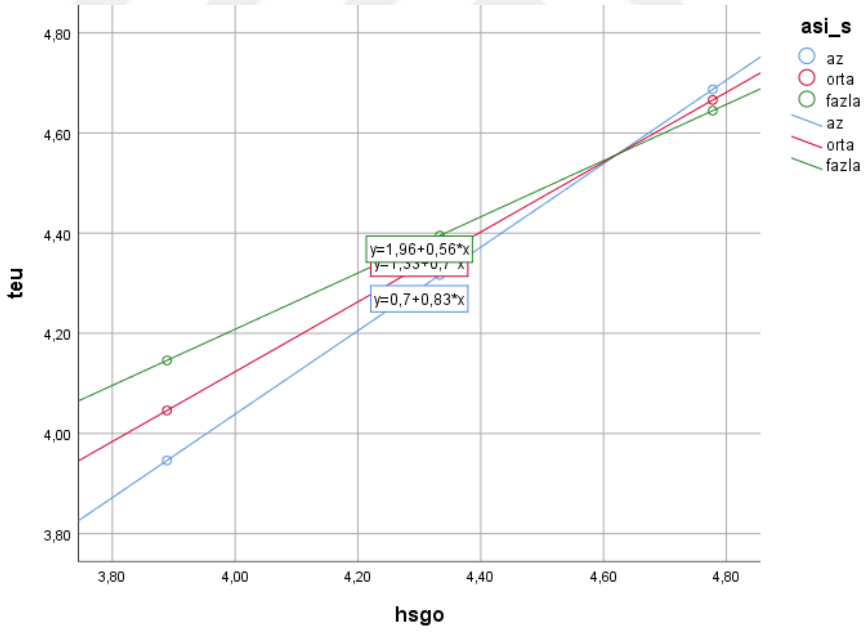
Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolü için regresyon analizi bulguları Tablo 5.34'te verilmiştir. Model anlamlılığı için F-testi yapılmış ve modelin anlamlı olduğu bulunmuştur (F=0,286, p=0,000). Regresyon denkleminin belirleme katsayısı 0,251 (%25,1) olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç tedaviye uyumdaki değişkenliğin %25,1 sinin incelenen model aracılığıyla açıklandığını göstermektedir. Regresyon katsayısı tahminleri incelendiğinde, hasta güçlendirme öncülleri, aşı sayısı ve etkileşim teriminin üçünün de etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Katsayı tahminlerinin işaretleri incelendiğinde hasta güçlendirme öncülleri ile aşı sayısının etkisinin pozitif, etkileşim teriminin etkisinin ise negatif yönlü olduğu görülmektedir. Modele göre etkileşim teriminin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu için düzenleyici değişken olan aşı sayısının farklı düzeyleri için hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi ayrıca analiz edilmiştir. Çıkan sonuçlara göre "Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi vardır" hipotezi (h9) kabul edilmiştir.

Asi_s	Katsayı	S.S.	t	p	AltS	ÜstS
Az	0,834	0,079	10,563	0,000	0,679	0,989
Orta	0,697	0,053	13,104	0,000	0,593	0,802
Fazla	0,561	0,068	8,268	0,000	0,428	0,694
		R2-değişim	**F**	**p**		
Etkileşim	X*W	0,010	7,186	0,008		

p<0,05

Tablo 5.35. Aşı sayısına göre hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi

Aşı sayısı düzeylerine göre hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi Tablo 5.35 ile Şekil 5.1'de verilmiştir. Az Aşı sayısında Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi 0,834, orta düzeyde Aşı sayısında Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi 0,697 ve fazla Aşı sayısında Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi 0,561 olarak hesaplanmıştır. Üç etkinin de Student t-testi ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Diğer bir önemli bulgu ise Aşı sayısı arttıkça hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinin azalmasıdır. Bu sonuç Şekil 5.1.'de verilen grafikte de görülmektedir. Ayrıca Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi üç düzey için ayrı ayrı hesaplandığında R-kare de %1 artış olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (F=7,186, p=0,008) görülmektedir.



Şekil 5.1. Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerine etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolü

5.6.7. Model VII Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde demografik değişkenlerin rolü

	Model I					Model II				
	Beta	**t**	**p**	**AltS**	**UstS**	**Beta**	**t**	**p**	**AltS**	**UstS**
Sabit	4,392	32,585	0,000	4,127	4,657	3,498	16,516	0,000	3,082	3,914
Yaş	-0,026	-0,775	0,438	-0,093	0,040	0,002	0,051	0,960	-0,064	0,067
Eğitim durumu	-0,047	-2,530	**0,012**	-0,084	-0,011	-0,039	-2,141	**0,033**	-0,075	-0,003
Asi_s	0,085	3,412	**0,001**	0,036	0,134	0,083	3,437	**0,001**	0,036	0,131
Has_yksy	0,038	0,553	0,581	-0,096	0,171	0,044	0,669	0,504	-0,086	0,175
Cinsiyet*	-0,089	-1,650	0,099	-0,196	0,017	-0,099	-1,866	0,063	-0,202	0,005
Hst. güç.						0,221	5,381	**0,000**	0,140	0,301
F	4,230 (p=0,001)					8,530 (p=0,000)				
R^2	**0,037**					**0,086**				
□R^2						0,048 (F=28,952 , p=0,000)				

(*: Kadın 0, Erkek 1 olarak kodlandı), p<0,05

Tablo 5.36. Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde demografik değişkenlerin rolü

Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde demografik değişkenlerin rolü hiyerarşik regresyon yöntemi kullanılarak iki model üzerinden analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 5.36'da verilmiştir. Analizin birinci modelinde sadece demografik değişkenlerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi incelenmiştir. Model 1 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4,230, p=0,001). Model 1 de eğitim durumu ile aşı sayısı katsayıları anlamlı bulunurken, Yaş, hastalığa yakalanma sayısı ve Cinsiyet katsayıları anlamsız bulunmuştur. Model 1 in belirleme katsayısı da (R-kare) 0,037 (%3,7) olarak hesaplanmıştır. Model II de ise analize Hasta güçlendirme eklenmiştir. Yine model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=8,530, p=0,000). Birinci modelde olduğu gibi ikinci modelde de eğitim durumu ile aşı sayısı katsayıları anlamlı bulunurken, Yaş, hastalığa yakalanma sayısı ve Cinsiyet katsayıları anlamsız bulunmuştur. Model II belirleme katsayısı 0,048 (%4,8) artarak 0,086 (%8,6) olarak elde edilmiş ve R-kare deki bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışmaya ilişkin tüm hipotezlere yönelik sonuçlar tablo 5.37'de gösterilmiştir.

Hipotezler	**Sonuç**
H1: Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerinde etkisi vardır.	Kabul
H2: Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerinde etkisi vardır.	Kabul
H3: Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerinde etkisi vardır.	Kabul
H4: Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hasta güçlendirmenin aracılık rolü vardır.	Kabul
H5: Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi vardır.	Red
H6: Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici etkisi vardır.	Red
H7: Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi vardır.	Red
H8: Hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici etkisi vardır.	Red
H9: Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici etkisi vardır.	Kabul

Tablo 5.37. Araştırma Hipotezleri ile İlgili Sonuçlar

6. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü tarafından ana konulardan biri olarak görülen hasta güçlendirme (HG); hastaların kendi hastalıklarıyla ilgili özerklik ve yeterlilik geliştirmeye yönelik bireysel ihtiyaçlarına dayalı olarak kendi belirlediği davranışlar kümesi olarak tanımlanmıştır (Prigge ve diğerleri, 2015: 375). Hasta güçlendirme bugün sağlık hizmetlerine hasta merkezli yaklaşımın kilit bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Hasta güçlendirmenin itici güçleri, bunun tedavi uyumu ile ilişkisi ve başta salgın hastalıklar olmak üzere farklı hastalık türlerindeki rolü konusunda net bir anlayışa varılamamıştır. Bu bağlamda çalışmamız salgın hastalıklarda hasta güçlendirme öncüllerinin ve sonuçlarının Covid-19 geçiren hastaların tedaviye uyumları üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacı ile yapılmıştır. Bu bölümde literatürde yer alan ve ulaşabildiğimiz diğer çalışmalarla kendi çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular karşılaştırılarak yorumlanmış ve değerlendirilmesi yapılarak tartışılmıştır.

Dalkılıç (2022) çalışmasında hasta güçlendirmenin katılımcı demografik özelliklerine ve sağlık değerlendirmelerine göre değişip değişmediğini test etmiştir. Çalışmada hasta güçlendirmenin katılımcılar arasında sağlık değerlendirme durumlarının yanı sıra cinsiyet, yaş, eğitim, ekonomik durum ve ikamet yeri gibi demografik faktörlere göre farklılık gösterip göstermediğini araştırılmıştır. Çalışmaya göre tüketicilerin hasta güçlendirme düzeylerinin demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek için yapılan analiz sonucunda katılımcıların yaşlarına, eğitim seviyelerine, ekonomik durumuna ve sağlıklarını değerlendirme durumlarına göre anlamlı bir fark olduğu, cinsiyetlerine göre ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Çalışmamızda ise hasta güçlendirme öncülleri, hasta güçlendirme ve bunların alt boyutlarında cinsiyet, yaş, ikamet edilen yer ve hastalığa yakalanma sıklığı bağımsız değişkenleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Eğitim ve aşı durumu değişkenleri bakımından ise anlamlı bir fark bulunmuştur. Anlamlı farkın Lise ve Yüksek Lisans eğitim düzeyleri arasında olduğu görülmüştür. Eğitimin arttıkça tedaviye uyumun azaldığı görülmüştür. Aşı durumunda ise doz sayısı arttıkça tedaviye uyum azalmaktadır.

Thompson (2007), hastaların sağlık hizmeti alımında hasta güçlendirmenin alt boyutlarından olan kararlara katılımlarını belirlemeye çalıştığı araştırmasında, kararlara katılım derecesinin, demografik özelliklere, hastaların sağlık çalışanlarıyla

kurdukları ilişkilere, tür ve ciddiyet bakımından hastalığa bağlı olduğunu belirtmiştir. Kararlara katılıma sıcak bakmayan ve tavır alan hastalar ise genellikle kronik hastalığı olup kendi içinde bulunduğu durumu hekimden daha iyi bildiğini, bu nedenle tedavi olmayı reddettiğini dile getiren hastalardır. Ayrıca çalışmaya katılım gösterenlerin büyük bir kısmı hekim ile aralarında olan ilişkinin kararlara katılım sağlamada büyük bir etken olduğunu belirtmiştir.

Crohn ve ülseratif kolit hastalığı geçirenlere yönelik 1067 hastaya yapılan bir çalışmada 866 hasta (%81) karar verme sürecine aktif olarak katılmayı "çok önemli" olarak bildirirken, 177 hasta (%17) "oldukça önemli" olarak değerlendirmiştir. Tedavilerinin nasıl iyileştirilebileceği sorulduğunda, 537 hasta (%50) doktor otoritesini kabul edip yakın ve adil işbirliği istemiştir. Bu tercih, yıllık hastalık süresi ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Cinsiyet ve inflamatuar bağırsak hastalığı tipinin, hastaların tercihleri ile anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak çalışma, inflamatuar bağırsak hastalığı hastalarının karar verme süreçlerine aktif olarak katılma isteğini göstermektedir (Baars, Markus, Kuipers ve Van Der Woude, 2010: 113). Çalışmamızda da bu sonuçlarla paralel bir durum ortaya çıkmıştır. Hastaların % 48'i karar verme sürecine aktif olarak katılmaya "katılıyorum" cevabı verirken, % 15'i "tamamen katılıyorum cevabı vermiştir. Hekim yetkisinin kabulünde ise hastaların % 43'ü "katılıyorum", yine aynı şekilde % 43'ü de "tamamen katılıyorum" cevabını vermiştir.

Hasta güçlendirme öncüllerinden olan sağlık süreçlerine dahil olmaya ilişkin yapılan bir çalışmada ise onkolojide hastalarla birlikte ortak karar verme açısından genel olarak bulgular, doktorun ortak karar vermeyi kolaylaştırmadaki önemini pekiştirmekte ve bunun onkoloji konsültasyonlarında uygulanmasını desteklemektedir (Singh, Butow, Charles ve Tattersall, 2010: 254). Çıkan sonuçlar çalışmamızı destekler nitelikte olup genel olarak hastaların sağlık süreçlerine katılımının yüksek olduğu görülmüştür.

Kronik böbrek hastalarına yapılan bir çalışmada hasta güçlendirmenin alt boyutlarından olan hastaların bilgi araştırma ve geliştirme dereceleri incelenmiştir. Hastaların bazen hastalıklarının ayrıntılarını bazı uygulayıcılardan daha iyi anladıkları görülmüştür. Hastaların içerisinde bulundukları vaziyetten haberdar olmaları ve dolayısıyla tehlikenin farkına varmaları bu durumun sebebi olarak gösterilmiştir. Bazı

hastalar, uygulayıcıların çalışmalarını iki kez kontrol ederek kendi bakımlarını denetleme görevini üstlenmişlerdir (Godbold, 2013: 52). Bu durumun, ister istemez sağlık profesyonellerini zorladığı söylenebilir. Ayrıca otokontrol sağlayarak sağlık profesyonellerinin yaptıkları işi tekrar gözden geçirmesi söz konusu olabilir. Bilgi arama ve bilgi geliştirme derecesi bakımından çalışmamız değerlendirildiğinde ise bilgi arama ortalamasının (4,06) yüksek çıktığı fakat bilgi geliştirmenin (3,24) ise o kadar yüksek olmadığı görülmüştür. Bu durumda hastaların bilgi aramaya daha hevesli oldukları, bilgi geliştirmeye ise çekimser baktıkları görülmektedir.

Sağlığın bozulması, hastaların daha özerk davranmalarına ve sağlıklarını korumak için hastalıkla ilgili yetkinliklerini geliştirmelerine neden olmaktadır (Mittal, 1989: 170; Rifon ve diğerleri, 1992: 685). Sağlıklarına verdikleri önem, onları ilgili bilgileri arama, işleme ve tıbbi kararlara katılma konusunda yetkin hale gelmek için aktif ve müdahil bir tavır almaya motive etmektedir (Singh, Cuttler ve Silvers2004: 1061). Bu konuda çalışmamızda hasta güçlendirme ve öncüllerinin tedaviye uyum üzerinde etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hasta güçlendirmenin aracılık rolüne bakılmıştır. Ayrıca hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerinde etkisinin olup olmadığı araştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre hasta güçlendirmenin hasta güçlendirme öncülleriyle tedaviye uyum arasında aracılık etkisinin olduğu görülmüştür. Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum ile hasta güçlendirme öncülleri arasında doğrudan pozitif ve dolaylı negatif yönlü olduğu tespit edilmiştir. Hasta güçlendirme ile tedaviye uyum arasında ise doğrudan ve negatif bir etki vardır. Benzer şekilde hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerinde pozitif etkisinin olduğu belirlenmiştir. Literatürde incelediğimiz bazı çalışmalarda ise aşağıdaki sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Prigge ve diğerleri'nin (2015) farklı kronik hastalığı olan, 1622 hastadan oluşan geniş bir örnekleme sahip çalışmasında, hasta güçlendirmenin aracılık rolüne ilişkin aracılıkla ilgili tüm tanımlanmış yollar için dolaylı etkilerin anlamlı olduğu görülmektedir. Yine aynı çalışmada hasta güçlendirme öncüllerinin tedavi uyumu üzerindeki potansiyel doğrudan etkileri kontrol edilmiş ve hasta güçlendirme öncüllerinin tedavi uyumluluğunu doğrudan etkilediği bulunmuştur. Ayrıca aracılık

etkisine de bakılmış ve üç HG boyutunun HG öncüllerinin tedavi uyumu üzerindeki etkisine kısmen aracılık ettiği sonucuna varılmıştır.

Hastaları güçlendirmenin, tedaviye uyumu etkileyip etkilemediğini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, müdahale grubu, sekiz öz-yeterlik alt ölçeğinden dördünde ve beş diyabet tutumu alt ölçeğinden ikisinde kontrol grubuna göre kazanımlar göstermiştir. Ayrıca müdahale grubunun hemoglobin seviyelerinde önemli bir azalma olduğu saptanmıştır. Gruplar içinde, tüm program katılımcılarından alınan verilerin analizi, tüm öz-yeterlik alanlarında iyileşmeler olduğunu göstermiştir. (Anderson ve diğerleri, 1995: 943). Bahsi geçen bulgular çalışmamız sonucu elde edilen hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyumunu etkilediği sonucuyla örtüşmektedir. Ancak yapılan çalışmada bu etkinin pozitif olmasına karşın bizim çalışmamız bu etkinin negatif çıkmasıyla farklılaşmaktadır. Bu sonuçla çalışmamızda ki sonucun farklı çıkmasının nedenleri arasında çalışmamızın pandemi döneminde yapılmış olması ve hasta güçlendirmeyi müdahale grubu olarak alması ve bu doğrultuda eğitmiş olması gösterilebilir.

Koreli hipertansiyon hastaları üzerine yapılan yarı deneysel bir çalışmada, metabolik sendrom risk faktörleri, öz-yönetim davranışları ve yürüme aktivitesi üzerindeki hemşire öncülüğünde hasta güçlendirmeye dayalı müdahalenin etkisi standart bakımla karşılaştırılmıştır. Çalışma, yaşam tarzı değişikliği eğitimi, güçlendirme grubu tartışmaları ve fiziksel egzersiz dahil olmak üzere güçlendirmeye dayalı bakıma dahil olan hastaların, düzenli sağlık kontrolleri ve sağlıklı beslenme, ilaçlar ve fiziksel aktiviteler dahil olmak üzere tedaviye uyumlarının hipertansiyon hakkında temel bilgileri içeren standart bakımdan daha etkili olduğunu göstermiştir (Kyung Chang, Fritschi ve Kim, 2012: 118). Literatürde hasta güçlendirme, öncülleri ve tedaviye uyum arasındaki ilişkiler kapsamında gerçekleştirilen çalışmalara bakıldığında yapılan çalışmalarla bulgularımız arasında hem uyumlu hem de çelişen sonuçların olduğu gözlenmiştir.

Sağlıkla ilgili internet kullanımı ve tüketici davranışları üzerine yapılan bir doktora çalışmasında, Sağlık hizmetleri satın alırken tüketici sağlığıyla ilgili İnternet kullanımının ve tüketici davranışının hasta güçlendirme üzerine etkisinde E-sağlık okuryazarlığının aracılık rolü araştırılmıştır. Çalışmada, tüketici e-sağlık okuryazarlığının hasta güçlendirme üzerinde önemli bir pozitif etkiye sahip olduğu

bulunmuştur. (Dalkılıç, 2022: 131). Aynı çalışmada, sağlık için tüketici internet kullanım düzeyinin, hastanın güçlendirme düzeyini negatif etkilediği belirtmiştir. Ayrıca, katılımcı tüketici davranışının hasta güçlendirme düzeylerini olumlu etkilediği ve endişeli tüketici davranışının hasta güçlendirme düzeylerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Tavır alan ve sorgulayan tüketici davranışının ise hasta güçlendirmeye herhangi bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. (Dalkılıç, 2022: 131). Çalışmada sağlık okuryazarlığının önemi vurgulanmış ve sağlık okuryazarlığının hasta güçlendirmeye olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir. Sağlık okuryazarlığının olmamasının ise hasta güçlendirmeyi olumsuz etkilediği saptanmıştır. Çalışmamızda ise hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme ve tedaviye uyum üzerindeki etkisine bakılmıştır. Hasta güçlendirme öncüllerinin hem hasta güçlendirmeyi hem de tedaviye uyumu etkilediği tespit edilmiştir.

Özellikle pandemi döneminde hastalar hastalıklarıyla ilgili tıbbi kararlarda acı duyma, ıstırap ve ölüm gibi durumlarla karşılaştıkları için çekingen tavırlar sergileyebilmekte ve olumsuz sonuçlanabilecek kararlara katılımdan kaçınabilmektedir. Bunun sonucunda da çekingenliğin hasta güçlendirmeyi negatif yönde etkilemiş olduğu düşünülebilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanın güçlendirilmesi, etkili hastalık yönetimi yoluyla bakım hizmeti sürecini geliştirebilen ve sağlık sonuçlarını iyileştirebilen yararlı bir araçtır. Salgın hastalığın ciddiyeti ve sağlık süreçlerine dahil olmanın (günlük kendi kendine tedavi faaliyetleri, aşılanma gibi) yararları hakkında hasta farkındalığının ve eğitiminin artırılması, hastaların tedaviye uyumlarının önemini anlamalarına yardımcı olacaktır. Etkili iletişim ve yeterli bilgi, hekim-hasta ilişkisinde hastanın tedavi hedeflerine başarılı bir şekilde ulaşmasını sağlayan önemli noktalardır. Karar verme, bilgi arama ve bilgi geliştirme süreçlerine hasta katılımını teşvik etmek, hastaların salgın hastalık yönetiminde daha aktif bir rol oynamasını sağlayarak hem memnuniyeti hem de tedaviye uyumu artırarak en sonunda iyileştirilmiş sağlık sonuçlarına imkân sağlayacaktır. Bu bağlamda yapmış olduğumuz çalışmanın amacı salgın hastalıklarda hasta güçlendirme öncüllerinin ve sonuçlarının Covid-19 geçiren hastaların tedaviye uyumları üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır.

Çalışma bulgularına göre sosyo-demografik özellikleri bakımından çalışmaya katılan 554 kişinin çoğunluğu kadın, ağırlıklı olarak 18-35 yaş grubunda oldukları gözlemlenmiştir. Ayrıca katılımcılar ağırlıklı olarak lisans ve yüksek lisans eğitimine sahip oldukları görülmüştür. Katılımcıların %37,2'sinin Amasya şehrinde, %24,2'sinin Samsun şehrinde, %18,2'sinin Tokat şehrinde ve %20,4'ünün Çorum şehrinde ikamet ettikleri gözlemlenmiştir. Çalışmamızda örneklem kitlesini oluşturanların %82'3ü bir kez Covid-19'a yakalanırken %17,7'si iki kez ve üstünde bu hastalığa yakalanmıştır. Ayrıca katılımcıların %7'si bir doz, %41'i iki doz, %33,4'ü 3 doz, %6,7'si ise 4 doz ve üzeri aşı olmuştur. Aşı olmadım diyenleri oranı ise %11,9 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmada elde ettiğimiz verilere göre hastaların hasta güçlendirme öncülleri düzeyleri incelendiğinde ölçekte en yüksek ortalamanın "sağlık süreçlerine dahil olma" boyutunda olduğu, bu boyutun en yüksek ifadesinin ise "sağlığım benim için en önemli şey" olduğu görülmüştür. Hasta güçlendirme ölçeğinde en yüksek ortalama "bilgi arama" boyutunda olup, en yüksek ifadenin "hastalığımla ilgili bilgi ararım" olduğu gözlemlenmiştir. Son olarak tedaviye uyum ölçeğine baktığımızda en yüksek ifadenin "hekimimin yazdığı ilacı doğru dozda alırım" olduğu görülmüştür.

Çalışmada kullanılan hasta güçlendirme, hasta güçlendirme öncülleri ölçeği ve alt boyutları cinsiyet, yaş, ikamet şehri ve Covid 19'a yakalanma sıklığı değişkenleri bakımından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Dolayısıyla yaş, cinsiyet, ikamet şehri ve Covid 19'a yakalanma sıklığı değişkenlerinin hasta güçlendirme, hasta güçlendirme öncülleri ve alt boyutları açısından gruplarda bir farklılığa yol açmadığı görülmüştür.

Hasta güçlendirme, hasta güçlendirme öncülleri ölçeği ve alt boyutlarının eğitim durumu değişkeni bakımından incelenmesi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, eğitim seviyesi ilkokul ve ortaokul olanların eğitim seviyesi lisans olanlara göre algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca hekim yetkisinin kabulü alt boyutunda eğitim seviyesi lise ile yüksek lisans arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Eğitim seviyesi lise olanların eğitim seviyesi yüksek lisans olanlara göre hekim yetkisi kabulü algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesi arttıkça, hastaların hasta güçlendirme ve hasta güçlendirme öncülleri algıları azalmaktadır. Çalışmamızda literatürden farklı sonuçlar çıkmıştır. Covid-19'un özel bir vaka olmasından dolayı çalışma bulgularını etkilediği düşünülmektedir.

Hasta güçlendirme, hasta güçlendirme öncülleri ölçeği ve alt boyutlarının aşı durumu değişkeni bakımından incelenmesi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, iki ve üç doz aşı olanların aşı olmayanlara göre algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Alt boyutlara bakıldığında ise hekim yetkisinin kabulü alt boyutunda iki doz ve üzeri aşı olanlar ile aşı olmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Hasta güçlendirme ve hasta güçlendirme öncülü algısının yüksek olduğu hastalar aşı konusunda daha duyarlı görülmektedir. Aşı olan kişilerin hekim otoritesine daha çok güvendiği, salgın hastalığı önleme veya daha hafif atlatma konusunda hekimin tavsiyesine uyarak aşı olduğu düşünülebilir. Ayrıca hekimin genellikle hasta için neyin daha iyi olduğunu bildiği ve kişinin hekimin göstereceği tedavi yöntemine uyması gerektiğine inandığı kanısına varılabilir.

Hastaların tedaviye uyum ile yaşa, cinsiyete, ikamet şehrine, eğitim seviyesine ve Covid-19'a yakalanma sıklığı arasında gruplar bazında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Dolayısıyla yaş, cinsiyet, ikamet şehri, eğitim seviyesi ve Covid-19'a yakalanma sıklığı değişkenlerinin tedaviye uyum açısından gruplarda bir farklılığa yol açmadığı görülmüştür.

Hastaların tedaviye uyum düzeylerinin aşı durumuna göre farklı olup olmadığını test etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda, anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Farklılığın kaynağının ise bir doz ve üzeri aşı olanlar ile aşı olmayanlar arasında olduğu görülmüştür. Aşı yaptıranların aşı yaptırmayanlara göre tedaviye daha uyumlu oldukları gözlemlenmiştir. Bu doğrultuda tedaviye uyum seviyeleri yüksek olan kişilerin düşük olanlara göre hekimin yazdığı ilaçları daha doğru dozda ve zamanda aldıkları, reçete edilen tedaviyi sürekli ve düzenli takip etme eğiliminde oldukları söylenebilir.

Hasta güçlendirme ve öncüllerinin tedaviye uyum üzerinde etkisi incelenmiştir. Ayrıca hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde hasta güçlendirmenin aracılık rolü için yapısal eşitlik modellemesi (YEM) yöntemiyle analiz yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre hasta güçlendirme ile hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerine etkisi ve hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapısal eşitlik modellemesine göre hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerinde sadece doğrudan ve negatif yönlü etkisi vardır ve bu etki -0,273 olarak hesaplanmıştır. Hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerinde doğrudan etkisi 0,908, hasta güçlendirme değişkeni üzerinden kaynaklanan dolaylı etkisi negatif yönlü olarak -0,158'dir ve toplam etkisi de 0,751 olarak hesaplanmıştır. Elde ettiğimiz etki katsayılarını incelendiğimizde hasta güçlendirme öncüllerinin hem tedaviye uyum hem de hasta güçlendirme üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Model uyum kriterleri kabul edilebilir sınırlar içerisinde ve etki katsayıları da istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu için aracılık rolü anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre en şaşırtıcı bulgu hasta güçlendirme arttıkça hastaların tedaviye uyumları azalmaktadır. Tedaviye uyumun azalmasındaki temel nedenin Covid-19 süreci olduğu söylenebilir. Covid-19'a yakalanan kişiler hastalığın vermiş olduğu psikolojik sıkıntılar ve algılarındaki farklılaşmalar nedeniyle sağlıklı karar almada güçlük çekebilirler. Dolayısıyla tedaviye uyumu reddedebilirler.

Özellikle şiddetli hastalıkları (meme kanseri, HIV/AIDS) olan hasta grupları için HG'nin etkisi, daha az şiddetli hastalıkları olan gruplara (diyabet, diyabetli obezite) göre önemli ölçüde daha düşüktür (hatta hiç yoktur) (Prigge ve diğerleri, 2015:382). Bu nedenle, Covid-19'a göre farklılaşan bulgular, HG'nin tedavi uyumu üzerindeki

etkisine ilişkin önceki karışık bulguların ilk açıklaması olarak düşünülebilir. Ayrıca hasta güçlendirme konusunda bireyler bilinçli olduğunda hekim tavsiyelerini sorgulamadan kabul etmedikleri sonucuna ulaşılabilir. Güçlendirilmiş hastalar tedavi seçenekleri ile ilgili karar verme yeteneklerine daha fazla güvenebilir ve aşırı özgüvene sahip olabilirler. Bu nedenle, hastaların daha fazla bilgiye sahip olduklarına inanabileceği ve kasıtlı olarak hekimin tedavi önerisini göz ardı edebileceği değerlendirilmiştir.

Çalışmada hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının ve hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici rolü için yapılan regresyon analizlerinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre hasta güçlendirmenin tedaviye uyumunda aşı sayısının ve hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici rolünün olmadığı tespit edilmiştir.

Benzer şekilde çalışmamızda hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisinde aşı sayısının ve hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici rolü için yapılan regresyon analizlerinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar ışığında; hasta güçlendirme öncüllerinin hasta güçlendirme üzerinde aşı sayısının ve hastalığa yakalanma sayısının düzenleyici rolünün olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmada hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde aşı sayısının düzenleyici rolü için yapılan regresyon analizinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Tedaviye uyumdaki değişkenliğin %25,1'inin incelenen model aracılığıyla açıklandığını göstermektedir. Regresyon katsayısı tahminleri incelendiğinde, hasta güçlendirme öncülleri, aşı sayısı ve etkileşim teriminin üçünün de etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Katsayı tahminlerinin işaretleri incelendiğinde hasta güçlendirme öncülleri ile aşı sayısının etkisinin pozitif, etkileşim teriminin etkisinin ise negatif yönlü olduğu görülmektedir. Modele göre etkileşim teriminin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu için düzenleyici değişken olan aşı sayısının farklı düzeyleri için hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi ayrıca analiz edilmiştir. Bu durama göre "Az Aşı" sayısında hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi 0,834, "Orta Düzeyde Aşı" sayısında hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi 0,697 ve "Fazla Aşı" sayısında hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum

üzerindeki etkisi 0,561 olarak hesaplanmıştır. Yapılan Student-t testine göre her üç etki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre aşı sayısı arttıkça hasta güçlendirme öncüllerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi azalmaktadır. Aşı sayısı arttıkça bireylerin hastalıkların tedavisinin yalnızca hekimin işi olmadığını düşündüğü bu nedenle hekim otoritesini daha fazla sorgular hale gelebileceği ve aşı sayısı fazla olanların tedbirlere uyma konusunda aşı sayısı az olanlara göre hassasiyetlerinin azalabileceği değerlendirilmiştir.

Hasta güçlendirmenin tedaviye uyum üzerindeki etkisinde demografik değişkenlerin rolü hiyerarşik regresyon yöntemi kullanılarak iki model üzerinden analiz edilmiştir. Analizin birinci modelinde sadece demografik değişkenlerinin tedaviye uyum üzerindeki etkisi incelenmiş olup, eğitim durumu katsayısı negatif, aşı sayısı katsayısı pozitif olarak anlamlı bulunurken, yaş, hastalığa yakalanma sayısı ve cinsiyet katsayıları anlamsız bulunmuştur. Model 1'in belirleme katsayısı da (R-kare) 0,037 (%3,7) olarak hesaplanmıştır. Model II de ise analize hasta güçlendirme eklenmiştir. Birinci modelde olduğu gibi ikinci modelde de eğitim durumu katsayısı negatif, aşı sayısı katsayısı pozitif olarak anlamlı bulunurken, yaş, hastalığa yakalanma sayısı ve cinsiyet katsayıları anlamsız bulunmuştur. Model II belirleme katsayısı 0,048 (%4,8) artarak 0,086 (%8,6) olarak elde edilmiş ve R-kare deki bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kişinin eğitim seviyesi arttıkça tedaviye uyumu azalmaktadır ve bu durum hasta güçlendirmeyle birlikte daha da negatif bir seyir göstermektedir. Söz gelimi eğitimli bir bireyin hekimin reçete ettiği tedavi yöntemine daha az uyum sağlayacağı tedavi konusunda kararlara katılımı söz konusu olduğunda bu oranın daha da azalacağı düşünülebilir. Önceki araştırmalar (Anderson ve Funnell, 2010: 277; Botti, Orfali ve Iyengar, 2009: 337; Scheibehenne, Greifeneder ve Todd, 2010: 409) bireylere, hastalıklarıyla ilgili durumlarda, çok sayıda tedavi seçeneği sağlamanın, bir seçim yapma ve bu seçimden memnun olma olasılığını düşürdüğünü, bu sebeple de hastaların önceki tedavi seçeneklerine bağlı kalmadıklarını belirtmektedir. Bulgular göz önüne alındığında ve çalışmanın geneli bağlamında yapılan değerlendirmeler neticesinde aşağıdaki öneriler verilebilir;

Hastaları güçlendirmek, bilgi araştırmalarını ve bilgi gelişimlerini teşvik etmek açısından tedaviye uyum için yararlı olsa da uzmanların hastaları tedavi kararlarına

güçlü bir şekilde dahil etme çağrısı geri tepebilir. Bu nedenle, hastaların tedavi kararlarına aktif katılımı, mümkünse sadece özenli ve dikkatli bir şekilde yapılmalıdır.

Çalışmamızdaki bazı bulguların, önceki çalışma bulgularıyla (Broadstock ve Michie, 2000: 191; Camacho ve diğerleri, 2014: 293; Lenert, 2009: 159) çeliştiği görülmüştür. Bu önceki çalışmalar, hastalığın türünü (Covid-19) açıkça önemli bir etki faktörü olarak kabul etmemiştir. Çalışmamızın sonuçları, HG'nin tedaviye uyum üzerindeki etkisi Covid-19'a bağlı olarak önemli ölçüde değiştiği için bunun açıkça dikkate alınması gereken bir faktör olduğunu göstermektedir. Farklı hastalık türleri kapsamında bilimsel çalışmalar artırılmalıdır.

Aşılanmanın önemi hasta güçlendirme kapsamında bir kez daha anlaşılmıştır. Hasta güçlendirme ve öncüsü algısının yüksek olduğu hastaların aşılanma konusunda aşı olmayanlara göre daha duyarlı davrandıkları görülmüştür. Bu nedenle bireylerin hasta güçlendirme ve öncüsü algılarının artırılması salgın hastalıklarda toplumsal aşılanma seviyesine katkı sağlayabilir.

Aşılanma konusunda bir diğer husus ise aşı sayısı artan hastaların aşı sayısı az olan hastalara göre tedaviye uyumları üzerindeki hasta güçlendirme öncüllerinin etkisinin daha düşük olmasıdır. Burada görüldüğü üzere aşı sayısı fazla olan bireyler aşıya güvenerek hasta güçlendirme öncüllerini daha az dikkate alıp tedaviye uyumlarını düşürmüşlerdir. Aşılanan bireylere yönelik tedbirleri aksatmamaları konusunda eğitimler verilerek önerilerde bulunulmalı, medya (özellikle sosyal medya) aracılığıyla bu kişilere ulaşarak, görsel ve işitsel materyallerle tedbirler desteklenmelidir.

Hasta güçlendirme özellikle salgın hastalıktan, yani Covid-19'dan muzdarip hastaların tedaviye uyumu üzerinde negatif etkiye sahip olsa da, birçok çalışmada (Botti ve diğerleri, 2009: 337; Pavia ve Mason, 2004: 441; Prigge ve diğerleri, 2015: 375; Wong ve King, 2008: 579) hasta güçlendirmenin diyabet, obezite gibi başka kronik hastalık türlerinden muzdarip hastalarda tedaviye uyumu artırdığı görülmüştür. Covid-19 hastaları hastalık teşhisleri sebebiyle şaşkınlık yaşadıklarından doktorlarının tavsiyelerine daha fazla güvenme eğiliminde olabilirler. Hasta güçlendirmenin (özellikle alt boyutlarından olan kararlara katılımın) tedavi uyumu üzerindeki negatif etkisi düşünüldüğünde bu mantık özellikle daha belirgin hale gelmektedir. Buna paralel olarak Botti ve diğerleri (2009) insanların trajik tıbbi kararlar durumunda

bilişsel uyumsuzluk gibi olumsuz duygusal sonuçları hafifletmek için seçim yapmaktan kaçınabileceğini öne sürmektedir. Özellikle şiddetli kronik hastalığı olan hastalar ya durumlarını görmezden gelme ya da kadercilik geliştirme eğiliminde olduğundan ve dolayısıyla kendilerini tamamen doktorlar gibi uzmanların ellerine bıraktıklarından, hastaların karar verme sürecine katılmadaki isteksizliği, duygusal stres ve en iyi seçimi yapma konusundaki belirsizlikten kaynaklanıyor olabilir. Bu gibi salgın ya da şiddetli kronik hastalığa sahip hastalara profesyonel anlamda psikolojik destek verilerek içinde bulundukları stresli durumdan ve kafalarındaki belirsizlikten kurtulmaları sağlanabilir.

Covid-19'a yakalanan hastaların güçlendirilmesinin tedaviye uyumu negatif etkilemesinin olası bir açıklaması, Covid-19 hastalığının daha önce görülmemiş çapta, kendine özgü bir hastalık olmasında yatıyor olabilir. Daha önce yapılan uygulamalara ve tedavi yöntemlerine uymayan bir anlayışta seyretmesi bu hastalığı farklı kılmaktadır. Dolayısıyla bu durumun çalışmamızın bulgularını da etkilediği düşünülmektedir. Araştırmacılar Covid-19 hastalığının kendine özgü doğasını dikkate alıp çalışmalarını bu doğrultuda değerlendirmelidir.

Hipotezlerin sınamaları ve aracılık analizleri, hasta güçlendirme öncüllerinin tedavi uyumu artırıcı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, hekimlerin, özellikle sağlığı korumanın avantajlarını vurgulayarak, hastaların sağlıklarına yönelik olumlu tutumlarını teşvik etmelerini önermekteyiz. Bununla birlikte, hasta güçlendirme öncüllerinin hastaların tedaviye uyumunda düşük veya negatif bir etkiye neden olması halinde, doktorlar bunun yerine, hastalığın olumsuz sonuçlarını açıkça tanımlayarak hastaların hastalığa olan farkındalığını artırmaya çalışmalıdırlar. Benzer şekilde hasta güçlendirme, yalnızca hasta olan tüketicilerin sağlık davranışlarını değiştirmelerine (yani, sağlıklı davranışı kabul edin, riskli davranışı reddedin, değiştirin veya terk edin) yardımcı olmayı değil, aynı zamanda pazarlama tanımlarında bahsedilen gönüllü davranış değişikliğinin doğasını desteklemeyi amaçladığı için sağlık pazarlamasına sunulan bir değer kavramı olarak önerilmektedir.

Birçok hekim, hastalıklarının karmaşık yapısını ve tedavi seçeneklerini anlama açısından hastaların yeterlilik gereksinimlerini daha iyi karşılamalarına yardımcı olabilecek hasta merkezli iletişim tarzlarında yeterince deneyimli değildir; bu sebeple, sağlık hizmeti politika yapıcılarının hekimlere uygun becerileri sağlamasını

önermekteyiz. Hala hekim merkezli "doktor bilir" yaklaşımını yansıtan günümüz tıbbi iletişim faaliyetlerinin iyileştirilmesi sadece hekimlere özel eğitimler değil, aynı zamanda belirli kılavuzlar ve teşvikler de gerektirmektedir.

Hekimlerin hastalara ihtiyaçlarını ve çekincelerini sormak ve zorunlu bilgileri sağlamak konusunda yeterli zamana ihtiyaçları vardır. Bununla birlikte, birçok sağlık hizmeti sistemi, hızlı ve odaklanmış tedavileri destekleyen, hastaları yararlı bilgiler aramaya ve tedavi seçenekleri hakkında derinlemesine bilgi geliştirmeye teşvik etmek için çok az alan bırakan, kısa dönem odaklı, maliyet tasarrufu sağlayan bir yaklaşımı takip etmektedir (Van Den Berg ve Donyai, 2010: 275). Uygulanabilir olduğunda HG'yi ve öncüllerini teşvik eden uzun dönem odaklı bir yaklaşıma geçmek, daha güçlü tedavi uyumu sağlaması sonucunda sağlık hizmeti maliyetlerini düşürebilir. Ancak politika yapıcıların bu kılavuzları ve teşvikleri nasıl etkili bir şekilde tasarlayacaklarını daha fazla incelemeleri gerekmektedir.

Literatüre daha fazla katkı sağlamak adına araştırmacılar, hastalıkların daha spesifik özelliklerinin (algılanan risk, süre gibi) yanında hastanın konumunu (sigorta türü, maaş gibi) veya tedavi özelliklerini (ameliyata karşı uzun vadeli ilaç tedavisi gibi) dikkate almalıdırlar. Dahası, HG'nin tedavi uyumu üzerindeki kısmen yönlendirici potansiyel etkilerini araştırmak faydalı olacaktır.

Kişinin sağlığı üzerindeki kontrol edilebilirliği (örn., hastalığın önlenmesi açısından), özellikle salgın hastalık, diyabetli obezite gibi daha yaşam tarzı odaklı hastalıklarla ilgili olarak tedaviye uyumun daha fazla açıklanmasında önemli bir rol oynayabilir. Bundan dolayı araştırmacılara, bir bireyin sağlığı üzerindeki kontrol edilebilirliğin, hastaların davranışlarını uyarlama ve tedavilerine uyma istekliliğini nasıl etkilediğini keşfetmeyi önermekteyiz.

Bilgi kirliliği eski bir sorun olsa da sosyal medya ve internet tabanlı mesajlaşma uygulamalarının yaygınlaşmasıyla daha sık gündeme gelmeye başlamıştır. Salgın hastalık gibi kriz dönemlerinde kirli bilginin etkinliğinin tehlikeli olabilecek boyutta arttığı görülmüştür. Salgın hastalık döneminde bilgi kaynaklarının güvenilirliğinin sorgulanması özellikle aşı ve hasta güçlendirmeye karşı oluşan olumsuz algının giderilmesi bakımından önemli görülmektedir. Buna yönelik kamu kurumlarının öncülüğünde konuyla ilgili paydaşları da işin içine katarak toplumsal bir politikanın belirlenmesi ve uygulanmaya konulması gerekmektedir.

Bu çalışmamız özellikle pandemi döneminde yapılmış bir çalışmadır. Aynı modelin pandemi ve epideminin olmadığı bir dönemde yapılması hasta güçlendirmeyle ilgili kamu politikalarının oluşturulmasında farklı değişkenlerin devreye girmesine yardımcı olacaktır. Ayrıca çalışmamızda kullandığımız model, farklı değişkenler eklenerek ve farklı bölgeler bazında örneklem sayısı artırılarak denenebilir. Politika yapıcıları HG'nin sağlık hizmeti maliyetleri üzerindeki spesifik etkisiyle özellikle ilgilendiğinden, gelecekteki çalışmalar bu düşünce üzerinden şekillenebilir. Ayrıca hasta güçlendirmenin tedaviye uyumu hızlandırmasına paralel olarak maliyet düşürücü etkisinin bir halk sağlığı ve sağlık ekonomisi sorunu olması nedeniyle çalışmada kullanılan model farklı değişkenlerle test edilebilir.

KAYNAKÇA

Abbott, A. (2013). Stem-cell ruling riles researchers. *Nature*, 495(7442), 418-419.

Aharony, L., Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical care review*, 50(1), 49-79.

Ahmed, W., Angel, N., Edson, J., Bibby, K., Bivins, A., O'Brien, J. W., Choi, P. M., Kitajima, M., Simpson, S. L., Li, J. (2020). First confirmed detection of SARS-CoV-2 in untreated wastewater in Australia: a proof of concept for the wastewater surveillance of COVID-19 in the community. *Science of the Total Environment*, 728, 138764.

Alba, J. W., Hutchinson, J. W. (1987). Dimensions of consumer expertise. *Journal of consumer research*, 13(4), 411-454.

Albright, T. L., Parchman, M., Burge, S. K. (2001). Predictors of self-care behavior in adults with type 2 diabetes: an RRNeST study. *Family Medicine-Kansas City* 33(5), 354-360.

Alegría, M., Sribney, W., Perez, D., Laderman, M., Keefe, K. (2009). The role of patient activation on patient–provider communication and quality of care for US and foreign born Latino patients. *Journal of general internal medicine*, 24(3), 534-541.

Alexander, J. A., Hearld, L. R., Mittler, J. N., Harvey, J. (2012). Patient–physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness. *Health services research*, 47(3pt1), 1201-1223.

Alhazzani, W., Møller, M. H., Arabi, Y. M., Loeb, M., Gong, M. N., Fan, E., Oczkowski, S., Levy, M. M., Derde, L., Dzierba, A. (2020). Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive care medicine*, 46(5), 854-887.

Alpar, R. (2021). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler.* Ankara: Detay Yayıncılık.

Altunişik, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., Yildirim, E. (2007). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. *Sakarya Yayıncılık, Sakarya*.

Anderson, G., Horvath, J. (2004). The growing burden of chronic disease in America. *Public health reports*, 119(3), 263-270.

Anderson, J. C., Gerbing, D. W. (1984). The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrika*, 49(2), 155-173.

Anderson, J. M. (1996). Empowering patients: issues and strategies. *Social science medicine*, 43(5), 697-705.

Anderson, R., Funnell, M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient education counseling*, 79(3), 277-282.

Anderson, R. M., Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient education counseling*, 79(3), 277-282.

Anderson, R. M., Funnell, M. M., Butler, P. M., Arnold, M. S., Fitzgerald, J. T., Feste, C. C. (1995). Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. *Diabetes care*, 18(7), 943-949.

Atakan, S. S., Bagozzi, R. P., Yoon, C. (2014). Consumer participation in the design and realization stages of production: How self-production shapes consumer evaluations and relationships to products. *International Journal of Research in Marketing*, 31(4), 395-408.

Aujoulat, I., d'Hoore, W., Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient education counseling*, 66(1), 13-20.

Aujoulat, I., Marcolongo, R., Bonadiman, L., Deccache, A. (2008). Reconsidering patient empowerment in chronic illness: a critique of models of self-efficacy and bodily control. *Social science medicine*, 66(5), 1228-1239.

Baars, J. E., Markus, T., Kuipers, E. J., Van Der Woude, C. J. (2010). Patients' preferences regarding shared decision-making in the treatment of inflammatory bowel disease: results from a patient-empowerment study. *Digestion*, 81(2), 113-119.

Bakar, N. A., Rosbi, S. (2020). Effect of Coronavirus disease (COVID-19) to tourism industry. *International Journal of Advanced Engineering Research and Science*, 7(4), 189-193.

Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental psychology*, 25(5), 729-735.

Barr, P. J., Scholl, I., Bravo, P., Faber, M. J., Elwyn, G., McAllister, M. (2015). Assessment of patient empowerment-a systematic review of measures. *PloS one*, 10(5), e0126553.

Barry, M. J. (1999). Involving patients in medical decisions: how can physicians do better? *Jama*, 282(24), 2356-2357.

Bartlett, E. E., Grayson, M., Barker, R., Levine, D. M., Golden, A., Libber, S. (1984). The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *Journal of chronic diseases*, 37(9-10), 755-764.

Bass, M. J., Buck, C., Turner, L., Dickie, G., Pratt, G., Robinson, H. C. (1986). The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *Fam Pract*, 23(1), 43-47.

Baş, T. (2006). *Anket, Anket Nasıl Hazırlanır, Uygulanır, Değerlendirilir, .* Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Baştürk, S., Taştepe, M. (2013). Evren ve örneklem. In S. Baştürk (Editör). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Vize Yayıncılık, s. 129-159.

Batifoulier, P., Domin, J.-P., Gadreau, M. (2011). Market empowerment of the patient: The French experience. *Review of Social Economy*, 69(2), 143-162.

Bechel, D. L., Myers, W. A., Smith, D. G. (2000). Does patient-centered care pay off? *The Joint Commission journal on quality improvement*, 26(7), 400-409.

Bem, D. J., Allen, A. (1974). On predicting some of the people some of the time: The search for cross-situational consistencies in behavior. *Psychological review*, 81(6), 506-520.

Berg, A., Yuval, D., Michal Ivancovsky, M., Zalcberg, S., Dubani, A., Benbassat, J. (2001). Patient perception of involvement in medical care during labor and delivery. *Sat*, 27, 21.

Bertakis, K. D. (1977). The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *Fam Pract*, 5(2), 217-222.

Bland, A. R., Roiser, J. P., Mehta, M. A., Sahakian, B. J., Robbins, T. W., Elliott, R. (2022). The impact of COVID-19 social isolation on aspects of emotional and social cognition. *Cognition and Emotion*, 36(1), 49-58.

Boeckner, L. S., Kohn, H., Rockwell, S. K. (1990). A risk-reduction nutrition course for adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 90(2), 260-264.

Boomsma, A. (1982). The robustness of LISREL against small sample sizes in factor analysis models. *Systems under indirect observation: Causality, structure, prediction*, 149-173.

Botti, S., Orfali, K., Iyengar, S. S. (2009). Tragic choices: Autonomy and emotional responses to medical decisions. *Journal of consumer research*, 36(3), 337-352.

Boughton, P. D., Jacquin, E. V. (1994). A buying center approach to understanding health care marketing. *Journal of hospital marketing*, 8(2), 163-176.

Bradley, E. H., Bogardus Jr, S. T., Tinetti, M. E., Inouye, S. K. (1999). Goal-setting in clinical medicine. *Social science medicine*, 49(2), 267-278.

Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G., McAllister, M. (2015). Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC health services research*, 15(1), 1-14.

Bridges, J., Loukanova, S., Carrera, P. (2008). Patient empowerment in health care. International Encyclopedia of Public Health, 5 (pp. 17-28): Elsevier.

Broadstock, M., Michie, S. (2000). Processes of patient decision making: Theoretical and methodological issues. *Psychology Health marketing quarterly*, 15(2), 191-204.

Butler, R., Rubenstein, A., Gracia, A., Zweig, S. (1998). Type 2 diabetes: patient education and home blood glucose monitoring. 3. *Geriatrics*, 53(5), 63-67.

Byrne B. M., Campbell T. L. (1999). Cross-cultural comparisons and the presumption of equivalent measurement and theoretical structure: A look beneath the surface. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 30(5), 555-574.

Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 24(3), 561-571.

Camacho, N., De Jong, M., Stremersch, S. (2014). The effect of customer empowerment on adherence to expert advice. *International Journal of Research in Marketing*, 31(3), 293-308.

Camacho, N., Landsman, V., Stremersch, S. (2010). The connected patient. *The connected customer: The changing nature of consumer business markets*, 107-139.

Camerini, L., Schulz, P. J., Nakamoto, K. (2012). Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: a cross-sectional evaluation. *Patient education counseling*, 89(2), 337-344.

Cameron, C. (1996). Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of advanced nursing*, 24(2), 244-250.

Cengiz, H., Özkara, B. Y. (2016). Materyalizm, Öz-Benzeşim Ve Bireyselciliğin Kişiselleştirilmiş Reklam Kampanyalarına Yönelik Tutumlar Ve Bu Kampanyaları Sosyal Ağlarda Paylaşma Niyeti Üzerindeki Etkileri. *Business & Management Studies: An International Journal*, 4(1), 24-47.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2012). "Principles of Epidemiology in Public Health Practice (Third Edition)" Atlanta, Georgia. (https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/SS1978.pdf, Erişim Tarihi: 01.06.2022).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2021). "Scientific brief: SARS-CoV-2 transmission". (www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html, Erişim Tarihi: 13.04.2022).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2022a). (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/quarantine-isolation.html, Erişim Tarihi: 02.01.2022).
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2022b). (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html, Erişim Tarihi: 03.01.2022).
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2022c). (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html, Erişim Tarihi: 24.04.2022).
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2022d). (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html, Erişim Tarihi: 27.04.2022).
Cesur, M. O. ve Fer, S. (2007). Dil öğrenme stratejileri envanterinin geçerlik ve güvenirlik çalışması nedir?. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi,* 4(2), 49-74.
Chatzimarkakis, J. (2010). Why patients should be more empowered: a European perspective on lessons learned in the management of diabetes. *Journal of diabetes science technology,* 4(6), 1570-1573.
Chaudhuri, A. (2000). A macro analysis of the relationship of product involvement and information search: The role of risk. *Journal of marketing theory and practice,* 8(1), 1-15.
Chebat, J.-C., Kollias, P. (2000). The impact of empowerment on customer contact employees' roles in service organizations. *Journal of Service research,* 3(1), 66-81.
Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., Li, J., Zhao, D., Xu, D., Gong, Q. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The lancet,* 395(10226), 809-815.
Colombo, C., Moja, L., Gonzalez-Lorenzo, M., Liberati, A., Mosconi, P. (2012). Patient empowerment as a component of health system reforms: rights, benefits and vested interests. *Internal emergency medicine,* 7(2), 183-187.
Comstock, L. M., Hooper, E. M., Goodwin, J. M., Goodwin, J. S. (1982). Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *Journal of medical education,* 57(2), 105-112.
Cooper, H., Booth, K., Gill, G. (2003). Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health education research,* 18(2), 191-206.
Corbin, J., Strauss, A. (1996). Analytic ordering for theoretical purposes. *Qualitative Inquiry,* 2(2), 139-150.
Covid-19 Treatment Guidelines Panel (CTGP), (2022). Coronavirus Disease 2019 (COVİD-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. (https://www.Covid19treatmentguidelines.nih.gov/, Erişim Tarihi: 24.04.2022).
Crossley, M., Blinkhorn, A., Cox, M. (2001). 'What do our patients really want from us?': Ivestigating patients perceptions of the validity of the Chartermark criteria. *British dental journal,* 190(11), 602-606.
Csikszentmihalyi, M. (1975). Beyond boredom and anxiety. san francisco: Josseybass. *Well-being: Thefoundations of hedonic psychology,* 134-154.
Dalkılıç, S. (2022). Sağlık hizmetlerinde tüketici davranışları ve sağlıkla ilgili internet kullanımının hasta güçlendirme üzerindeki etkisi: e-sağlık okuryazarlığının

aracılık rolü, (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Yozgat Bozok Üniversitesi / Lisansüstü Eğitim Enstitüsü / İşletme Anabilim Dalı Yozgat.
Day, J. L. (1995). Why should patients do what we ask them to do? *Patient education counseling*, 26(1-3), 113-118.
Day, J. L. (2000). Diabetic patient education: determinants of success. *Diabetes/metabolism research and reviews,*, 16(S1), S70-S74.
Day, J. L. (2000). Diabetic Patient Education: Determinants of Success. *Diabetes/metabolism research and reviews,*, 16, S70-S74.
De Muynck, G.-J., Vansteenkiste, M., Delrue, J., Aelterman, N., Haerens, L., Soenens, B. (2017). The effects of feedback valence and style on need satisfaction, self-talk, and perseverance among tennis players: An experimental study. *Journal of Sport and exercise Psychology*, 39(1), 67-80.
DeCharms, R., Causation, R. P. (1968). The internal affective determinants of behavior. *New York: AcademicPress*.
Deci, E. L. (1975). Conceptualizations of intrinsic motivation *Intrinsic motivation*. Springer, s. 23-63.
Deci, E. L. (1992). Interest and the intrinsic motivation of behavior. *The role of interest in learning and development*, 43-70.
Deci, E. L., Koestner, R., Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological bulletin*, 125(6), 627-668.
Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985). Motivation and self-determination in human behavior. *NY: Plenum Publishing Co*.
Deci, E. L., Ryan, R. M. (1990). *A motivational approach to self: integration in personality*. Nebraska Symposium on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation.
Deci, E. L., Ryan, R. M. (2000). The" what" and" why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
Deen, D., Lu, W.-H., Rothstein, D., Santana, L., Gold, M. R. (2011). Asking questions: the effect of a brief intervention in community health centers on patient activation. *Patient education counseling*, 84(2), 257-260.
Dellande, S., Gilly, M. C., Graham, J. L. (2004). Gaining compliance and losing weight: The role of the service provider in health care services. *Journal of Marketing*, 68(3), 78-91.
Deshpande, A., Menon, A., Perri, M. I., Zinkhan, G. (2004). Direct-to-consumer advertising and its utility in health care decision making: a consumer perspective. *Journal of health communication*, 9(6), 499-513.
Dietrich, U. C. (1996). Factors influencing the attitudes held by women with type II diabetes: a qualitative study. *Patient education counseling*, 29(1), 13-23.
DiMatteo, M. R. (1994). The physician-patient relationship: effects on the quality of health care. *Clinical obstetrics gynecology*, 37(1), 149-161.
DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., Prince, L. M. (1980). Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical care*, 376-387.
Ding, L., Velicer, W. F., Harlow, L. L. (1995). Effects of estimation methods, number of indicators per factor, and improper solutions on structural equation modeling fit indices. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 2(2), 119-143.

Dittbrenner, H. (1997). Diabetes: working with the newly diagnosed patient. *Caring: National Association for Home Care magazine,* 16(5), 52, 55-61.

Doğan, İ. (2015). Farkli Veri Yapisi ve Örneklem Büyüklüklerinde Yapisal Eşitlik Modellerinin Geçerliği ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *Eskişehir: Eskİşehİr Osmangazİ Ünİversİtesİ Doktora Tezi*.

Dong, E., Du, H., Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet infectious diseases,* 20(5), 533-534.

Dunst, C. J., Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. *Pediatric nursing,* 22(4), 334-338.

Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British journal of general practice,* 50(460), 892-899.

Etgar, M. (2008). A descriptive model of the consumer co-production process. *Journal of the Academy of Marketing Science,* 36, 97-108.

Everingham, P., Chassagne, N. (2020). Post COVID-19 ecological and social reset: Moving away from capitalist growth models towards tourism as Buen Vivir. *Tourism Geographies,* 22(3), 555-566.

Feng, S., Shen, C., Xia, N., Song, W., Fan, M., Cowling, B. J. (2020). Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *The Lancet Respiratory Medicine,* 8(5), 434-436.

Feste, C., Anderson, R. M. (1995). Empowerment: from philosophy to practice. *Patient education and counseling,* 26(1-3), 139-144.

Fletcher, S. W., Morgan, T. M., O'Malley, M. S., Earp, J. A. L., Degnan, D. (1989). Is breast self-examination predicted by knowledge, attitudes, beliefs, or sociodemographic characteristics? *American Journal of Preventive Medicine,* 5(4), 207-215.

Flynn, L. R., Goldsmith, R. E. (1999). A short, reliable measure of subjective knowledge. *Journal of business research,* 46(1), 57-66.

Fox, N. J., Ward, K. J., O'Rourke, A. J. (2005). The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Social science medicine,* 60(6), 1299-1309.

Francis, V., Korsch, B. M., Morris, M. J. (1969). Gaps in doctor-patient communication: Patients' response to medical advice. *New England Journal of Medicine,* 280(10), 535-540.

Freire, P. (2000). Pedagogy of the oppressed (20th-Anniversary ed.). *New York: Continuum*.

Fries, J., Vickery, D. (1990). Take Care of Yourself: the Healthtrac Guide To Medical Care: Reading (MA): Addison-Wesley Publishing Company, Inc.

Fumagalli, L. P., Radaelli, G., Lettieri, E., Masella, C. (2015). Patient empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy,* 119(3), 384-394.

Funnell, M. M., Anderson, R. M., Arnold, M. S., Barr, P. A., Donnelly, M., Johnson, P. D., Taylor-Moon, D., White, N. H. (1991). Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *The Diabetes Educator,* 17(1), 37-41.

Furlong, Y., Finnie, T. (2020). Culture counts: the diverse effects of culture and society on mental health amidst COVID-19 outbreak in Australia. *Irish journal of psychological medicine,* 37(3), 237-242.

Gagné, M., Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational behavior,* 26(4), 331-362.

Garcimartin, P., Comin-Colet, J., Delgado-Hito, P., Badosa-Marcé, N., Linas-Alonso, A. (2017). Transcultural adaptation and validation of the patient empowerment in long-term conditions questionnaire. *BMC health services research,* 17(1), 1-9.

Geest, T. A., Wetzels, R., Raposo, V., Lopes Ferreira, P., Baker, R., Wensing, M., Olesen, F. (2005). Elderly patients' and GPs' views on different methods for patient involvement: an international qualitative interview study. *Family practice,* 22(2), 184-191.

George, J., Valdovinos, A., Russell, I., Dromgoole, P., Lomax, S., Torgerson, D., Wells, T., Thow, J. (2008). Clinical effectiveness of a brief educational intervention in Type 1 diabetes: Results from the BITES (Brief Intervention in Type 1 diabetes, Education for Self-efficacy) trial. *Diabetic Medicine,* 25(12), 1447-1453.

Giacomelli, A., Pezzati, L., Conti, F., Bernacchia, D., Siano, M., Oreni, L. (2020). Self-reported olfactory and taste disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study [published online ahead of print, 2020 Mar 26]. *Clin Infect Dis,* 71, 889-890.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing,* 16(3), 354-361.

Glazer, N. Y. (1990). The home as workshop: Women as amateur nurses and medical care providers. *Gender Society,* 4(4), 479-499.

Godbold, N. J. (2013). Tensions in compliance for renal patients–how renal discussion groups conceive knowledge and safe care. *Health Sociology Review,* 22(1), 52-64.

Golin, C. E., DiMatteo, M. R., Gelberg, L. (1996). The role of patient participation in the doctor visit: implications for adherence to diabetes care. *Diabetes care,* 19(10), 1153-1164.

Goodyear-Smith, F., Buetow, S. (2001). Power issues in the doctor-patient relationship. *Health care analysis,* 9(4), 449-462.

Grace, V. M. (1991). The marketing of empowerment and the construction of the health consumer: A critique of health promotion. *International Journal of Health Services,* 21(2), 329-343.

Green, M. F., Horan, W. P., Lee, J. (2019). Nonsocial and social cognition in schizophrenia: current evidence and future directions. *World Psychiatry,* 18(2), 146-161.

Green, M. S., Swartz, T., Mayshar, E., Lev, B., Leventhal, A., Slater, P. E., Shemer, J. (2002). When is an epidemic an epidemic? *The Israel Medical Association journal: IMAJ,* 4(1), 3-6.

Greene, J., Hibbard, J. H. (2012). Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of general internal medicine,* 27(5), 520-526.

Groene, O., Klazinga, N., Wagner, C., Arah, O. A., Thompson, A., Bruneau, C., Suñol, R. (2010). Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)'project. *BMC health services research,* 10(1), 1-10.

Guadagnoli, E., Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological bulletin,* 103(2), 265-275.

Guadagnoli, E., Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social science & medicine*, 47(3), 329-339.
Guan, W.-j., Ni, Z.-y., Hu, Y., Liang, W.-h., Ou, C.-q., He, J.-x., Liu, L., Shan, H., Lei, C.-l., Hui, D. S. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1708-1720.
Hadley, C. N., Pittinsky, T. L., Sommer, S. A., Zhu, W. (2011). Measuring the efficacy of leaders to assess information and make decisions in a crisis: The C-LEAD scale. *The Leadership Quarterly*, 22(4), 633-648.
Haerens, L., Aelterman, N., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Van Petegem, S. (2015). Do perceived autonomy-supportive and controlling teaching relate to physical education students' motivational experiences through unique pathways? Distinguishing between the bright and dark side of motivation. *Psychology of sport and exercise*, 16, 26-36.
Hager, D. N., Krishnan, J. A., Hayden, D. L., Brower, R. G. (2005). Tidal volume reduction in patients with acute lung injury when plateau pressures are not high. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 172(10), 1241-1245.
Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. (2010). Multivariate data analysis: *Pearson College division.* Person: London, UK.
Hall, J. A., Roter, D. L., Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical care*, 657-675.
Hampson, S. E., McKay, H. G., Glasgow, R. E. (1996). Patient-physician interactions in diabetes management: consistencies and variation in the structure and content of two consultations. *Patient education and counseling*, 29(1), 49-58.
Harvey, L., Fowles, J. B., Xi, M., Terry, P. (2012). When activation changes, what else changes? The relationship between change in patient activation measure (PAM) and employees' health status and health behaviors. *Patient education counseling*, 88(2), 338-343.
Hausman, A. (2004). Modeling the patient-physician service encounter: improving patient outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(4), 403-417.
Hennessy-Harstad, E. B. (1999). Empowering adolescent with asthma to take control through adaptation. *Journal of Pediatric Health Care*, 13(6), 273-277.
Henriques, M. (2020). Will Covid-19 have a lasting impact on the environment. *BBC news*. (https://www.bbc.com/future/article/20200326-Covid-19-the-impact-of-coronavirus-on-the-environment, Erişim Tarihi: 25.04.2022).
Hibbard, J. H., Collins, P. A., Mahoney, E., Baker, L. H. (2010). The development and testing of a measure assessing clinician beliefs about patient self-management. *Health Expectations*, 13(1), 65-72.
Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health services research*, 42(4), 1443-1463.
Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health services research*, 40(6p1), 1918-1930.
Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health services research*, 39(4p1), 1005-1026.
Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Silver, R. C., Everall, I. (2020). Multidisciplinary

research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560.

Holmström, I., Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. *Patient education counseling*, 79(2), 167-172.

Hooper, D., Coughlan, J., Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Journal of Business Research Methods*, 6, 53-60.

Hossini Rafsanjanipoor, S. M., Zakeri, M. A., Dehghan, M., Kahnooji, M., Sanji Rafsanjani, M., Ahmadinia, H., Zakeri, M. (2022). Iranian psychosocial status and its determinant factors during the prevalence of COVID-19 disease. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 30-41.

Howie, J., Heaney, D. J., Maxwell, M., Walker, J. J. (1998). A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Family practice*, 15(2), 165-171.

Hu, B., Guo, H., Zhou, P., Shi, Z.-L. (2021). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*, 19(3), 141-154.

Hudon, C., St-Cyr Tribble, D., Bravo, G., Poitras, M. E. (2011). Enablement in health care context: a concept analysis. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17(1), 143-149.

Hudon, C., St-Cyr Tribble, D., Légaré, F., Bravo, G., Fortin, M., Almirall, J. (2010). Assessing enablement in clinical practice: a systematic review of available instruments. *Journal of evaluation in clinical practice*, 16(6), 1301-1308.

Hung, M., Carter, M., Hayden, C., Dzierzon, R., Morales, J., Snow, L., Butler, J., Bateman, K., Samore, M. (2013). Psychometric assessment of the patient activation measure short form (PAM-13) in rural settings. *Quality of Life Research*, 22(3), 521-529.

Imanaka, Y., Araki, S., Nobutomo, K. (1993). Effects of patient health beliefs and satisfaction on compliance with medication regimens in ambulatory care at general hospitals. *Nippon Eiseigaku Zasshi*, 48(2), 601-611.

International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV), (2022). (https://talk.ictvonline.org/information/w/news/1300/page, Erişim Tarihi: 02.01.2022).

Islam, D.-U. S., Bhuiyan, M. A. H. (2016). Impact scenarios of shrimp farming in coastal region of Bangladesh: an approach of an ecological model for sustainable management. *Aquaculture International*, 24(4), 1163-1190.

Jack Jr, L., Liburd, L., Vinicor, F., Brody, G., Murry, V. M. (1999). Influence of the environmental context on diabetes self-management: a rationale for developing a new research paradigm in diabetes education. *The Diabetes Educator*, 25(5), 775-790.

Jayanti, R. K., Burns, A. C. (1998). The antecedents of preventive health care behavior: An empirical study. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 26(1), 6-15.

John, J. (1991). Improving quality through patient-provider communication. *Marketing Health Services*, 11(4), 51.

Johnson, M. O. (2011). The shifting landscape of health care: toward a model of health care empowerment. *American Journal of Public Health*, 101(2), 265-270.

Jones, G. R. (1983). Psychological orientation and the process of organizational socialization: An interactionist perspective. *Academy of management review,* 8(3), 464-474.
Jones, I. R., Berney, L., Kelly, M., Doyal, L., Griffiths, C., Feder, G., Hillier, S., Rowlands, G., Curtis, S., medicine. (2004). Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care. *Social science,* 59(1), 93-102.
Kaplan, S. H., Greenfield, S., Ware Jr, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical care*, S110-S127.
Kata, A. (2010). A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine,* 28(7), 1709-1716.
Kincey, J., Bradshaw, P., Ley, P. (1975). Patients' satisfaction and reported acceptance of advice in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners,* 25(157), 558-566.
Kinmonth, A., Murphy, E., Marteau, T. (1989). Diabetes and its care--what do patients expect? *The Journal of the Royal College of General Practitioners,* 39(325), 324-327.
Kucirka, L. M., Lauer, S. A., Laeyendecker, O., Boon, D., Lessler, J. (2020). Variation in false-negative rate of reverse transcriptase polymerase chain reaction–based SARS-CoV-2 tests by time since exposure. *Annals of internal medicine,* 173(4), 262-267.
Kuo, F.-Y., Chu, T.-H., Hsu, M.-H., Hsieh, H.-S. (2004). An investigation of effort–accuracy trade-off and the impact of self-efficacy on Web searching behaviors. *Decision Support Systems,* 37(3), 331-342.
Kyung Chang, A., Fritschi, C., Kim, M. J. (2012). Nurse-led empowerment strategies for hypertensive patients with metabolic syndrome. *Contemporary nurse,* 42(1), 118-128.
Larson, C. O., Nelson, E. C., Gustafson, D., Batalden, P. B. (1996). The relationship between meeting patients' information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes. *International Journal for Quality in Health Care,* 8(5), 447-456.
Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., Place, S., Van Laethem, Y., Cabaraux, P., Mat, Q., Huet, K., Plzak, J., Horoi, M., Hans, S. (2020). Clinical and epidemiological characteristics of 1420 European patients with mild-to-moderate coronavirus disease 2019. *Journal of internal medicine,* 288(3), 335-344.
Légaré, F., Witteman, H. O. (2013). Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health affairs,* 32(2), 276-284.
Lenert, L. (2009). Transforming healthcare through patient empowerment. *Information Knowledge Systems Management,* 8(1-4), 159-175.
Li, G., De Clercq, E. (2020). Therapeutic options for the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). *Nature reviews Drug discovery,* 19(3), 149-150.
Lochman, J. E. (1983). Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of community health,* 9(2), 91-109.
Longtin, Y., Sax, H., Allegranzi, B., Hugonnet, S., Pittet, D. (2009). Patients' beliefs and perceptions of their participation to increase healthcare worker compliance with hand hygiene. *Infection Control Hospital Epidemiology,* 30(9), 830-839.

Lorig, K. R., Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine,* 26(1), 1-7.

Lu, X., Zhang, L., Du, H., Zhang, J., Li, Y. Y., Qu, J., Zhang, W., Wang, Y., Bao, S., Li, Y. (2020). SARS-CoV-2 infection in children. *New England Journal of Medicine,* 382(17), 1663-1665.

Lytle, R. S., Mokwa, M. P. (1992). Evaluating health care quality: The moderating role of outcomes. *Journal of health care marketing,* 12(1).

Marsh, H. W., Hau, K. T., Artelt, C., Baumert, J., ve Peschar, J. L. (2006). OECD's brief self-report measure of educational psychology's most useful affective constructs: Cross-cultural, psychometric comparisons across 25 countries. *International Journal of Testing*, 6(4), 311-360.

Martin, P. M., Martin-Granel, E. (2006). 2,500-year evolution of the term epidemic. *Emerging infectious diseases,* 12(6), 976-980.

McAllister, M., Dunn, G., Payne, K., Davies, L., Todd, C. (2012). Patient empowerment: the need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC health services research*, 12(1), 1-8.

McCord, E., Brandenburg, C. (1995). Beliefs and attitudes of persons with diabetes. *Family Medicine-Kansas City,* 27(4), 267-271.

McGregor, S. (2006). Roles, power and subjective choice. *Patient education counseling,* 60(1), 5-9.

McKay, B., Forbes, J., Bourner, K. (1990). Empowerment in general practice. The trilogies of caring. *Australian family physician,* 19(4), 513, 516-520.

Menon, A. M., Deshpande, A. D., George, M. Z., Perri, M. I. (2004). A model assessing the effectiveness of direct-toconsumer advertising: integration of concepts and measures from marketing and healthcare. *International Journal of Advertising,* 23(1), 91-117.

Menon, S. T. (1999). Psychological empowerment: Definition, measurement, and validation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement,* 31(3), 161-164.

Milyavskaya, M., Nadolny, D., Koestner, R. (2014). Where do self-concordant goals come from? The role of domain-specific psychological need satisfaction. *Personality and Social Psychology Bulletin,* 40(6), 700-711.

Mittal, B. (1989). Must consumer involvement always imply more information search? *ACR North American Advances,* 16(1), 167-172.

Moorman, C. (1990). The effects of stimulus and consumer characteristics on the utilization of nutrition information. *Journal of consumer research,* 17(3), 362-374.

Moorman, C., Matulich, E. (1993). A model of consumers' preventive health behaviors: The role of health motivation and health ability. *Journal of consumer research,* 20(2), 208-228.

Murphy, J., Coster, G. (1997). Issues in patient compliance. *Drugs,* 54(6), 797-800.

Nodhturft, V., Schneider, J. M., Hebert, P., Bradham, D. D., Russo, K., Clark, V. (2000). Chronic disease self-management. *Improving Health Outcomes. Nursing Clinics of North America,* 35(2), 507-518.

Ntounis, N., Parker, C., Skinner, H., Steadman, C., Warnaby, G. (2022). Tourism and Hospitality industry resilience during the Covid-19 pandemic: Evidence from England. *Current Issues in Tourism,* 25(1), 46-59.

O'Brien, M. K., Petrie, K., Raeburn, J. (1992). Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. *Medical care review*, 49(4), 435-454.

O'Cathain, A., Goode, J., Luff, D., Strangleman, T., Hanlon, G., Greatbatch, D. (2005). Does NHS Direct empower patients? *Social science medicine,* 61(8), 1761-1771.

Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science medicine,* 40(7), 903-918.

Ouschan, R., Sweeney, J., Johnson, L. (2006). Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing,* 40(9/10), 1068-1086.

Ouschan, R., Sweeney, J. C., Johnson, L. W. (2000). Dimensions of patient empowerment: implications for professional services marketing. *Health marketing quarterly,* 18(1-2), 99-114.

Ozer, E. M., Bandura, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: a self-efficacy analysis. *Journal of personality and social psychology,* 58(3), 472-486.

Pan, L., Wang, J., Wang, X., Ji, J. S., Ye, D., Shen, J., Li, L., Liu, H., Zhang, L., Shi, X. (2022). Prevention and control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in public places. *Environmental Pollution,* 292, 118273.

Patel, J. (1993). Empowerment of diabetics: a challenge for community nursing. *British Journal of Nursing,* 2(8), 405-409.

Paterson, B. L., Thorne, S., Dewis, M. (1998). Adapting to and managing diabetes. *Image: The Journal of Nursing Scholarship,* 30(1), 57-62.

Pau, A. K., Aberg, J., Baker, J., Belperio, P. S., Coopersmith, C., Crew, P., Grund, B., Gulick, R. M., Harrison, C., Kim, A. (2021). Convalescent plasma for the treatment of COVID-19: perspectives of the National Institutes of Health COVID-19 treatment guidelines panel. *Annals of internal medicine,* 174(1), 93-95.

Pavia, T. M., Mason, M. J. (2004). The reflexive relationship between consumer behavior and adaptive coping. *Journal of consumer research,* 31(2), 441-454.

Pereira, R. P. T., Ribeiro, G. M., Filimonau, V. (2017). The carbon footprint appraisal of local visitor travel in Brazil: A case of the Rio de Janeiro-São Paulo itinerary. *Journal of cleaner production,* 141, 256-266.

Peyrot, M. (1999). Behavior change in diabetes education. *The Diabetes Educator,* 25(6_suppl), 62-73.

Pham, J. C., Seth Trueger, N., Hilton, J., Khare, R. K., Smith, J. P., Bernstein, S. L. (2011). Interventions to improve patient-centered care during times of emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine,* 18(12), 1289-1294.

Powers, T. L., Bendall, D. (2004). Improving health outcomes through patient empowerment. *Journal of hospital marketing public relations,* 15(1), 45-59.

Prigge, J.-K., Dietz, B., Homburg, C., Hoyer, W. D., Burton, J. L. (2015). Patient empowerment: A cross-disease exploration of antecedents and consequences. *International Journal of Research in Marketing,* 32(4), 375-386.

Puig, R., Kiliç, E., Navarro, A., Albertí, J., Chacón, L., Fullana-i-Palmer, P. (2017). Inventory analysis and carbon footprint of coastland-hotel services: a Spanish case study. *Science of the Total Environment,* 595, 244-254.

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry,* 33(2), e100213.

Rappaport, J. (1984). Studies of Empowerment: Introduction to The Issue, . *Prevention In Human Services*, 3, 1-7.
Reidenbach, R. E., Sandifer-Smallwood, B. (1990). Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal of health care marketing*, 10(4).
Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435.
Reiser, S. J. (1993). The era of the patient: Using the experience of illness in shaping the missions of health care. *Jama*, 269(8), 1012-1017.
Rifon, N. J., Mavis, B. E., Tucker, E. (1992). Health promotion services consumption: Involvement and program choice. *ACR North American Advances*, 19(1), 679-687.
Rigby, K. (1986). Acceptance of authority, self, and others. *The Journal of social psychology*, 126(4), 493-501.
Rissel, C. (1994). Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health promotion international*, 9(1), 39-47.
Roberts, K. J. (1999). Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expectations*, 2(2), 82-92.
Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L. (1997). Measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
Rogers, E. S., Ralph, R. O., Salzer, M. S. (2010). Validating the empowerment scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatric Services*, 61(9), 933-936.
Rolfe, A., Cash-Gibson, L., Car, J., Sheikh, A., McKinstry, B. (2014). Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane database of systematic reviews*(3), 1-57.
Roter, D. L., Hall, J. A., Katz, N. R. (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical care*, 437-451.
Rume, T., Islam, S. D.-U. (2020). Environmental effects of COVID-19 pandemic and potential strategies of sustainability. *Heliyon*, 6(9), e04965.
Ryan, R. M., Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: examining reasons for acting in two domains. *Journal of personality and social psychology*, 57(5), 749-761.
Ryan, R. M., Connell, J. P., Deci, E. L. (1985). A motivational analysis of self-determination and self-regulation in education. *Research on motivation in education: The classroom milieu*, 2, 13-51.
Ryan, R. M., Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Publications.
Sağlık Bakanlığı. (2021). "COVİD-19 Bilgilendirme Platformu", T.C. Sağlık Bakanlığı. (https://Covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/Covid-19-nedir-.html , Erişim: 25 Kasım 2021).
Sağlık Bakanlığı. (2022). Covid-19 Bilgilendirme Platformu (https://Covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/Covid-19-nedir-.html, Erişim Tarihi: 27.04.2022).
Sahlin-Andersson, K., Engwall, L. (2002). *The expansion of management knowledge: Carriers, flows, and sources*. Stanford University Press.

Sanders, J. M., Monogue, M. L., Jodlowski, T. Z., Cutrell, J. B. (2020). Pharmacologic treatments for coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. *Jama*, 323(18), 1824-1836.

Scambler, S., Newton, P., Sinclair, A., Asimakopoulou, K. (2012). Barriers and opportunities of empowerment as applied in diabetes settings: a focus on health care professionals' experiences. *Diabetes research clinical practice*, 97(1), e18-e22.

Scheibehenne, B., Greifeneder, R., Todd, P. M. (2010). Can there ever be too many options? A meta-analytic review of choice overload. *Journal of consumer research*, 37(3), 409-425.

Schulz, A., Israel, B. A., Zimmerman, M. A., Checkoway, B. N. (1995). Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels. *Health education research*, 10(3), 309-327.

Schulz, P. J., Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient education counseling*, 90(1), 4-11.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. *J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, 35, 37.

Segal, L. (1998). The importance of patient empowerment in health system reform. *Health Policy*, 44(1), 31-44.

Segall, A., Burnett, M. (1980). Patient evaluation of physician role performance. *Social Science Medicine. Part A: Medical Psychology Medical Sociology*, 14(4), 269-278.

Senécal, C., Nouwen, A., White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology*, 19(5), 452-457.

Sethuraman, N., Jeremiah, S. S., Ryo, A. (2020). Interpreting diagnostic tests for SARS-CoV-2. *Jama*, 323(22), 2249-2251.

Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., DiMatteo, M. R., Kravitz, R. L. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of behavioral medicine*, 15(5), 447-468.

Singh, J., Cuttler, L., Silvers, J. (2004). Toward understanding consumers' role in medical decisions for emerging treatments: Issues, framework and hypotheses. *Journal of business research*, 57(9), 1054-1065.

Singh, N., Tang, Y., Ogunseitan, O. A. (2020). Environmentally sustainable management of used personal protective equipment. *Environmental science & technology*, 54(14), 8500-8502.

Singh, S., Butow, P., Charles, M., Tattersall, M. H. (2010). Shared decision making in oncology: assessing oncologist behaviour in consultations in which adjuvant therapy is considered after primary surgical treatment. *Health Expectations*, 13(3), 244-257.

Skelton, R. (1994). Nursing and empowerment: concepts and strategies. *Journal of advanced nursing*, 19(3), 415-423.

Skolasky, R. L., Green, A. F., Scharfstein, D., Boult, C., Reider, L., Wegener, S. T. (2011). Psychometric properties of the patient activation measure among multimorbid older adults. *Health services research*, 46(2), 457-478.

Smith, S. K., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D., McCaffery, K. J. (2009). Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Social science medicine,* 69(12), 1805-1812.

Somani, M., Srivastava, A. N., Gummadivalli, S. K., Sharma, A. (2020). Indirect implications of COVID-19 towards sustainable environment: an investigation in Indian context. *Bioresource Technology Reports,* 11, 100491.

Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P. S., D'Lugoff, B. C. (1981). The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health,* 71(2), 127-131.

Steele, D. J., Blackwell, B., Gutmann, M. C., Jackson, T. C. (1987). The activated patient: dogma, dream, or desideratum? *Patient education counseling,* 10(1), 3-23.

Strecher, V. J., Seijts, G. H., Kok, G. J., Latham, G. P., Glasgow, R., DeVellis, B., Meertens, R. M., Bulger, D. W. (1995). Goal setting as a strategy for health behavior change. *Health education quarterly,* 22(2), 190-200.

Stremersch, S. (2008). Health and marketing: The emergence of a new field of research. *International Journal of Research in Marketing,* 25(4), 229-233.

Stremersch, S., Van Dyck, W. (2009). Marketing of the life sciences: A new framework and research agenda for a nascent field. *Journal of Marketing,* 73(4), 4-30.

Swartz, T. A., Brown, S. W. (1989). Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional service quality. *Journal of the Academy of Marketing Science,* 17(2), 189-195.

Şencan, H. (2005). *Güvenilirlik ve geçerlilik.* Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Terry, P. E., Healey, M. L. (2000). The physician's role in educating patients. *Journal of Family Practice,* 49(4), 314-314.

Thomas, K. W., Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intrinsic task motivation. *Academy of management review,* 15(4), 666-681.

Thompson, A. G. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Social science medicine,* 64(6), 1297-1310.

Thomson, R., Murtagh, M., Khaw, F. M. (2005). Tensions in public health policy: patient engagement, evidence-based public health and health inequalities. *BMJ Quality Safety,* 14(6), 398-400.

Toljamo, M., Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of clinical nursing,* 10(5), 618-627.

Tong, J. Y., Wong, A., Zhu, D., Fastenberg, J. H., Tham, T. (2020). The prevalence of olfactory and gustatory dysfunction in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery,* 163(1), 3-11.

Torre, D. A. (1986). Empowerment: Structured Conceptualization And Instrument Development *(Power, Questionnaire Construction, Multidimensional Scaling),* Cornell University.

Vallerand, R. J., Reid, G. (1984). On the causal effects of perceived competence on intrinsic motivation: A test of cognitive evaluation theory. *Journal of Sport and exercise Psychology,* 6(1), 94-102.

Van Den Berg, M., Donyai, P. (2010). How was patient empowerment portrayed in information leaflets describing the community pharmacy Medicines Use Review service in the UK? *Patient education and counseling*, 80(2), 274-276.

Van Uden-Kraan, C. F., Drossaert, C. H., Taal, E., Seydel, E. R., van de Laar, M. A. (2009). Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. *Patient education counseling*, 74(1), 61-69.

Vansteenkiste, M., Aelterman, N., De Muynck, G.-J., Haerens, L., Patall, E., Reeve, J. (2018). Fostering personal meaning and self-relevance: A self-determination theory perspective on internalization. *The Journal of Experimental Education*, 86(1), 30-49.

Vansteenkiste, M., Ryan, R. M., Soenens, B. (2020). Basic psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions. *Motivation and Emotion*, 44, 1-31.

Veitch, K. (2010). The government of health care and the politics of patient empowerment: New Labour and the NHS reform agenda in England. *Law & Policy*, 32(3), 313-331.

Velicer, W. F., Peacock, A. C., Jackson, D. N. (1982). A comparison of component and factor patterns: A Monte Carlo approach. *Multivariate Behavioral Research*, 17(3), 371-388.

Wakefield, D., Bayly, J., Selman, L. E., Firth, A. M., Higginson, I. J., Murtagh, F. E. (2018). Patient empowerment, what does it mean for adults in the advanced stages of a life-limiting illness: A systematic review using critical interpretive synthesis. *Palliative Medicine*, 32(8), 1288-1304.

Wallace, P., Barber, J., Clayton, W., Currell, R., Fleming, K., Garner, P., Haines, A., Harrison, R., Jacklin, P., Jarrett, C. (2004). Virtual outreach: a randomised controlled trial and economic evaluation of joint teleconferenced medical consultations. *Health Technol Asses*, 8(50), 1-122.

Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American journal of health promotion*, 6(3), 197-205.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.

Wang, C. C., Prather, K. A., Sznitman, J., Jimenez, J. L., Lakdawala, S. S., Tufekci, Z., Marr, L. C. (2021). Airborne transmission of respiratory viruses. *Science*, 373(6558), eabd9149.

Wang, W., Xu, Y., Gao, R., Lu, R., Han, K., Wu, G., Tan, W. (2020). Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. *Jama*, 323(18), 1843-1844.

Wen, J., Aston, J., Liu, X., Ying, T. (2020). Effects of misleading media coverage on public health crisis: a case of the 2019 novel coronavirus outbreak in China. *Anatolia*, 31(2), 331-336.

Wensing, M., van Lieshout, J., Jung, H. P., Hermsen, J., Rosemann, T. (2008). The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC health services research*, 8(1), 1-6.

White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological review*, 66(5), 297-333.
Wiersinga, W. J., Rhodes, A., Cheng, A. C., Peacock, S. J., Prescott, H. C. (2020). Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. *Jama*, 324(8), 782-793.
Williams, G. C., Rodin, G. C., Ryan, R. M., Grolnick, W. S., Deci, E. L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17(3), 269-276.
Williamson, A. R., Hunt, A. E., Pope, J. F., Tolman, N. M. (2000). Recommendations of dietitians for overcoming barriers to dietary adherence in individuals with diabetes. *The Diabetes Educator*, 26(2), 272-279.
Willson, P., McNamara, J. R. (1982). How perceptions of a simulated physician-patient interaction influence intended satisfaction and compliance. *Social science medicine*, 16(19), 1699-1704.
Wolf, M. H., Putnam, S. M., James, S. A., Stiles, W. B. (1978). The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *Journal of behavioral medicine*, 1(4), 391-401.
Wong, N., King, T. (2008). The cultural construction of risk understandings through illness narratives. *Journal of consumer research*, 34(5), 579-594.
World Health Organization. Regional Office for Europe. (2013). Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. World Health Organization. Regional Office for Europe. (https://apps.who.int/iris/handle/10665/326442, Erişim Tarihi: 13.11.2022).
World Health Organization (WHO), (2020). Coronavirus disease 2019 (COVİD-19). Situation report – 51. (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-Covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10, Erişim Tarihi: 13.04.2022).
World Health Organization (WHO), (2021a), "Coronavirus disease (COVİD-19): How is it transmitted?". (https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-Covid-19-how-is-it-transmitted, Erişim Tarihi: 13.04.2022).
World Health Organization (WHO), (2021b). Preventing and mitigating COVİD-19 at work: policy brief, (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-workplace-actions-policy-brief-2021-1, Erişim Tarihi: 27.04.2022).
World Health Organization (WHO), (2022a). (https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1, Erişim Tarihi: 02.01.2022).
Wosinska, M. (2005). Direct-to-consumer advertising and drug therapy compliance. *Journal of Marketing Research*, 42(3), 323-332.
Wu, F., Zhao, S., Yu, B., Chen, Y.-M., Wang, W., Song, Z.-G., Hu, Y., Tao, Z.-W., Tian, J.-H., Pei, Y.-Y. (2020). A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*, 579(7798), 265-269.
Wu, Z., McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*, 323(13), 1239-1242.
Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89(2), 302-314.
Yeyati, E. L., Filippini, F. (2021). Social and economic impact of COVID-19.

Yunus, A. P., Masago, Y., Hijioka, Y. (2020). COVID-19 and surface water quality: improved lake water quality during the lockdown. *Science of the Total Environment*, 731, 139012.

Zaichkowsky, J. L. (1985). Measuring the involvement construct. *Journal of consumer research*, 12(3), 341-352.

Zambrano-Monserrate, M. A., Ruano, M. A., Sanchez-Alcalde, L. (2020). Indirect effects of COVID-19 on the environment. *Science of the Total Environment*, 728, 138813.

Zhao, J., Yuan, Q., Wang, H., Liu, W., Liao, X., Su, Y., Wang, X., Yuan, J., Li, T., Li, J. (2020). Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients with novel coronavirus disease 2019. *Clinical infectious diseases*, 71(16), 2027-2034.

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 382, 727-733.

Zoffmann, V., Lauritzen, T. (2006). Guided self-determination improves life skills with type 1 diabetes and A1C in randomized controlled trial. *Patient education counseling*, 64(1-3), 78-86.

EKLER

EK-1 Anket Formu

Sayın Katılımcı:

Bu anket çalışması, hasta güçlendirmenin Covid 19'daki rolüne ilişkin önemli bilgiler sunarak, bu hastalıkla nasıl başa çıkılacağına dair hastalara pratik öneriler sunmak amacıyla yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz cevaplarla Covid 19'a yakalanan/yakalanmış hastaların tedaviye katılımını teşvik etmek, tedavi planlarını gerçekleştirmelerinde güçlendirmek için gerekli taahhüdü elde etmeye yönelik çalışmalara ışık tutacak verilerin elde edilmesine yardımcı olacaksınız. Anket değerlendirilmesinde gizlilik ilkesine uyulacaktır ve çalışmaya katılma konusunda gönüllülük ilkesi temel alınmıştır.

Anket 28 sorudan oluşmakta olup katılımınız için teşekkür ederiz.

A. Demografik değişkenlere ilişkin sorular

1. Yaşınız?

   □ 18-34 □ 35-49 □ 50-64 □ 65 ve üzeri

2. Cinsiyetiniz?

   □ Kadın □ Erkek

3. Eğitim Seviyeniz?

   □ İlkokul □ Ortaokul □ Lise □ Ön Lisans

   □ Lisans □ Lisansüstü

4. İkamet ettiğiniz il?

   □ Amasya □ Samsun □ Tokat □ Çorum

5. Aşı durumunuz?

   □ Aşı olmadım □ 1. doz □ 2. doz □ 3. doz

   □ 4. doz □ 5 ve üzeri doz

6. Covid-19 hastalığını kaçıncı kez geçirdiniz?

   □ 1 kez □ 2 kez □ 3 ve üzeri

EK-1 (devam) Anket Formu

B. Hasta Güçlendirme ile ilgili sorular

			Tamamen Katılıyorum	**Katılıyorum**	**Çekimserim**	**Katılmıyorum**	**Tamamen Katılmıyorum**
Hasta güçlendirme öncülleri	(1) Sağlık katılımı	1. Sağlığım benim için en önemli şey.					
		2. Sağlığımla ilgileniyorum ve sağlık tehlikelerini önlemek için harekete geçmeye çalışıyorum.					
		3. Sağlığıma dikkat etmek benim için çok şey ifade ediyor.					
	(2) Öz yeterlik	4. Yeni bir durumla karşılaştığımda bununla nasıl başa çıkacağımı biliyorum.					
		5. Herhangi bir sıkıntı durumunda genellikle bir çözüm düşünebilirim.					
		6. Yoluma engel olarak ne çıkarsa çıksın, üstesinden gelebilirim.					
	(3) Hekim yetkisinin kabulü	7. Hastalıkların tedavisi öncelikle bir hekimin işidir.					
		8. Hekim genellikle hasta için neyin iyi olduğunu bilir.					
		9. Kişi bir hekimin tedavi önerisine uymalıdır.					
Hasta güçlendirme	(4) Bilgi arama	10. Hastalığımla ilgili bilgi ararım.					
		11. Hastalığımla ilgili bilgileri düzenli olarak araştırırım.					
		12. Hastalığımla ilgili bilgileri sistematik olarak araştırırım.					
		13. Hastalığımla ilgili bilgi toplamak için çok zaman harcarım.					
	(5) Bilgi geliştirme	14. Hastalığıma sahip diğer hastalarla karşılaştırıldığında kendime "uzman" derim.					
		15. Hekimime kıyasla hastalığımla ilgili güncel bilgileri kolayca takip ederim.					
		16. Hastalığım hakkında edindiğim bilgileri sistematik olarak incelerim.					
	(6) Kararlara katılım	17. Tedavimi planlamada önerilerle katkıda bulunurum.					
		18. Tedaviye ilişkin kararlarda önemli bir etkim var.					
		19. Hekimimle birlikte hastalığımın tedavisinin planlanmasına yoğun şekilde katılırım.					
Hasta güçlendirme sonucu	(7) Tedaviye uyum	20. Hekimin yazdığı ilaçları doğru zamanda alırım.					
		21. Hekimimin yazdığı ilacı doğru dozda alırım.					
		22. Reçete edilen tedaviyi düzenli ve sürekli takip ederim.					

EK-2 Etik Komisyon Raporu

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.05.2022-99479

T.C.
ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : E-11054618-302.08.01-99479
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 15.04.2022 tarih ve E.91929 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı **Doktora öğrencisi Gökhan COŞKUN, Prof.Dr. Sezer KORKMAZ** danışmanlığında yürüttüğü **"Hasta Güçlendirme: Öncüllerin ve Sonuçların Covid-19 Üzerinden Karşılaştırmalı Araştırılması"** adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 25.05.2022 tarih ve 07 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Etik Komisyonunca onaylanan ilgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş; karara ilişkin katılım listesi ve onaylanan çalışmalar ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Araştırma Kod No:2022/140

Prof. Dr. İlhan ÜZÜLMEZ
Komisyon Başkanı

Ek:
1- Katılımcı Listesi
2- Onaylı Çalışma

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2 (devam) Etik Komisyon Raporu

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.05.2022-99479

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ :25.05.2022	TOPLANTI SAYISI : 07
ADI-SOYADI	
Prof.Dr. İlhan ÜZÜLMEZ BAŞKAN	
Prof.Dr. M.Fadıl YILDIRIM Başkan Yrd.	
Prof.Dr. Mustafa EKİNCİKLİ	
Prof.Dr. Yıldız AYANOĞLU	
Prof.Dr. Bekir ESKİCİ	
Prof.Dr. Ramazan Pars ŞAHBAZ	
Prof.Dr. Neşe Yaşar ÇEĞİNDİR	
Prof.Dr. Bilgehan GÜLCAN	
Prof.Dr. Funda YURDAKUL	
Prof.Dr. Serdar ÖZTÜRK	

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : COŞKUN, Gökhan

Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi	2013
Lisans	Gazi Üniversitesi	2009
Lise	100. Yıl Anadolu Meslek Lisesi	2004

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2014 – Halen Devam Ediyor	Amasya Üniversitesi	Öğretim Görevlisi

Yabancı Dil

İngilizce – Orta Seviye

Yayınlar

Koçyiğit, S. Ç., Uçakkuş, P., & Coşkun, G. (2022). Genel muhasebe dersi alan sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin ders hakkındaki metaforik algıları: Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Örneği. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10(1), 197-211.

ankara HBM



ankara HBV

le.ahbv.edu.tr