2025

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aslıhan ERCİVAN

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE HASTA HAKLARI BİLGİ DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aslıhan ERCİVAN

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

Ankara, 2025

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE HASTA HAKLARI BİLGİ DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aslıhan ERCİVAN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Nazan TORUN

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

Ankara, 2025

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Ankara İli Örneği

Aslıhan ERCİVAN

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Nazan TORUN

Jüri Üyeleri
Doç. Dr. Nazan TORUN
Doç. Dr. Cemre Eda ERKILIÇ
Doç. Dr. Nihan POTAS

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Esra ÇALIK VAR
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.
17.10.2025

Aslıhan ERCİVAN

TEŞEKKÜR

Bu teze başlarken beni her anlamda özgür bırakan, bilimsel düşünceyi, yaşam biçimi olarak algılamamı sağlayan yüksek lisanstan bu yana her zaman beni destekleyen, takdir ve taltif eden bir öğrencisi olarak değil meslektaşı olarak gören bana hep güvenen sayın hocam Doç. Dr. Nazan TORUN'a teşekkür gönül borcumdur. Sabrı, sevecenliği, tezimin her adımında beni yönlendirişi en önemlisi beni hiç yalnız bırakmadığı için sonsuz teşekkürler.

Bu süreçte beni destekleyen benim en kıymetlilerim olan; canım anneciğim Hüsniye ERCİVAN, canım babacığım Dursun ERCİVAN, canım kardeşim Canan ERCİVAN ve canım kuzenim Özlem ERCİVAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **viii**

ABSTRACT ..... **ix**

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ ..... **x**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **xi**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xiii**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1. Hak Kavramı 5

2.2. Hasta Hakları 6

2.2.1. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi 7

2.2.2. Hasta Hakları ile İlgili Kurum ve Birimler 11

2.2.3. Hasta Hakları İlkeleri ve Hasta Haklarının Korunması 13

2.2.4. Hastaların ve Yakınlarının Sorumlulukları 16

2.3. Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlık Kavramı 17

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi 19

2.3.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler 23

2.4. Sağlık Okuryazarlık ve Hasta Hakları Arasındaki İlişki 25

3. MATERYAL ve YÖNTEM **28**

3.1. Araştırmanın Amacı 28

3.2. Araştırmanın Yöntemi 28

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 32

3.4. Veri Toplama Aracı 33

3.5. Verilerin Toplanması 35

3.6. Verilerin Analizi 35

3.7. Çalışmanın Etik Yönü 37

3.8. Çalışmanın Kısıtlılıkları 37

4. BULGULAR 39

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri 39

4.2. Ölçekler İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler 48

4.3. Demografik Değişkenlere Göre Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Ölçeği Alt Boyutlarının Değişimi 51

4.4. Avrupa Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Ölçeği Arasındaki İlişkilerin Araştırılması 61

5. TARTIŞMA 70

6. SONUÇ ve ÖNERİLER 79

7. KAYNAKLAR 82

8. EKLER 95

EK-1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi 95

EK-2. Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Anketi 99

EK-3. Etik Kurul Raporu 101

EK-4. Özgeçmiş 102

ÖZET

Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Ankara İli Örneği

Bu araştırmanın amacı, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek, bu ilişkinin demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin hasta hakları bilgi düzeyi üzerindeki etkisini incelemektir. Araştırma, tanımlayıcı ve ilişkisel tarama modeli kapsamında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Ankara ilinde yaşayan 20 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmış ve toplam 250 katılımcıya ulaşılmıştır. Veriler, Kaya (2018) tarafından geliştirilen "Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Anketi" ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU-Q) aracılığıyla toplanmıştır. Anketler çevrim içi ortamda Google Forms üzerinden uygulanmış, ardından uygun bulunan veriler IBM SPSS 26 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, korelasyon ve regresyon analizleriyle değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda, katılımcıların %51,2'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin "yeterli", %22,4'ünün ise "mükemmel" düzeyde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların sağlık hizmetine erişim, bilgi alma ve mahremiyet gibi temel hasta hakları konusunda yüksek düzeyde farkındalığa sahip oldukları görülmüştür. Ancak etik açıdan daha karmaşık veya daha az bilinen haklar konusunda bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı gibi konularda %80'in üzerinde olumlu görüş bildirmiştir. Araştırma bulgularına göre, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$). Ayrıca sağlık okuryazarlığının, hasta hakları bilgi düzeyi üzerinde güçlü ve pozitif bir etkisi olduğu belirlenmiştir ($\beta = 0.56$, $p < 0.001$). Bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, düzenli ilaç kullanma alışkanlığı, hastaneye aylık başvuru sıklığı ve ilk başvurulan sağlık kuruluşu değişkenlerinin hem sağlık okuryazarlığı hem de hasta hakları bilgi düzeyi üzerinde anlamlı farklılıklar yarattığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta hakları, sağlık okuryazarlığı, hasta hakları bilgi düzeyi

ABSTRACT

Evaluation of the Relationship Between Health Literacy and Patient Rights Knowledge: The Case of Ankara Province

The aim of this study is to determine the relationship between individuals' health literacy levels and their knowledge of patient rights, to examine whether this relationship varies according to demographic variables, and to examine the effect of health literacy levels on the level of knowledge of patient rights. The research was conducted using a descriptive and correlational screening model. The population of the study consists of individuals aged 20 and over living in Ankara. Simple random sampling method was used in sample selection, and a total of 250 participants were reached. Data were collected through the "Patient Rights Knowledge Level Questionnaire" developed by Kaya (2018) and the European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q). The surveys were administered online via Google Forms, and the appropriate data were then analyzed using the IBM SPSS 26 program. The data were evaluated using descriptive statistics, correlation, and regression analyses. As a result of the research, it was determined that 51.2% of the participants had a "sufficient" level of health literacy, and 22.4% had an "excellent" level. Participants were found to have a high level of awareness of fundamental patient rights such as access to healthcare, access to information, and privacy. However, they were found to have lower levels of knowledge regarding ethically more complex or lesser-known rights. The vast majority of participants expressed a positive opinion (over 80%) on issues such as the right to choose and change healthcare providers. Research findings indicated a significant and positive correlation between individuals' health literacy levels and their knowledge of patient rights ($p<0.01$). Furthermore, health literacy was found to have a strong and positive impact on patient rights knowledge ($\beta = 0.56$, $p < 0.001$). Individuals' age, gender, education level, occupation, social security status, regular medication use, monthly hospital visit frequency, and first healthcare provider visit were found to create significant differences in both health literacy and patient rights knowledge.

Keywords: Patient rights, health literacy, patient rights knowledge level

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ASOY	: Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
BAH	: Bilgi Alma Hakkı alt boyutu
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
COVID-19	: Coronavirus Disease 2019
DH	: Diğer Haklar alt boyutu
e-sağlık	: Elektronik Sağlık
HHBD	: Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Ölçeği
HHK	: Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası alt boyutu
HLS-EU-Q	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi
HLS-EU-Q47	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi, 47 maddelik versiyon
SGGM	: Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHFH	: Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı alt boyutu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistikler Kurumu
WHO	: World Health Organization

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1 *Örneklem Büyüklükleri* 33
Tablo 3.2 *Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Ölçeği ve Alt Boyutlara İlişkin Güvenilirlik Değerleri* 35
Tablo 4.1 *Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler* 39
Tablo 4.2 S*ağlık Bilgisi İçin Güvenilir Bilgi Kaynakları* 41
Tablo 4.3 *Düzenli İlaç Kullanımı: Genel Durum ve Hastalık Türleri* 43
Tablo 4.4 *Sağlık Bilgisi Almak İçin Kaynak Kullanım Sıklığı* 46
Tablo 4.5 *Sağlık Bilgisi Kaynak Kullanımı* 47
Tablo 4.6 *Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri* 48
Tablo 4.7 *Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı Alt Boyutu Frekans Tablosu* 49
Tablo 4.8 *Bilgi Alma Hakkı Alt Boyutu Frekans Tablosu* 49
Tablo 4.9 *Hasta Haklarının Korunması ve Hasta Rızası Alt Boyutu Frekans Tablosu* 50
Tablo 4.10 *Diğer Haklar Alt Boyutu Frekans Tablosu* 51
Tablo 4.11 *Cinsiyet Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Değişimi* 52
Tablo 4.12 *Yaş Gruplarına Göre Değişkenlerin Değişimi (ANOVA)* 52
Tablo 4.13 *Yaş Kategorilerine Göre Değişim* 53
Tablo 4.14 *Eğitim Durumuna Göre Değişkenlerin Değişimi (ANOVA)* 54
Tablo 4.15 *Eğitim Düzeyine Göre Değişim* 55
Tablo 4.16 *Meslek Gruplarına Göre Değişkenlerde Değişim* 56
Tablo 4.17 *Meslek Grubu Alt Kategorileri Karşılaştırma Tablosu* 57
Tablo 4.18 *Sağlık Güvencelerine Göre Değişkenlerdeki Değişim (ANOVA)* 57
Tablo 4.19 *Sağlık Güvencesi Alt Kategorileri Karşılaştırma Tablosu* 58
Tablo 4.20 *Düzenli İlaç Kullanma Durumuna Göre Değişkenlerin Değişimi* 58
Tablo 4.21 *Hastaneye Aylık Gidiş Sayısına Göre Değişkenlerde Değişim (ANOVA)* 59
Tablo 4.22 *Hastaneye Aylık Gidiş Alt Kategorileri Karşılaştırma Tablosu* 59
Tablo 4.23 *İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşuna Göre Bağımlı Değişkenlerde Değişim (ANOVA)* 60
Tablo 4.24 *İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu Alt Kategorileri Karşılaştırma Tablosu* 61
Tablo 4.25 *Tam Model Regresyon Sonuçları* 62
Tablo 4.26 *Stepwise Sonrası Nihai Model ve Robust Standart Hatalı Tahmin Sonuçları* 63

Tablo 4.27 *Log-link GLM Katsayı Tahminleri* 63
Tablo 4.28 *Kantil Regresyon Tahminleri* 64
Tablo 4.29 *Sağlık Okuryazar Sınıflandırmasına Göre Bağımlı Değişkenlerde Değişim (ANOVA)* 65
Tablo 4.30 *Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Alt Kategorileri Karşılaştırma Tablosu* 66
Tablo 4.31 *Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Alt Boyutları Arası Korelasyonlar* 68
Tablo 4.32 *Çalışmaya İlişkin Hipotez Sonuçları* 69

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1 *Katılımcıların Okumaktan Hoşlanma Düzeyleri* 40
Şekil 4.2 *Okuma Yazma Faaliyetlerinde Yardım Alma Durumu* 41
Şekil 4.3 *Katılımcıların Sağlık Değerlendirmesi* 42
Şekil 4.4 *Aylık Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı* 44
Şekil 4.5 *Sağlık Sorunu Durumunda İlk Başvuru Yapılan Kurum* 45

1. GİRİŞ

Sağlık, yalnızca hastalık veya engellilik hâlinin olmaması değil; bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlinde bulunması olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization [WHO], 1948). Bu tanım, sağlığın yalnızca biyolojik bir durum değil, bireyin yaşam kalitesini belirleyen çok boyutlu bir olgu olduğunu vurgular. Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi'nde (WHO, 1986) de sağlık, günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası ve bireylerin yaşam becerilerini geliştirmelerine imkân tanıyan dinamik bir süreç olarak tanımlanmıştır. Dolayısıyla sağlık, bireyin yaşam biçimi, çevresi, eğitimi ve sosyal olanaklarıyla yakından ilişkilidir.

Okuryazarlık kavramı, yalnızca yazılı metinleri okuyup anlamayı değil, bilginin etkin kullanımını da içeren bir yetkinliktir. Bu kavram, zamanla "fonksiyonel", "eleştirel" ve "dijital" boyutlar kazanmış; özellikle bilgiye erişimin dijitalleşmesiyle birlikte sağlık alanında yeni bir anlam yüklenmiştir (Nutbeam, 2000). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri bulma, anlama, değerlendirme ve bu bilgileri uygun sağlık kararları alma sürecinde kullanma yeterliliklerini ifade eder (Sørensen et al., 2012). Yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler, hem sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanmakta hem de sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemekte daha başarılıdır.

Hasta hakları bireyin sağlık hizmeti alırken güvenli, saygılı, adil ve eşit koşullarda hizmete erişimini güvence altına alan etik ve hukuki ilkeler bütünüdür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998). Bu haklar, insan onurunun korunması ve sağlık hizmetlerinde adaletin sağlanması açısından temel bir çerçeve sunar. Hasta haklarının bilinmesi, bireylerin hem sağlık hizmeti sürecine aktif katılımını hem de sağlık sistemine duydukları güveni artırır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları, bireyin sağlıkla ilgili bilinç ve özerklik düzeyini güçlendiren, birbirini tamamlayan iki önemli kavramdır.

Türkiye'de yapılan çalışmalar, toplumun önemli bir kesiminin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı,

2025). Bu durum, bireylerin sağlık hizmetlerinden etkin biçimde yararlanmasını, doğru bilgiye ulaşmasını ve bilinçli kararlar almasını güçleştirmektedir.

Durmuş ve arkadaşlarının (2021) kamu ve özel hastanelerde yürüttüğü bir çalışmada, özel hastanelere başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu, bunun da tedavi sürecini anlama ve memnuniyet üzerinde olumlu etkiler yarattığı belirlenmiştir.

Benzer şekilde, Ayaz-Alkaya ve Öztürk'ün (2021) araştırmasında, yaş, eğitim ve gelir gibi demografik faktörlerin sağlık okuryazarlığını anlamlı biçimde etkilediği; düşük sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve doğru karar verme becerilerini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ayrıca Boz (2025) tarafından yürütülen e-sağlık okuryazarlığı araştırması, dijital bilgiye erişim ve değerlendirme becerilerinin hasta-hekim iletişimi ve tedavi sürecine katılımda belirleyici olduğunu göstermiştir.

Uluslararası düzeyde yapılan çalışmalar da benzer sonuçlar bulunmaktadır. Avrupa genelinde yürütülen geniş ölçekli araştırmalarda (Sørensen et al., 2012; Jávorné et al., 2023), sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin hasta hakları farkındalıklarının sınırlı olduğu ve bu bireylerin sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı saptanmıştır. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının yalnızca bireysel sağlık davranışlarını değil, hasta hakları bilgi düzeyini ve hak kullanımını da doğrudan etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir.

Mevcut literatürde, sağlık okuryazarlığının demografik faktörlerle ilişkisi (Durmuş et al., 2021; Ayaz-Alkaya & Öztürk, 2021; Xu et al., 2025) ve hasta hakları farkındalığının belirleyicileri (Belete et al., 2025; Aljeezan et al., 2022; MacLeod, 2020) ayrı ayrı incelenmiştir. Ancak bu iki değişkeni birlikte ele alan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Türkiye'de sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi ve etkiyi doğrudan inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır (Ataç, Kırılmaz, Genç, & İnce, 2023).

Buna ek olarak, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence ve düzenli ilaç kullanma, hastaneye aylık gidiş sayısı, ilk başvurulan sağlık kuruluşu, ilaç kullanma durumu demografik değişkenlerin bu ilişki üzerindeki etkileri yeterince araştırılmamıştır. Bu durum, literatürde hem teorik hem de uygulamalı bir boşluk

olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireylerin hasta haklarını bilme ve kullanma kapasitesi üzerindeki etkisini ortaya koymak, sağlık politikaları ve eğitim programları açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu araştırma, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hasta hakları bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve etkiyi ortaya koymayı ve bu ilişkinin demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırma, Türkiye'de sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları bilgi düzeyinin birlikte incelendiği ve bu ilişkinin demografik değişkenler açısından değerlendirildiği ilk çalışmalardan biri olması bakımından özgün bir değere sahiptir. Araştırma sonucunda elde edilecek bulguların; bireylerin sağlık hizmetlerinden bilinçli biçimde yararlanabilmesi, hasta haklarının korunması ve uygulanabilirliğinin güçlendirilmesi, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik ulusal eğitim programlarının tasarlanması açısından yol gösterici olması beklenmektedir. Bu yönüyle araştırma, yalnızca bireysel sağlık davranışlarının değil, aynı zamanda sağlık sisteminin etik ve hukuki sürdürülebilirliğinin güçlendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma kapsamında aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Bireylerin sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları bilgi düzeyleri hangi düzeydedir ve bu düzeyler yeterli midir?
- Sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?
- Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence ve düzenli ilaç kullanma, hastaneye aylık gidiş sayısı, ilk başvurulan sağlık kuruluşu, ilaç kullanma durumu gibi demografik değişkenler söz konusu ilişki üzerinde etkili olmakta mıdır?
- Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, hasta hakları bilgi düzeyini anlamlı biçimde etkilemekte midir?

Bu tez beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık, okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları kavramları açıklanmış; araştırmanın kuramsal temelleri oluşturulmuştur. İkinci bölümde araştırmanın yöntemi, evreni, örneklemi, veri toplama araçları ve analiz teknikleri ayrıntılı olarak verilmiştir. Üçüncü bölümde elde edilen veriler istatistiksel analizler doğrultusunda sunulmuş, sağlık okuryazarlığı

ile hasta hakları bilgi düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Dördüncü bölümde bulgular literatür ışığında tartışılmış ve yorumlanmıştır. Beşinci bölümde ise araştırmanın sonuçları özetlenmiş, sağlık politikaları, hasta hakları eğitimi ve sağlık okuryazarlığı geliştirme programlarına yönelik öneriler sunulmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hak Kavramı

Haklar, bireyin özgürlüklerini güvence altına alan, toplumsal yaşam içindeki konumunu belirleyen ve etik açıdan korunmasını sağlayan hukuki yetkiler olarak tanımlanabilir. Hukuk sisteminde haklar, kişilerin menfaatlerini ve çıkarlarını koruyan, davranışlarını düzenleyen ve hukuki güvence sağlayan temel araçlardır (Topal, 2009). Hak kavramı; bireysel, sosyal, ekonomik ve kültürel haklar gibi farklı kategorileri kapsamaktadır. Bu çerçevede insan hakları, yaşama hakkı ve sağlık hakkı, bireylerin yaşamlarının sürdürülebilirliği ve toplum içindeki eşit konumları açısından kritik öneme sahiptir.

İnsan hakları, bireyin yalnızca vatandaş olmasından değil, insan olmasından kaynaklanan evrensel ve vazgeçilmez haklardır (United Nations, 1948). Bu haklar herhangi bir devlet ya da otorite tarafından yok sayılamaz; insanın doğumundan itibaren sahip olduğu doğal haklar olarak kabul edilir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948), tüm insanlık için temel hak ve özgürlüklerin evrensel standardı olarak kabul edilmiş ve uluslararası hukuk ile ulusal sistemler için referans kaynağı işlevi görmüştür.

Yaşama hakkı, tüm diğer hakların temelini oluşturan, vazgeçilmez ve dokunulmaz bir haktır (UNHRC, 1982; UNHRC, 2018). Uluslararası hukuk, yaşama hakkının korunmasını devletler açısından bir zorunluluk olarak düzenlemiştir. Bu hak, bireyin varlığını, yaşam güvenliğini ve fiziksel bütünlüğünü korumayı amaçlamakta; diğer tüm hakların kullanılabilmesi için ön koşul niteliği taşımaktadır.

Sağlık hakkı ise yalnızca hastalık durumunda tıbbi tedaviye erişimi değil, aynı zamanda sağlıklı yaşam koşullarına erişimi de kapsamaktadır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve diğer uluslararası belgelerde sağlık hakkı, temel sosyal haklardan biri olarak tanımlanmıştır (United Nations, 1948; WHO, 1946/1948; CESCR, 2000). Sağlık hakkı; temiz su, gıda, barınma, sağlıklı çevre, hijyen ve sağlık hizmetlerine eşit erişim gibi unsurları içermektedir (ICESCR, 1976; CESCR, 2000).

Bu noktada, sağlık hakkının hasta hakları ile doğrudan bağlantılı olduğu görülmektedir. Hasta hakları; bilgi edinme, aydınlatılmış onam, hizmetten eşit yararlanma, mahremiyetin korunması gibi ilkeleri kapsamakta ve sağlık hakkının bireysel düzeyde somutlaşmasını sağlamaktadır (Berkman et al., 2011; Nutbeam, 2000). Başka bir deyişle, sağlık hakkı toplumsal düzeyde güvence altına alınmış genel bir hak iken; hasta hakları, bu hakkın sağlık hizmeti alma sürecinde bireye yansıyan uygulama biçimidir.

Sağlık hakkının etkin biçimde uygulanabilmesi için dört unsur öne çıkar (CESCR, 2000):

- Mevcudiyet: Yeterli sayıda sağlık tesisi, ekipman ve nitelikli personel.
- Erişilebilirlik: Fiziksel, ekonomik ve bilgiye erişim engellerinin kaldırılması; ayrımcılığın önlenmesi.
- Kabul edilebilirlik: Hizmetlerin kültürel değerlere, mahremiyete, bireysel haklara ve tıp etiğine uygun sunulması.
- Kalite: Güvenli, bilimsel temelli, insan onuruna saygılı sağlık hizmeti.

Sonuç olarak, sağlık hakkı ile hasta hakları birbirini tamamlayan kavramlardır. Sağlık hakkı, bireylerin sağlıklı yaşam koşullarına erişimini güvence altına alırken; hasta hakları, bu hakkın sağlık hizmeti sürecindeki uygulanabilir boyutunu temsil etmektedir. Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve hasta haklarına ilişkin farkındalık çalışmalarının yaygınlaştırılması, hem sağlık hakkının korunması hem de sağlık hizmetlerinin daha adil, katılımcı ve insana yakışır bir biçimde sunulması açısından kritik öneme sahiptir.

2.2. Hasta Hakları

Hasta hakları, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanırken sahip oldukları temel hak ve özgürlüklerin bütününü ifade eder. Bu haklar; kişinin bedensel ve ruhsal bütünlüğünün korunması, bilgiye erişim, onam verme ya da reddetme gibi yetkilerini kapsayan ve insan onurunu esas alan bir normlar sistemidir. Hasta hakları, yalnızca kamu sağlık kurumlarında değil, özel sağlık kuruluşlarında da geçerli olup, sağlık hizmetlerinin sunulduğu tüm alanlarda bireylerin eşit ve adil biçimde korunmasını hedefler (Fırat, 2017).

2.2.1. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

Hasta hakları kavramı, ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde gündeme gelmiş ve 1900'lü yılların başında çeşitli tartışmalara konu olmuştur. Bu hakların sistematik biçimde tanımlanması, 1972 yılında Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association, 1972) tarafından yayımlanan ilk Patient's Bill of Rights ile mümkün olmuştur. Bu döneme kadar hasta-hekim ilişkisi daha çok geleneksel tıp etiği ilkeleri çerçevesinde yürütülmekteydi; hekim merkezli bir yaklaşım egemendi. Günümüzde, bu tarihsel gelişmeler özerklik ve hasta merkezli bakım gibi kavramların önem kazanmasını anlamak açısından Beauchamp ve Childress'in biyomedikal etik ilkeleri ile açıklanmaktadır (Beauchamp & Childress, 2013).

Hasta haklarının uluslararası düzeyde gelişimine katkı sağlayan önemli bildirgeler şunlardır:

- 1973 yılında Amerikan Hastaneler Birliği tarafından yayımlanan Hasta Hakları Bildirgesi, hastaların hastalıkları ve tedavi süreçleri hakkında anlaşılır bilgi alma hakkını özellikle vurgulamaktadır (American Hospital Association, 1973). Bu hak, 1972'de yayımlanan ilk bildirgede sistematik olarak tanımlanmıştır (AHA, 1972).
- 1981 Dünya Tabipler Birliği Lizbon Bildirgesi: Bildirge, hastanın hekimini seçme, tedaviye onay verme ve kişisel mahremiyetinin korunması gibi temel hakları tanımlamaktadır (World Medical Association, 1981).
- 1994 Dünya Tabipler Birliği Amsterdam Bildirgesi: Avrupa ülkelerinde hasta haklarının sistematik biçimde geliştirilmesini hedefleyen bildirge, bilgilendirme, onay, mahremiyet, bakım ve tedaviye erişim gibi konuları ön plana çıkarmaktadır (World Health Organization, 1994).
- 1995 Dünya Tabipler Birliği Bali Bildirgesi: Özellikle bilinci kapalı hastalar için etik düzenlemeler getiren bildirge, seçme özgürlüğü, kaliteli tıbbi bakım alma, kendi kaderini belirleme, dini yardım alma ve gizlilik gibi hakları önermektedir (World Medical Association, 1995).

Tıp ve biyoteknoloji alanında yaşanan hızlı gelişmeler, insan onurunun korunmasını ve bu alanlarda birey haklarının daha güçlü şekilde tanımlanmasını

zorunlu hale getirmiştir. Bu doğrultuda, Avrupa Konseyi tarafından 1997 yılında kabul edilen İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Oviedo Sözleşmesi), insan onurunu koruma, bireyin rızası olmadan tıbbi müdahaleye maruz bırakılmama ve tıbbi uygulamalarda şeffaflık sağlama gibi ilkeleri esas almıştır (Council of Europe, 1997).

Tıp ve biyoteknoloji alanındaki gelişmelerle birlikte, insan onurunun korunması ve bireylerin sağlık hizmetleri sırasında sahip olduğu hakların güçlendirilmesi büyük önem kazanmıştır. Bu bağlamda, 2002 yılında yayımlanan Avrupa Hasta Hakları Şartı *(*European Charter of Patients' Rights*),* hastaların bilgi alma hakkı, sağlık hizmetlerinden faydalanma, koruyucu tedbirlerden yararlanma, onam verme, mahremiyetin korunması ve şikâyet mekanizmalarına erişim gibi haklarını detaylı olarak düzenlemiştir. Şart ayrıca, hastaların zamanlarına saygı gösterilmesi, kişiselleştirilmiş tedavi alma, güvenli sağlık hizmeti sunulması ve gereksiz acı ve sıkıntıdan kaçınılması gibi önemli ilkeleri de kapsamaktadır (Active Citizenship Network, 2002; Kurt, 2022).

Bu düzenlemeler, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve hasta haklarının evrensel standartlarda korunmasını sağlamak amacıyla oluşturulmuştur.

Sonuç olarak, hasta haklarının tarihsel gelişimi incelendiğinde, başlangıçta hekim odaklı geleneksel yapının zamanla hasta merkezli, hak temelli bir anlayışa dönüştüğü görülmektedir. Bu süreçte uluslararası bildirgeler ve sözleşmeler hasta haklarının tanımlanmasında ve güçlendirilmesinde önemli bir rol oynamıştır. Bugün hasta hakları, sadece bireysel bir talep değil, evrensel insan hakları anlayışının sağlık alanındaki bir yansıması olarak kabul edilmektedir.

Türkiye'de sağlık mevzuatının temelleri, 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulan Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) ile atılmıştır (Tekir, 2019; Sağlık Bakanlığı,2025). Bu kuruluş, sağlık hizmetlerinin devlet eliyle organize edilmesinin ilk adımı olarak kabul edilmektedir (Özsarı, 2024). Hasta haklarına ilişkin somut düzenlemeler ise daha sonraki yıllarda, özellikle 1998 yılında yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği ile ortaya çıkmıştır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Türkiye'de hasta haklarının tarihsel gelişimi, çeşitli yasal düzenlemeler ve yönetmeliklerle desteklenmiştir. Bu süreçte öne çıkan düzenlemeler şunlardır:

- Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun (1928): Cumhuriyet döneminde hekimlik mesleğini düzenleyen ilk yasal düzenlemedir. Kanun, "onam" kavramını gündeme getirmiştir; hastanın tıbbi müdahaleye rızası aranmış, hasta ehliyetsiz ise veli veya vasi onayı zorunlu tutulmuştur. Veli veya vasi bulunmadığı hallerde acil müdahaleye izin verilmiştir. Her ne kadar onam kavramı günümüzdeki anlamıyla kapsamlı olmasa da bu yasa hasta hakları açısından önemli bir başlangıç noktasıdır (Resmî Gazete, 1928)
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (1960): Hekimlerin ve diş hekimlerinin uymakla yükümlü olduğu etik kuralları belirlemiştir. Özellikle bireyin sağlığına ve kişiliğine saygı gösterilmesi, özenli hizmet sunulması gibi temel ilkeler hasta haklarının hukuki temelini oluşturmuştur. Sağlık hizmetlerinde insan hakları perspektifinin güçlenmesine katkı sağlamıştır (Resmî Gazete, 1960).
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987): Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, sağlık işletmeleri ve genel sağlık sigortası gibi konuları düzenlemiştir. Ayrıca bireylere hekim seçme hakkı ve sevk zinciri gibi haklar tanınarak hasta haklarının kapsamı genişletilmiştir (Resmî Gazete, 1987).
- İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (1993): Klinik araştırmalara katılan gönüllüler için "aydınlatılmış onam" kavramını açık bir biçimde düzenlemiştir. Yönetmelik, bireyin kendi sağlığı üzerinde söz sahibi olması gerektiğini hukuken tanımıştır (Resmî Gazete, 1993).
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998): Türkiye'de hasta haklarının sistematik biçimde ele alınması 1 Ağustos 1998 tarihinde yayımlanan yönetmelik ile mümkün olmuştur. Yönetmelik, sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin haklarını belirlemek, hak ihlallerine karşı korunmalarını sağlamak ve hukuki yollarla hak arama imkânı sunmak amacıyla hazırlanmıştır. Ayrıca, sağlık hizmeti sunulan tüm kurumlarda hasta haklarının korunmasını zorunlu hale getirmiştir (Resmî Gazete, 1998).

Türkiye'de hasta haklarının yasal temeli, ulusal mevzuat ve uluslararası insan hakları belgeleri ile uyumlu şekilde şekillendirilmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği (1998), sağlık hizmetlerinin sunulduğu tüm alanlarda bireylerin haklarının korunmasını hedeflemekte ve hastaların eşit koşullarda hizmet almasını güvence altına

almaktadır (Resmî Gazete, 1998). Yönetmelik, bireyin yaşama hakkı ile maddi ve manevi varlığının korunmasını temel ilke olarak benimsemiş, sağlığın sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal yönden de tam iyilik hâlini kapsadığı vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Hasta haklarının etik temelleri, hemşirelik ve sağlık hizmetlerinde öne çıkan uygulamalara da yansımaktadır. Bayık (2000), hasta haklarının sağlık çalışanları tarafından etik ilkeler çerçevesinde korunmasının, bireyin rızası, mahremiyeti ve özenli bakım hakkı gibi temel kavramlarla doğrudan ilişkili olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, Aydemir ve Özhan (2011) tarafından yapılan araştırmalar, hasta hakları uygulamalarının hasta ve yakınları tarafından doğru anlaşılması ve uygulanmasının, hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde doğrudan etkisi olduğunu göstermektedir.

Bu çerçevede, Türkiye'de hasta hakları hem yasal hem etik boyutuyla sistematik olarak ele alınmakta ve sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerin haklarının korunması sağlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998; 2014; Bayık, 2000; Aydemir & Özhan, 2011).

Hasta Hakları Yönetmeliği, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını eşitlik, adalet ve hizmet kalitesi ilkeleri doğrultusunda güvence altına almaktadır. Yönetmelik, hastaların sağlık durumları hakkında bilgilendirilme, önerilen tedavi yöntemlerini öğrenme ve tedaviye onam verme ya da reddetme hakkını açıkça tanımlamaktadır (Resmî Gazete, 1998).

Ayrıca, hastaların güvenliğinin sağlanması ve gerektiğinde refakatçi bulundurma hakkı gibi uygulamalar da hasta merkezli sağlık hizmeti anlayışının bir parçası olarak Yönetmelik'te yer almaktadır. Bu düzenlemeler, hastanın birey olarak onuruna yaraşır biçimde hizmet almasını temel almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Etik boyut açısından, Bayık (2000) ve Aydemir & Özhan (2011), hasta haklarının uygulanmasının bireylerin rızası, mahremiyeti ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetini doğrudan etkilediğini vurgulamaktadır.

Bu çerçevede, Türkiye'de Hasta Hakları Yönetmeliği hem yasal hem etik boyutlarıyla sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmakta ve bireylerin haklarının

korunmasını sağlamaktadır (Resmî Gazete, 1998; 2014; Bayık, 2000; Aydemir & Özhan, 2011).

Hasta haklarının yalnızca mevzuat düzeyinde değil, uygulamada da etkili bir şekilde hayata geçirilmesi amacıyla 2003 yılında Hasta Hakları Şube Müdürlükleri kurulmuştur. Ayrıca, 2005 yılında yayımlanan Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, sağlık tesislerinde hasta haklarının uygulanmasına yönelik usul ve esasları belirlemiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

Türkiye'deki hasta hakları uygulamaları, çeşitli yönergeler ve yönetmeliklerle desteklenmiştir. 2005 Uygulama Yönergesi, hasta haklarının tesislerde standart hâle gelmesini sağlamış, daha sonra 2014 yılında güncellenen yönetmelik değişiklikleri ve Hasta Hakları Uygulamaları Genelgesi (2014/32) ile hasta haklarının etkin şekilde uygulanması için kurumsal çerçeve oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014a; 2014b). Bu düzenlemeler ışığında, Türkiye'de hasta hakları sürekli gelişim göstermiştir. Günümüzde hasta hakları, bireylerin sağlık hizmetlerinden adil, eşit ve insan onuruna uygun biçimde yararlanmasını sağlayacak düzeyde kurumsallaşmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005; 2014a; 2014b).

2.2.2. Hasta Hakları ile İlgili Kurum ve Birimler

Sağlık Bakanlığı, ülke genelinde sağlık hizmetlerinin etkin, adil ve hasta odaklı yürütülmesini sağlamak amacıyla hasta haklarına ilişkin politika ve standartları belirleyen üst düzey kurumdur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; 2021). Bakanlık bünyesinde hasta haklarının korunması ve geliştirilmesine yönelik faaliyetleri koordine eden başlıca birimler şunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; 2021):

- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Hasta hakları kapsamındaki kalite standartlarının sağlık tesislerinde uygulanmasını denetler ve kalite yönetim sistemleri ile uyumlu hasta hakları uygulamalarını teşvik eder (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).
- Hasta Hakları ve Sağlık Hizmetleri Kalite Standartları Dairesi Başkanlığı: Hasta hakları mevzuatının hazırlanması, uygulanması ve denetlenmesi süreçlerinde rol alır; eğitim programları ve bilgilendirme materyallerinin

hazırlanması ve yaygınlaştırılmasından sorumludur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

- Bakanlık Etik Kurulu: Sağlık hizmetlerinde etik değerlerin korunması bağlamında hasta haklarının ihlal edilmemesi için gerekli öneri ve kararları alır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).
- İl Sağlık Müdürlükleri: İl sınırları içindeki hasta haklarının korunmasına yönelik faaliyetleri koordine eder, eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerini organize eder ve sağlık çalışanlarının hasta hakları konusunda bilinçlenmesini sağlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).
- İlçe Sağlık Müdürlükleri: İlçe sınırları içinde hasta haklarının uygulanması ve takibini sağlar, sağlık tesislerinin mevzuata uygun hareket etmesini denetler ve raporlar. İlçe düzeyinde hasta hakları birimi veya sorumlusu, ihlallerin önlenmesi, şikayetlerin alınması ve incelenmesinden sorumludur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Hastaneler, hasta haklarının doğrudan uygulandığı en önemli sağlık kurumlarıdır. Her hastanede hasta haklarının korunması ve uygulanması amacıyla aşağıdaki birimler oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; 2021):

- Hasta Hakları Birimi: Başvuruları alır, şikayetleri değerlendirir ve çözüme kavuşturur; yönetmeliğe uygun hareket eder ve hakları bildirir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).
- Hasta Hakları Komisyonu: Hastane yönetimi, sağlık personeli ve hasta hakları temsilcilerinden oluşur; sorunları değerlendirir ve çözüm önerileri geliştirir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).
- Kalite Yönetim Birimi: Sağlık hizmetleri kalitesinin bir parçası olarak hasta memnuniyeti ve haklarına yönelik ölçüm, değerlendirme ve iyileştirme süreçlerini yönetir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Bu kurum ve birimlerin yapılandırılması ve görev tanımları, Sağlık Bakanlığı'nın hasta hakları ile ilgili en güncel Hasta Hakları Yönetmeliği, Sağlık Hizmetleri Kalite Standartları Tebliği ve ilgili diğer mevzuatlar çerçevesinde düzenlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; 2021). Ayrıca, Bakanlık içi yazılımlar ve hasta hakları bilgi sistemleri ile şikayet ve öneri takibi elektronik ortamda yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.2.3. Hasta Hakları İlkeleri ve Hasta Haklarının Korunması

Hasta hakları, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecinde sahip olduğu temel haklar bütününü ifade eder ve bu hakların temelinde insan onuruna saygı esası yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Günümüz sağlık sistemlerinde hasta haklarının korunması, yalnızca sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda toplumun sağlık hizmetlerine olan güvenini pekiştirmekte ve hasta memnuniyetini artırmaktadır (World Health Organization [WHO], 2008). Her birey, cinsiyeti, dili, dini inancı, etnik kökeni veya sosyal ekonomik durumu ne olursa olsun, sağlık hizmetlerinden eşit ve adil biçimde yararlanma hakkına sahiptir (WHO, 1994).

Hastaların sağlık kuruluşlarını ve sağlık personelini seçme, kendileriyle ilgili bilgi alma, mahremiyetlerinin korunmasını talep etme gibi hakları da yasal olarak güvence altına alınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Saygı Gösterilmesi ve İnsan Onurunun Korunması Hakkı: Her hasta, sağlık hizmeti sürecinde insan onuruna uygun şekilde muamele görme hakkına sahiptir. Ayrımcılık yapılmaksızın, tüm hastaların eşit saygı görmesini ve insan haysiyetine uygun davranılmasını güvence 2altına alır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; UNESCO, 2005).

Sağlık Hizmetlerinden Eşit Yararlanma Hakkı: Hastalar, ırk, dil, din, cinsiyet, felsefi inanç, ekonomik durum gibi hiçbir ayrım gözetilmeksizin sağlık hizmetlerine eşit erişim hakkına sahiptir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; WHO, 1994).

Bilgi Alma ve Bilgilendirilmiş Onam Hakkı: Hastalar, sağlık durumu, tanı, uygulanacak tedavi ve olası riskler hakkında açık ve anlaşılır bilgi alma hakkına sahiptir. Önerilen tıbbi müdahaleler için yazılı onam, hastanın özgür iradesiyle alınmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; Council of Europe, 1997).

Mahremiyet ve Gizliliğin Korunması Hakkı: Kişisel sağlık bilgilerinin gizliliği sağlanmalı, muayene ve tedavi sırasında fiziksel mahremiyet korunmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; UNESCO, 2005).

Güvenli Ortamda Sağlık Hizmeti Alma Hakkı: Hastalar, sağlık hizmetlerini güvenli, hijyenik ve risklerden arındırılmış ortamlarda alma hakkına sahiptir (WHO, 2021; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Saygınlık ve Dinlenilme Hakkı: Hastalar, sağlık personeli tarafından saygı ve anlayışla karşılanma ve görüşlerinin dikkate alınmasını talep etme hakkına sahiptir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; World Medical Association, 2005).

Dini Vecibeleri Yerine Getirme Hakkı: Hasta, dini inançlarına uygun şekilde ibadetlerini yerine getirebilir; sağlık hizmetleri bu hakkı engellememekle yükümlüdür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; UNESCO, 2005).

Refakatçi ve Ziyaretçi Kabulü Hakkı: Hastalar, sağlık koşulları ve kurum kuralları çerçevesinde refakatçi bulundurma ve ziyaretçi kabul etme hakkına sahiptir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Başvuru, Şikâyet ve Dava Açma Hakkı: Hastalar, sağlık hizmeti sırasında haklarının ihlal edildiğini düşündüğünde resmi şikâyette bulunabilir ve hukuki yollara başvurabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Kayıtlara Erişim ve Kayıt Düzeltme Hakkı: Hastalar, sağlık kayıtlarına erişebilir ve kayıtlarındaki hataların düzeltilmesini talep edebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; European Patients' Forum, 2017).

Sağlık Kurumunu ve Personelini Seçme Hakkı: Hastalar, sağlık kurumunu ve tedavisini üstlenecek sağlık personelini seçme ve değiştirme hakkına sahiptir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Tedavi ve Bakım Hakkı: Hastalar, bilimsel standartlara uygun, kaliteli, sürekli ve kesintisiz sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Kişisel Karar ve Hizmetten Vazgeçme Hakkı: Hastalar, tedavi sürecinde karar verme ve bilgilendirilmiş olarak hizmetten kısmen veya tamamen vazgeçme hakkına sahiptir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Psikososyal Destek Alma Hakkı: Hastalar, fiziksel tedavinin yanı sıra psikolojik ve sosyal destek hizmetlerinden faydalanabilir; bu hak, genel sağlık hakkı kapsamında yorumlanır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

İnsan Haklarına Saygı ve Etik Kurallara Uygunluk Hakkı: Sağlık hizmeti sunanlar, hastaların temel insan haklarına ve tıbbi etik ilkelere saygı göstermek zorundadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; UNESCO, 2005).

Aydınlatılmış Onam Sürecinde Yetkinlik Değerlendirmesi: Çocuklar, engelliler veya karar verme yetisi kısıtlı hastalar için onam sürecinde hastanın yetkinlik düzeyi değerlendirilir; gerekirse yasal temsilcileriyle işlem yapılır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Hasta Güvenliği Hakkı: Sağlık kurumları, enfeksiyon kontrolü, ilaç güvenliği ve hasta kimlik doğrulama prosedürleri dahil, hastanın güvenliğini sağlamakla yükümlüdür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; WHO, 2021).

Hasta haklarının korunması, sağlık hizmetlerinin hem etik hem de yasal çerçevede yürütülmesini sağlayan temel bir unsurdur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; WHO, 2008). Bu haklar, hastaların bilgilenme, onay verme, mahremiyet ve güvenli sağlık hizmeti alma gibi süreçlerde insan onuruna uygun muamele görmesini güvence altına alır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; UNESCO, 2005).

Etkin hasta hakları uygulamaları, sağlık kuruluşlarında çeşitli mekanizmaların işlerliğini gerektirir. Öncelikle, her sağlık kuruluşunda hasta hakları birimlerinin aktif olarak çalışması, başvuruların hızlı, gizlilik esaslı ve şeffaf biçimde değerlendirilmesi büyük önem taşır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; Council of Europe, 1997). Ayrıca, sağlık çalışanlarının hasta hakları konusunda düzenli eğitim alması, mahremiyet alanlarının fiziki olarak uygun şekilde düzenlenmesi ve bilgilendirilmiş onamın standart prosedür hâline getirilmesi gereklidir (WHO, 2008; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Bunun yanı sıra, hasta güvenliğine yönelik sistematik risk azaltma uygulamalarının benimsenmesi, hem hizmet kalitesini hem de hasta memnuniyetini artırır (WHO, 2008; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu uygulamalar, sağlık sistemine

olan güvenin güçlenmesini ve hizmetlerin hakkaniyetli şekilde yürütülmesini destekler.

Sonuç olarak, hasta haklarının korunması yalnızca yasal bir zorunluluk değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin etik ve kaliteli sunumunun ayrılmaz bir parçasıdır (UNESCO, 2005; Council of Europe, 1997).

2.2.4. Hastaların ve Yakınlarının Sorumlulukları

Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve sürdürülebilir biçimde sunulabilmesi yalnızca sağlık çalışanlarının sorumluluklarıyla sınırlı değildir; aynı zamanda hastalar ve hasta yakınlarının da önemli görev ve yükümlülükleri bulunmaktadır. Hasta haklarının korunmasının yanı sıra, bireylerin sağlık sistemine karşı sorumluluk bilinciyle hareket etmesi etik bir zorunluluk ve toplumsal bir gerekliliktir (Bayık, 2000; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu bağlamda, hasta ve yakınlarının yerine getirmesi gereken temel sorumluluklar aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir.

Öncelikle, hasta bireylerin tanı ve tedavi sürecinde hekimlerin önerdiği tıbbi girişim ve uygulamalara uyum göstermesi beklenmektedir. Hekim tarafından oluşturulan teşhis ve tedavi planına riayet edilmesi, tedavi başarısını artırmakla kalmaz, aynı zamanda komplikasyonların önlenmesine de katkı sağlar. Bu sürecin sağlıklı işlemesi için hastaların sağlık geçmişlerine dair doğru, eksiksiz ve zamanında bilgi vermeleri zorunludur. Aksi halde yanlış veya eksik bilgiler, hatalı tıbbi kararlar alınmasına ve hasta güvenliğinin tehlikeye girmesine neden olabilir (Dogan, 2023).

Hastaların, başvurdukları sağlık kuruluşunun iç düzenlemelerine ve genel çalışma kurallarına uygun davranması da hizmet sunumunun kesintisiz ilerlemesini sağlar. Hastaların sağlık kurumlarında huzur ve düzeni bozacak davranışlardan kaçınması hem kendi tedavi süreçlerinin hem de diğer hastaların sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmasının ön koşuludur. Ayrıca, hastane malzemeleri, cihazları ve fiziksel alanların kamu kaynaklarıyla sağlandığı göz önünde bulundurulduğunda, bu unsurlara zarar vermemek ve dikkatli kullanmak etik bir sorumluluk olarak değerlendirilir (Türk Tabipleri Birliği, 2009).

Randevu sistemiyle hizmet veren sağlık kuruluşlarında belirlenen saatlere uyulması, zaman yönetimi ve kaynak israfının önlenmesi açısından büyük önem taşır.

Randevulara zamanında katılım, diğer hastaların mağduriyetini önleyerek sağlık hizmetinin bütünlüğünün korunmasını sağlar. Ayrıca, sevk zinciri uygulamasına riayet edilmesi, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanılmasına olanak tanır; bu da hem hasta memnuniyetini artırmakta hem de sağlık sisteminin yükünü dengelemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Hasta yakınlarının da bakım sürecine destek olması, sağlık çalışanları ile iş birliği içinde hareket etmesi ve özellikle kritik durumlarda doğru ve etkili iletişim kurması gerekmektedir. Hasta adına karar alınması gereken durumlarda yasal ve etik kurallara uygun davranılması hem hasta haklarına saygı gösterilmesi hem de sağlık hizmetlerinin güvenliğinin sağlanması açısından zorunludur (Dogan, 2023; Türk Tabipleri Birliği, 2009).

Sonuç olarak, hastaların ve yakınlarının sağlık sistemine karşı sorumluluklarını bilinçli bir şekilde yerine getirmesi, bireysel tedavi süreçlerinin etkinliğini artırmakla kalmayıp, genel sağlık sisteminin işleyişine de olumlu katkı sağlar. Bu sorumluluklar, sağlık hizmetlerinin yalnızca bir hak değil; karşılıklı saygı ve iş birliği temelinde yürütülen toplumsal bir süreç olduğunu göstermektedir.

2.3. Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlık Kavramı

Okuryazarlık, tarih boyunca bireylerin sosyal, kültürel ve ekonomik yaşamlarında aktif bir şekilde yer almalarının temel aracı olarak görülmüştür. Günümüzde ise bu kavram, yalnızca yazılı sembolleri tanıyabilme becerisinin ötesine geçerek, bilgiye erişme, anlamlandırma, değerlendirme ve paylaşma gibi çok boyutlu yetkinlikleri kapsayan bir olgu hâline gelmiştir (WHO, 2024). Geçmişten günümüze değişen ihtiyaçlar ve gelişen teknolojiler doğrultusunda okuryazarlık kavramı sürekli bir dönüşüm göstermektedir.

Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri edinme, anlama, değerlendirme ve günlük yaşamda kullanma yeterliliklerini kapsayan kritik bir boyut olarak ön plana çıkmaktadır (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024a). WHO'ya (2024) göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin yalnızca sağlık bilgilerini okuyup anlamasını değil, bu bilgileri yaşamlarına uyarlayabilmelerini, sağlık hizmetlerini etkin kullanabilmelerini ve bilinçli kararlar alabilmelerini de içerir.

Böylelikle sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek amacıyla ihtiyaç duydukları bilgiye erişim, anlama ve uygulama becerilerini kapsayan bilişsel ve sosyal yetkinlikler bütününü oluşturur (Nutbeam, 2008; Sørensen et al., 2012; Sağlık Bakanlığı, 2025).

Sağlık okuryazarlığı, yalnızca bireysel bir beceri olarak ele alınmamakta; aynı zamanda sağlık sisteminin yapısal sorumluluklarını da içermektedir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, (CDD, 2024a) bunu iki boyutta açıklamaktadır. Bireysel sağlık okuryazarlığı, kişinin sağlık bilgilerini anlama ve uygulama becerisini ifade ederken; kurumsal sağlık okuryazarlığı, sağlık kurumlarının bireylerin bilgiyi anlayabilmesini kolaylaştıracak şekilde yapılandırılmasını gerektirir. Bu çerçevede sağlık okuryazarlığı, birey ve sağlık sistemi arasındaki etkileşimin temel bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı, farklı türlerde incelenmektedir ve her tür, bireylerin sağlık kararlarını alma süreçlerinde değişik düzeylerde katkı sağlar. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, temel okuma, yazma ve aritmetik becerileri kapsar; bireylerin reçete talimatlarını, sağlık broşürlerini ve randevu bilgilerini anlayabilmesini gerektirir (Nutbeam, 2000; Urstad et al., 2022).

Türkiye'de yapılan araştırmalar, toplumun önemli bir kısmının fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyinde eksiklikler yaşadığını göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2025).

Teknolojinin sağlık hizmetlerindeki rolünün artmasıyla birlikte, e-sağlık okuryazarlığı kavramı giderek önem kazanmıştır. E-sağlık okuryazarlığı, bireylerin dijital ortamlardan sağlık bilgisine ulaşma, değerlendirme ve kullanma becerilerini kapsar (CDC, 2024b). İnternet, mobil uygulamalar ve tele-sağlık hizmetleri üzerinden bilgiye erişim kolaylaşsa da, bu bilgilerin güvenilirliğini ayırt edebilmek ve doğru kullanabilmek kritik bir yetenektir. E-sağlık okuryazarlığına yönelik eğitim ve müdahalelerin, bireylerin sağlık bilgisi düzeylerini artırmada etkili olduğu gösterilmiştir (Barbati et al., 2025). Bu nedenle, hem bireylerin dijital sağlık bilgi becerilerinin geliştirilmesi hem de sağlık sistemlerinin erişilebilir ve anlaşılır hâle getirilmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde temel bir gerekliliktir (WHO, 2024; Uysal, Altınayak, Çinibulak & Kaya, 2025).

Dijital sağlık okuryazarlığı, bireylerin internet ve mobil sağlık uygulamaları üzerinden bilgiye ulaşma ve kullanma becerilerini kapsar (Ban et al., 2024). Türkiye'de yapılan araştırmalar, genç bireylerin dijital sağlık okuryazarlığında daha başarılı olduğunu, yaşlı bireylerin ise daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (Kıraç, 2020).

Etkileşimsel veya iletişimsel sağlık okuryazarlığı ise bireyin sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurabilmesini, sorular sorabilmesini ve bilgiyi yaşamına uyarlayabilmesini içerir (Liu et al., 2020). Bu türün özellikle kronik hastalık yönetiminde kritik öneme sahip olduğu yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (Aras & Bayık, 2017).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgilerini analiz etme, sorgulama ve güvenilirliğini değerlendirme becerisini kapsar (Sykes, 2013). Bu tür, aynı zamanda bireylerin toplumsal sağlık politikalarına katılımını da içerir. Türkiye'deki çalışmalar, eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğunu ve bireylerin yanlış bilgiye maruz kalma riskini artırdığını göstermektedir (Kıraç, 2020; Dikmen, Tabak, Çalışkan & Sezgin, 2018).

Sonuç olarak, fonksiyonel, etkileşimsel, eleştirel ve dijital sağlık okuryazarlığı türleri, bireylerin sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde birbirini tamamlayan roller üstlenir. Literatür, toplum sağlığının geliştirilmesi için bu türlerin bütüncül bir şekilde ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır (Urstad et al., 2022; Sağlık Bakanlığı, 2016; Dikmen, Tabak, Çalışkan & Sezgin, 2018). Böylece, hem bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılması hem de sağlık sistemlerinin erişilebilir ve anlaşılır hâle getirilmesi, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve dijital sağlık hizmetlerinden etkin yararlanılabilmesi için temel bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır.

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, yorumlama ve etkili biçimde kullanabilme kapasitelerini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü [SGGM], 2020). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO, 2024) göre sağlık okuryazarlığı, yalnızca sağlık bilgilerini okuyup anlamayı

değil; aynı zamanda bu bilgileri günlük yaşama uyarlayabilmeyi, sağlık hizmetlerinden etkin biçimde yararlanabilmeyi ve bilinçli kararlar alabilmeyi de kapsamaktadır. Literatürde yapılan çalışmalar, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde çeşitli zorluklarla karşılaştıklarını ve tedavi süreçlerinde hata yapma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Özellikle kronik hastalık yönetiminde düşük sağlık okuryazarlığı; ilaç kullanım hataları, semptomların yanlış yorumlanması ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanamaması gibi sorunlara yol açmaktadır. Bu durum, tedaviye uyumsuzluğu artırmakta ve hastane yatışlarının yükselmesine neden olarak kronik hastalık yönetiminde tedavi etkinliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Jordão et al., 2025; Ghassab-Abdollahi et al., 2024; Shahid et al., 2022).

Literatürde yapılan çalışmalar, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadığını ve tedavi süreçlerinde daha fazla hata yaptığını göstermektedir. Örneğin; astım hastalarının inhaler kullanımında eksiklikler bulunması, diyabet hastalarının hipoglisemi belirtilerini tanıyamaması ve hipertansiyon hastalarının yaşam tarzı değişiklikleri ile kan basıncını kontrol altında tutabileceklerini bilmemesi önemli sorunlar arasında yer almaktadır (DeWalt et al., 2007; Schillinger et al., 2002).

Bu tür eksiklikler, ilaç kullanımında hatalar, hastane yatışlarında artış ve tedaviye uyumsuzluk gibi sonuçlar doğurarak özellikle kronik hastalık yönetiminde tedavi etkinliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Berkman et al., 2011; Kutner et al., 2006).

Düşük sağlık okuryazarlığı, tedavi talimatlarının yanlış anlaşılmasına, ilaç dozlarının hatalı kullanılmasına ve önerilen sağlık davranışlarının uygulanamamasına yol açmakta; bu durum hastalığın kötüleşmesine ve sağlık sistemine ek mali yük getirmektedir (Osborn et al., 2007).

Ayrıca kronik hastalıkların yönetiminde hastaların tedavi süreçlerine aktif katılımı kritik öneme sahipken, sağlık okuryazarlığındaki eksiklik bu katılımı güçleştirmekte ve sağlık sonuçlarını olumsuz etkilemektedir (Berkman et al., 2011).

Sağlık çalışanları açısından da düşük sağlık okuryazarlığı, hastalarla etkili iletişim kurmayı zorlaştırmakta ve iletişim sürecinde daha fazla zaman harcanmasını gerektirmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin verimliliğinin azalmasına neden olmaktadır (Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, tedavi planlarını anlamakta, gerekli yaşam tarzı değişikliklerini uygulamakta ve sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurmakta güçlük çekmektedir (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığının artırılmasında eğitim sisteminin rolü büyüktür. Temel eğitim sürecinde kazandırılan okuryazarlık becerileri, sağlık bilgisini anlama ve yorumlama kapasitesinin temelini oluşturur. Erken yaşta verilen sağlık eğitimi, bireylerin sağlık konularında bilinçli kararlar almalarına ve sağlıklı davranışlar geliştirmelerine katkı sağlamaktadır (Nutbeam, 2008).

Bunun yanında toplumun genel eğitim düzeyinin yükseltilmesi, sağlık okuryazarlığını destekleyen uzun vadeli ve sürdürülebilir bir strateji olarak görülmelidir (Sørensen et al., 2012).

Yüksek sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık profesyonelleriyle daha etkili iletişim kurmasına, semptomlarını ve ihtiyaçlarını açıkça ifade etmesine imkân tanımaktadır (Schillinger et al., 2004). Buna karşılık, yetersiz sağlık okuryazarlığı iletişim sorunlarına, yanlış yönlendirmelere ve tedavi süreçlerinde gecikmelere neden olmaktadır (Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004).

Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler, genellikle hasta-hekim iletişiminde pasif kalmakta, tedavi süreçlerine etkin katılım göstermekte zorlanmakta ve verilen sağlık önerilerini uygulamada güçlük yaşamaktadır (Sørensen et al., 2012). Bu durum, tedavi planlarına uyumsuzluk, yanlış ilaç kullanımı ve sağlık sonuçlarında olumsuz gelişmeler şeklinde kendini göstermekte, bireysel sağlık kadar sağlık sisteminin etkinliği ve verimliliği açısından da önemli sorunlar doğurmaktadır (Berkman et al., 2011).

Dijital sağlık müdahaleleri, özellikle yaşlı yetişkinlerde sağlık okuryazarlığını artırmak için etkili bir araç olarak öne çıkmaktadır. Dong ve diğerleri (2023) tarafından yapılan meta-analizde, dijital sağlık okuryazarlığı eğitimlerinin yaşlı bireylerde bilgi edinme, sağlık davranışlarını geliştirme ve tedaviye uyum sağlama konularında

olumlu etkiler yarattığını göstermektedir. Bu tür müdahaleler, bireylerin sağlık bilgilerine erişimini kolaylaştırmakta ve sağlık kararlarını daha bilinçli şekilde alabilmelerine katkıda bulunmaktadır (Dong et al., 2023).

Barbati ve diğerleri (2025) tarafından yapılan sistematik inceleme ve meta-analizde, e-sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin genel olarak etkin olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışmalar, bireylerin dijital platformları kullanarak sağlık bilgilerini edinme ve uygulama becerilerini artırmakta, yaşam kalitesi ve sağlık davranışlarında olumlu değişiklikler sağlamakta ve bireylerin öz-yeterlilik algısını güçlendirmektedir (Barbati et al., 2025).

Benzer şekilde, Verweel ve diğerleri (2023) dijital sağlık müdahalelerinin kronik hastalıklara sahip bireylerdeki etkilerini incelemiş ve müdahalelerin sağlık okuryazarlığı ile bilgi kullanım becerilerini iyileştirdiğini, ancak etkinliğin bireylerin eğitim düzeyi, dijital becerileri ve sağlık sistemine güveni gibi bağlamsal faktörlerden etkilendiğini göstermiştir.

2025 yılı itibarıyla dijitalleşen sağlık ortamında, klasik sağlık okuryazarlığı becerilerine ek olarak e-sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi önem kazanmıştır. E-sağlık okuryazarlığı, bireylerin dijital araçları kullanarak sağlık bilgilerine ulaşma, bu bilgileri değerlendirme ve doğru sağlık kararları alma becerilerini kapsamaktadır (Şenyurt & Korkmaz Aslan, 2023). Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin geliştirilmesi, kullanıcı dostu dijital materyallerin sunulması ve sağlık eğitim programlarının güçlendirilmesi, bireylerin sağlık okuryazarlığını artırmak için etkili stratejiler olarak öne çıkmaktadır (SGGM, 2024; Şenyurt & Korkmaz Aslan, 2023).

Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığı ve e-sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, tedaviye uyumu artırmak ve toplum sağlığını iyileştirmek açısından kritik bir öneme sahiptir. Dijitalleşen sağlık ortamında bireylerin hem klasik hem de dijital sağlık okuryazarlığı becerilerini kazanması, sağlık sistemlerinin etkin, güvenli ve sürdürülebilir işleyişine de doğrudan katkı sağlayacaktır.

2.3.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini edinme, anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (Sørensen et al., 2012; Özsarı, 2025). Literatürde, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler genellikle bireysel, kültürel-sosyal ve sağlık sistemine özgü kategorilere ayrılmaktadır (Avcı & Özkan, 2020; Özsarı, 2025). Bu faktörler, bireylerin demografik özelliklerinden eğitim ve gelir durumuna, toplumsal çevreden sağlık sistemine kadar geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır (Haeri-Mehrizi et al., 2024; Kim et al., 2025).

Yaş: Yaş, sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli bir değişkendir. Özellikle ileri yaşlarda bilişsel yeteneklerde azalma görüldüğünden, sağlık bilgilerini anlama ve değerlendirme süreçleri zorlaşmaktadır (Kim et al., 2025; Özsarı, 2025). Türkiye'deki araştırmalarda, 65 yaş üstü bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Avcı & Özkan, 2020; Özsarı, 2025). Benzer şekilde uluslararası araştırmalar da ileri yaş grubunda sağlık materyallerini anlamada güçlük yaşandığını göstermektedir (Kwon & Kwon, 2025).

Eğitim Düzeyi: Eğitim, bireylerin sağlık bilgilerini anlama ve kullanma kapasitesini doğrudan etkiler. Düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde sağlık okuryazarlığı daha düşüktür ve bu durum, sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilir (Sørensen et al., 2012; Özsarı, 2025).

Gelir ve İstihdam: Gelir ve istihdam, sağlık hizmetlerine ve bilgilere erişim açısından kritik önemdedir. Düşük gelirli bireyler, eğitim ve sağlık materyallerine erişimde zorluk yaşayarak sağlık okuryazarlığı seviyesinde düşüş gösterir (Haeri-Mehrizi et al., 2024; Özsarı, 2025).

Etnik Kimlik ve Dil: Etnik kimlik, dil yeterliliği ve kültürel normlar, sağlık bilgilerini edinme ve kullanma sürecini etkileyebilir. Etnik azınlık ve göçmen gruplarda sağlık okuryazarlığı düzeyi genellikle daha düşüktür (Neter & Brainin, 2019; Özsarı, 2025). Türkiye'deki araştırmalar, dil bariyerleri ve kültürel farklılıkların sağlık bilgisine erişimi sınırladığını göstermektedir (Avcı & Özkan, 2020; Özsarı, 2025).

Toplumsal Değerler ve Sosyal Destek: Aile, arkadaş çevresi ve sosyal ağlar, sağlık bilgilerini edinme ve kullanma süreçlerinde belirleyici rol oynar. Sosyal desteği yüksek bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri daha yüksek bulunmuştur (Sørensen et al., 2012; Haeri-Mehrizi et al., 2024; Özsarı, 2025).

Hizmet Organizasyonu ve İletişim: Sağlık sisteminin organizasyonu, kullanılan terminoloji, sunulan materyallerin dili ve hasta-merkezli yaklaşım eksikliği, sağlık okuryazarlığını etkileyen sistematik faktörlerdir (Avcı & Özkan, 2020; Özsarı, 2025).

Teknolojik Gelişmeler: Teknolojik gelişmeler dijital sağlık okuryazarlığını ön plana çıkarmıştır. Çevrimiçi sağlık bilgilerine erişim ve mobil uygulamalar bireylerin sağlık bilgilerini kullanma yeteneklerini artırabilir; ancak dijital yeterliliği düşük bireyler bilgiye erişimde sınırlanmaktadır (Kim et al., 2025; Neter & Brainin, 2019; Özsarı, 2025).

Türkiye'de yapılan çalışmalar, yaş, eğitim ve gelir düzeyinin sağlık okuryazarlığını belirleyen temel faktörler olduğunu göstermektedir (Avcı & Özkan, 2020; Özsarı, 2025). Uluslararası araştırmalar da benzer şekilde, etnik kimlik, dil yeterliliği ve yaşın sağlık okuryazarlığını etkilediğini ortaya koymaktadır (Sørensen et al., 2012; Kwon & Kwon, 2025).

Sağlık okuryazarlığını artırmak, bireylerin sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmasını sağlar. Eğitim düzeyinin yükseltilmesi, gelir ve istihdam koşullarının iyileştirilmesi, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve kültürel hassasiyetlerin dikkate alınması önerilmektedir. Dijital sağlık araçlarının erişilebilirliği ve kullanımı özellikle yaşlı ve düşük eğitimli gruplar için önemlidir (Kim et al., 2025; Haeri-Mehrizi et al., 2024; Özsarı, 2025).

Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığı bireysel demografik özelliklerin, toplumsal-kültürel yapıların ve sağlık sisteminin sunum biçimlerinin karşılıklı etkileşimi ile şekillenmektedir (Avcı & Özkan, 2020; Güven, 2016). Bu çerçevede, sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahaleler; bireysel, kültürel ve sistemsel boyutları kapsayan çok katmanlı ve bütüncül yaklaşımlarla tasarlanmalıdır. Bu stratejiler, hasta-hekim iletişimini güçlendirerek tedavi süreçlerinin etkinliğini artıracak ve sağlık sisteminin genel performansına olumlu katkı sağlayacaktır. Ayrıca,

yaş, eğitim, kültür ve sosyoekonomik durum gibi kritik faktörlerin göz ardı edildiği programlar, beklenen başarıyı elde etmekte yetersiz kalmaktadır (Sørensen et al., 2012). Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı artırmaya yönelik çalışmaların hedef kitlenin sosyo-demografik ve kültürel özelliklerine uygun biçimde planlanması gerekmektedir.

2.4. Sağlık Okuryazarlık ve Hasta Hakları Arasındaki İlişki

Bireylerin sağlık hizmetlerinden etkin biçimde yararlanabilmeleri yalnızca fiziksel erişime değil; aynı zamanda sağlık bilgisine erişme, anlama ve bilinçli biçimde kullanma gibi bilişsel becerilere de bağlıdır (Sağlık Bakanlığı, 2025). Türkiye'de yapılan saha çalışmaları, toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesinin hâlen yeterli düzeyin altında olduğunu göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2025). 2018 araştırması sonrası 2023–2024 döneminde gerçekleştirilen saha çalışmasında, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı %31,1'den %46,1'e yükselmiş; buna karşılık yetersiz ve sınırlı düzeydeki bireylerin oranı %68,9'dan %53,9'a gerilemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2025). Ancak toplumun %50'sinden fazlasının hâlen yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu göz ardı edilmemelidir.

Hasta haklarının bilinçli biçimde kullanılabilmesi, bireylerin sağlık bilgilerini anlama, yorumlama ve uygulama kapasitelerine bağlıdır. Türkiye'de yapılan araştırmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bireylerde hasta haklarının daha etkin kullanıldığını, hasta–hekim iletişiminin güçlendiğini ve sağlık sistemine duyulan güvenin arttığını ortaya koymaktadır (Demir & Kocakaya, 2024). Özellikle Bayburt merkezli bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı arttıkça hasta katılımının da anlamlı şekilde yükseldiği; ancak iletişim engellerinin bu etkiyi kısmen zayıflattığı rapor edilmiştir (Demir & Kocakaya, 2024).

Ayrıca ebelik öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırma, sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında önemli bir ilişki olduğunu; internet kullanımı ile yazılı materyalleri okuma isteğinin bu iki kavram üzerinde anlamlı etkiler yarattığını göstermiştir (Göncü Serhatlıoğlu & Kızılkaya, 2025).

Bununla birlikte, başka bir araştırmada sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Ataç, Kırılmaz, Genç & İnce, 2023). Ayrıca e-sağlık okuryazarlığının, bireylerin sağlık

hizmetleriyle ilgili karar süreçlerine katılımını artırdığı ve bu süreçte hasta hakları farkındalığının aracı rol üstlendiği belirtilmektedir (Ünal, Durmuş & Kutlu, 2022).

Kronik hastalığı bulunan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile COVID-19'a yönelik bilgi düzeyi arasında da pozitif bir ilişki saptanmış, pandeminin kontrolünde sağlık okuryazarlığının önemi vurgulanmıştır (Tao, 2023).

Bu bulgular, sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin hekimleriyle daha etkili iletişim kurabildiklerini ve tedavi süreçlerine daha aktif katılım gösterdiklerini de ortaya koymaktadır; bu durum, hasta–hekim ilişkisini güçlendirmekte ve tedaviye uyumu artırmaktadır (Demir & Kocakaya, 2024).

Hasta hakları; bireylerin sağlık hizmeti alma sürecinde sahip oldukları bilgi edinme, onam verme, hizmetten eşit yararlanma ve mahremiyetin korunması gibi temel hak ve özgürlükleri kapsamaktadır (Berkman et al., 2011). Sağlık okuryazarlığı, bu hakların anlaşılması ve uygulanmasında belirleyici bir rol üstlenmektedir (Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012). Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sağlık sisteminde karşılaştıkları prosedürleri ve belgeleri daha kolay kavrayabilmekte, kendilerine sunulan seçenekleri anlayarak bilinçli tercihlerde bulunabilmekte ve hasta haklarına ilişkin düzenlemeleri doğru biçimde içselleştirebilmektedir (Osborn et al., 2011; Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Buna karşılık, sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin sağlık kurumlarına başvurduklarında temel hasta haklarından haberdar olmadıkları, tıbbi bilgi ve belgeleri yeterince anlayamadıkları ve iletişim kurmakta zorlandıkları görülmektedir (Berkman et al., 2011; Sørensen et al., 2012; Nutbeam, 2000). Karmaşık terminoloji, hızlı işleyen süreçler ve anlaşılması güç bilgilendirme metinleri, sağlık okuryazarlığı düşük bireyler için ciddi bir engel oluşturmaktadır (Nutbeam, 2000).

Sonuç olarak, toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması için sağlık okuryazarlığını güçlendiren stratejilerin hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır (Nutbeam, 2000; Ataç, Kırılmaz, Genç & İnce, 2023; Eminağaoğlu & Şen, 2024).

Bu stratejiler yalnızca bireylere yönelik eğitim programlarını değil; aynı zamanda sağlık hizmeti sunucularının iletişim becerilerinin geliştirilmesini, hasta bilgilendirme süreçlerinin sadeleştirilmesini ve kültürel açıdan duyarlı sağlık

politikalarının oluşturulmasını da içermelidir (Sørensen et al., 2012; Ünal, Durmuş & Kutlu, 2022).

Elde edilen bulgular ışığında, sağlık okuryazarlığını güçlendirmeye yönelik stratejiler şu şekilde özetlenebilir:

- Bireysel Eğitim Programları: Toplum tabanlı eğitim programları, özellikle düşük eğitim seviyesine sahip gruplar, yaşlılar ve kronik hastalığı olan bireyler hedef alınarak uygulanmalıdır (Ataç, Kırılmaz, Genç, & İnce, 2023; Nutbeam, 2000).
- Dijital Sağlık ve E-Okuryazarlık: İnternet ve mobil uygulamalar üzerinden erişilebilen güvenilir sağlık bilgileri, bireylerin hasta hakları farkındalığını artırmada etkili olabilir (Ünal, Durmuş, & Kutlu, 2022; Göncü Serhatlıoğlu & Kızılkaya, 2025).
- Sağlık Hizmeti Sunucularının Rolü: Hekimler ve sağlık çalışanları için etkili iletişim eğitimleri düzenlenmeli; açık ve anlaşılır dil kullanımı teşvik edilmelidir (Demir & Kocakaya, 2024; Eminağaoğlu & Şen, 2024).
- Toplumsal ve Kültürel Duyarlılık: Sağlık okuryazarlığı stratejileri, toplumsal ve kültürel farklılıkları göz önünde bulundurarak tasarlanmalıdır (Sørensen et al., 2012; Ekmekçi, 2024).
- Kamu Politikaları ve Sistem Düzenlemeleri: Hasta haklarının uygulanabilirliğini destekleyecek şekilde yeniden yapılandırılmalı ve sistem düzeyinde iyileştirmeler yapılmalıdır (Nutbeam, 2000; Ataç, Kırılmaz, Genç, & İnce, 2023; Sağlık Bakanlığı, 2025; Eminağaoğlu & Şen, 2024).

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Hasta hakları, bireylerin sağlık hizmeti alma sürecinde sahip oldukları etik, hukuki ve insani hakları kapsamaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin etkinliği yalnızca sunulan hizmetin kalitesine değil, aynı zamanda bireylerin sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları konusundaki bilgi düzeyine de bağlıdır (Nutbeam, 2000; Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011; Sørensen et al., 2012). Bu nedenle hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin ve bu ilişkinin sosyodemografik faktörlerden (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu vb.) nasıl etkilendiğinin anlaşılması önemlidir. Modern sağlık sistemleri hasta merkezli hizmet anlayışını benimsemekte, bireylerin sağlık haklarını bilmelerinin gerekliliğini vurgulamaktadır. Ne var ki birçok birey, sağlık hizmetlerinden yararlanırken sahip olduğu hakların farkında değildir; bu farkındalık eksikliği çoğunlukla sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersizliği ile ilişkilendirilmektedir (Sørensen et al., 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025).

Bu araştırmanın çıkış noktası, hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyinin yalnızca kişisel eğilimlerden değil, esasen sağlık okuryazarlığı kapasitesi ve sosyodemografik özelliklerden etkilendiği varsayımıdır. Bu kapsamda araştırmanın temel amacı, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi, bu ilişkinin demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin, hasta hakları bilgi düzeyi üzerindeki etkisini incelemektir.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada, nicel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı ve ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Tanımlayıcı tarama modeli, mevcut durumun nesnel biçimde betimlenmesini amaçlarken; ilişkisel tarama modeli, iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı hedeflemektedir (Karasar, N. 2022).

Araştırma kapsamında aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

H1: Katılımcıların demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

- H1a: Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H1b: Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H1c: Meslek grupları arasında sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H1d: Sağlık güvencesi türüne göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

H2: Katılımcıların sağlıkla ilgili davranışlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

- H2a: Düzenli ilaç kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H2b: Aylık hastane başvuru sıklığına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

H3: Bireylerin ilk başvurdukları sağlık kuruluşu türüne göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H4: Katılımcıların demografik özelliklerine göre hasta hakları bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

- H4a: Cinsiyete göre hasta hakları bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
  - H4a1: Cinsiyete göre sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ilişkin bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
  - H4a2: Cinsiyete göre bilgi edinme hakkına dair bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
  - H4a3: Cinsiyete göre hasta rızası ve haklarının korunmasına ilişkin bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
  - H4a4: Cinsiyete göre diğer hasta haklarına yönelik bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

- H4b: Yaş gruplarına göre hasta hakları bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H4b1: Yaş gruplarına göre sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ilişkin bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H4b2: Yaş gruplarına göre bilgi edinme hakkına dair bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H4b3: Yaş gruplarına göre hasta rızası ve haklarının korunmasına ilişkin bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H4b4: Yaş gruplarına göre diğer hasta haklarına yönelik bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H4c: Meslek gruplarına göre hasta hakları bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H4c1: Meslek gruplarına göre sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ilişkin bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H4c2: Meslek gruplarına göre bilgi edinme hakkına dair bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H4c3: Meslek gruplarına göre hasta rızası ve haklarının korunmasına ilişkin bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H4c4: Meslek gruplarına göre diğer hasta haklarına yönelik bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H4d: Sağlık güvencesi türüne göre hasta hakları bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H4d1: Sağlık güvencesi türüne göre sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ilişkin bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H4d2: Sağlık güvencesi türüne göre bilgi edinme hakkına dair bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H4d3: Sağlık güvencesi türüne göre hasta rızası ve haklarının korunmasına ilişkin bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H4d4: Sağlık güvencesi türüne göre diğer hasta haklarına yönelik bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

H5: Katılımcıların sağlık davranışlarına göre hasta hakları bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

- H5a: Düzenli ilaç kullanım durumuna göre hasta hakları bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H5a1: Düzenli ilaç kullanım durumuna göre sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H5a2: Düzenli ilaç kullanım durumuna göre bilgi alma hakkı bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H5a3: Düzenli ilaç kullanım durumuna göre hasta haklarının korunması ve hastanın rızası bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H5a4: Düzenli ilaç kullanım durumuna göre diğer haklar bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H5b: Hastaneye başvuru sıklığına göre hasta hakları bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H5b1: Hastaneye başvuru sıklığına göre sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H5b2: Hastaneye başvuru sıklığına göre bilgi alma hakkı bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H5b3: Hastaneye başvuru sıklığına göre hasta haklarının korunması ve hastanın rızası bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
    - H5b4: Hastaneye başvuru sıklığına göre diğer haklar bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

H6: İlk başvurulan sağlık kurumu türüne göre hasta hakları bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

- H6a: İlk başvurulan sağlık kurumu türüne göre sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H6b: İlk başvurulan sağlık kurumu türüne göre bilgi alma hakkı bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H6c: İlk başvurulan sağlık kurumu türüne göre hasta haklarının korunması ve hastanın rızası bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H6d: İlk başvurulan sağlık kurumu türüne göre diğer haklar bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

H7: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hasta hakları bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

- H7a: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H7b: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre bilgi alma hakkı bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H7c: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hasta rızası ve haklarının korunmasına ilişkin bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.
- H7d: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre diğer hasta hakları bilgi düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

H8: Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hasta hakları bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- H8a: Sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H8b: Sağlık okuryazarlığı ile bilgi edinme hakkı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H8c: Sağlık okuryazarlığı ile hasta rızası ve haklarının korunmasına dair bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H8d: Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile diğer hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H9: Katılımcıların Sağlık okuryazarlığı düzeyi hasta hakları bilgi düzeyini etkilemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Ankara ilinde ikamet eden 20 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Çalışmada yalnızca yetişkin bireylerin dâhil edilmesi amaçlanmıştır. Ancak Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2024 yılı yaş grubu dağılımı verilerinde nüfus 20–24 yaş aralığından itibaren sınıflandırılmıştır. Bu nedenle, verilerin bütünlüğünü korumak ve resmi istatistiklerle uyum sağlamak amacıyla araştırmaya 20 yaş ve üzeri bireyler dâhil edilmiştir. TÜİK tarafından 15–19 yaş grubunun "genç nüfus" kategorisinde ayrı bir grup olarak değerlendirilmesi nedeniyle, bu yaş grubundaki bireyler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. TUİK verilerine göre,

Ankara ilinde 2024 yılında yaşayan 20 yaş ve üzeri birey sayısı toplam 3.475.886 **kişi** olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2024).

Tablo 3.1'de sunulan hesaplamalar doğrultusunda, %5 hata payı ve %95 güven aralığında, p=0,8 ve q=0,2 değerleri esas alınarak araştırma için gerekli minimum örneklem büyüklüğü 246 kişi olarak belirlenmiştir. Uygulama aşamasında ise toplam 250 katılımcıdan veri toplanmıştır. Araştırmada örnekleme yöntemi olarak basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 3.1 *Örneklem Büyüklükleri*

Evren Büyüklüğü	±0,05 örnekleme hatası (d)		
	p=0,5 q=0,5	p=0,8 q= 0,2	p=0,3 q=0,7
100	80	71	77
500	217	165	196
750	254	185	226
1000	278	198	244
2500	333	224	286
5000	357	234	303
10000	370	240	313
25000	378	244	319
50000	381	245	321
100000	383	245	322
1000000	384	246	323
100 milyon	384	246	323

3.4. Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek için oluşturulan form, Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Ölçeği ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU-Q47) kullanılmıştır.

Katılımcıların demografik bilgilerini belirlemeye yönelik oluşturulan sorular katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyal güvenceleri hakkında bilgilerini, kitap/gazete/dergi vb. okumaktan hoşlanma durumu, okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinizde diğer kişi/kişilerden yardım alma durumu, sağlıkla ilgili bilgi kaynağını, sağlığını değerlendirme durumu, ilaç kullanma durumu, sağlık kuruluşuna ayda ortalama başvurumu durumu, ilk başvurulan sağlık kuruluşu, sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için kullanılan kaynakları içeren toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

İkinci kısımda Avrupa Sağlık Okuryazarlık Ölçeği sorularına yer verilmiştir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (European Health Literacy Survey Questionnaire – HLS-EU-Q), Sørensen ve çalışma arkadaşları (2012) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe uyarlaması Abacıgil, Harlak ve Okyay (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek, Avrupa genelinde sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek ve ülkeler arası karşılaştırmalara olanak sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri edinme, anlama, değerlendirme ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanma yeterliliklerini içermektedir. Katılımcılar, her bir maddeye 4'lü Likert tipi bir ölçek üzerinde yanıt vermektedir. Yanıtlar, "çok kolay", "kolay", "zor" ve "çok zor" şeklindedir. Ölçek, hem bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Sorensen et al., 2012). Ölçekte negatif soru bulunmamaktadır. Sağlık okuryazarlığını değerlendirirken ankete katılan bireylerin her maddeye verdikleri yanıtlar 1 (çok zor) ve 4 (Çok kolay) olarak alınmaktadır. Bilmiyorum yanıtları puanlamaya dahil edilmemektedir. Tüm geçerli puanların ortalaması her bir birey için alındıktan sonra aşağıdaki formül ile hesaplanmaktadır (Sorensen et al., 2012).

$$\text{İ}ndeks = (\bar{X} - 1)x\ \frac{50}{3}$$

Bu formül sonucu [0,50] aralığında normalize etmektedir. 0-25 aralığında puan alanlar yetersiz, 25-33 aralığında puan alanlar sorunlu / sınırlı, 33-42 aralığında puan alanlar yeterli ve 42-50 aralığında puan alanlar mükemmel olarak nitelendirilmektedir.

Araştırmada kullanılan üçüncü form Kaya (2018) tarafından geliştirilen hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyinin belirlenmesine yönelik 31 ifadeden oluşan "Hasta Hakları Bilgi Düzeyi bir Ölçeği" dir. Ölçek 5"li likert tipi olup; 1=Kesinlikle Katılmıyorum- 5=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde kurgulanmıştır.

Ölçek, sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı (6 madde), bilgi alma hakkı (5 madde), hasta haklarının korunması ve hastanın rızası (12 madde) ile diğer haklar (7 madde) olmak üzere toplam dört alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlardaki bu çeşitlilik, hasta haklarının çok boyutlu yapısını yansıtarak, konunun farklı yönlerinin kapsamlı biçimde ele alındığını göstermektedir. Ölçekte beş adet negatif soru vardır. Bu sorulara verilen yanıtlar ters çevrilerek değerlendirilmiştir. Ölçek puanlaması, her

maddeye verilen yanıt 1 ile 5 arasında puanlanır. 31 maddeden alınan puanlar toplanır. Toplam puan arttıkça, hastanın hasta hakları konusundaki bilgi düzeyinin yüksek olduğu kabul edilir. Toplam puan ne kadar yüksekse, katılımcının hasta hakları konusundaki bilgi düzeyinin o kadar yüksek olduğu kabul edilir (Kaya, 2018).

3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplama formları, çevrim içi veri toplama yöntemiyle Google Forms platformu aracılığıyla hazırlanmıştır. Hazırlanan formlar sosyal medya aracı olan WhatsApp üzerinden katılımcılara ulaştırılmıştır. Katılımcılara ulaşan anketleri katılımcılar cevaplamadan önce onları bilgilendirme metni karşılamaktadır. Bu bilgilendirme metninde katılımcılara hiçbir gizlilik içeren kişisel bilgilerin alınmadığına dair bilgiler verilmiş olup katılımcılar istekleri doğrultusunda cevaplamaya başlamaktadır. Araştırmada belirlenen örnekleme büyüklüğüne ulaşıldığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Veriler Mart – Mayıs 2025 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen anket formları öncelikle kontrol edilerek değerlendirme sürecine dâhil edilmiştir. Uygun bulunan veriler, IBM SPSS Statistics 26 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) yazılımı aracılığıyla analiz edilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılığını belirlemek üzere Cronbach’s Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Her iki ölçeğin de yüksek düzeyde güvenilir ölçme araçları olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.2).

Tablo 3.2 *Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Ölçeği ve Alt Boyutlara İlişkin Güvenilirlik Değerleri*

Ölçek	Kısaltma	Orjinal Araştırmanın Cronbach's Alfa Değeri	Araştırmanın Cronbach's Alfa Değeri
Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Ölçeği	HHBD	0,853	0,949
Sağlık Haklarından Faydalanma Hakkı Alt Boyutu	SHFH	0,700	0,921
Bilgi Alma Hakkı Alt Boyutu	BAH	0,519	0,907
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası Alt Boyutu	HHK	0,647	0,86
Diğer Haklar Alt Boyutu	DH	0,702	0,791
Avrupa Birliği Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği	ASOY	0,95	0,94

Verilerin normallik dağılımı incelendikten sonra, gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yöntemleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde, Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır. Bunlara ek olarak çeşitli regresyon analizleri ile sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları bilgi düzeyi arasındaki ilişki irdelenmiştir.

Bu araştırma kapsamında sağlık okuryazarlığını açıklamak amacıyla, ilk aşamada tüm bağımsız değişkenleri içeren bir çoklu doğrusal regresyon modeli tahmin edilmiştir. Daha sonra modele anlamlı katkısı olmayan değişkenlerin elenmesi amacıyla AIC temelli stepwise (çift yönlü) değişken seçimi yöntemi uygulanmış ve böylece sadeleştirilmiş nihai model elde edilmiştir. Bu çerçevede kullanılan temel regresyon modeli aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 yas_i + \beta_2 SağlikHizmetleriFaydalanmaHakkı_i + \in_i$$

Yukarıdaki denklemde, Y_i bireyin sağlık okuryazarlık skorunu, yas_i bireyin yaşını, $Y_i = \beta_0 + \beta_1 yas_i + \beta_2 SağlikHizmetleriFaydalanmaHakkı_i + \in_i$ ise sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına ilişkin algısını ifade etmektedir. Elde edilen bu sadeleşmiş değişken seti, sonraki aşamalarda farklı tahmin yöntemleriyle de modellenerek sonuçların tutarlılığı değerlendirilmiştir.

İlk olarak klasik çoklu doğrusal regresyon modeli tahmin edilmiştir. Modelin genel anlamlılığı F testi ile, bağımsız değişkenlerin bireysel anlamlılıkları ise t-testi ile değerlendirilmiştir.

Temel doğrusal modelde bazı değişkenlerin anlamlı katkı sağlamadığı görülmüş ve çoklu doğrusal bağlantı riskine karşı minimum AIC değerini temel alan stepwise (both direction) değişken seçimi uygulanmıştır. Bu yöntemle modele anlamlı katkı sağlamayan değişkenler elenerek daha parsimonious bir model elde edilmiştir.

Doğrusal modelde artıkların normal dağılmaması ve heteroskedastisite tespit edilmesi üzerine bağımlı değişkenin pozitif ve sürekli yapısı da göz önünde bulundurularak Gaussian dağılımlı ve log bağlantı fonksiyonlu Genelleştirilmiş Doğrusal Model (GLM) tahmin edilmiştir. Bu yöntem klasik doğrusal modele kıyasla

varsayımlara daha az duyarlıdır ve değişkenler arası etkilerin oransal biçimde değerlendirilmesine olanak tanır.

Son olarak değişkenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin farklı kantillerdeki farklı etkiler gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla kantil regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda özellikle alt kantil ($\tau = 0.25$) ve medyan kantil ($\tau = 0.50$) tahmin edilmiştir. Kantil regresyon modeli, ortalama eğilimlerin ötesine geçerek bağımlı değişken dağılımının farklı bölümlerindeki etkilerin analizine imkân sağlamaktadır.

3.7. Çalışmanın Etik Yönü

Çalışma için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimleri Etik Kurulundan 27.02.2025 tarihinde 02/661 sayılı Etik Onay alınmıştır (Ek-4). Katılımcıların gönderilen anket linkini tıklamaları ilk olarak bilgilendirme metni bulunmaktadır. Bu bilgilendirme metninde katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ve herhangi kişisel verilere yer verilmediği belirtilmektedir. Araştırmaya katılan katılımcılar bu bilgilendirmeyi kabul ederek devam etmiştir. Araştırmada kişisel veri toplanmamış katılımcıların yanıtları anonim şekilde kaydedilmiş olup, elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için anketi geliştiren kişilerden izin alınmıştır.

3.8. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, araştırma yalnızca tek bir ilde (Ankara) yürütülmüş ve örneklem 20 yaş ve üzeri bireylerle sınırlandırılmıştır; bu durum, sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

Verilerin çevrim içi ortamda toplanması, teknoloji kullanımına daha yatkın bireylerin katılımını artırmış olabilir. Buna karşılık, teknoloji kullanımına sınırlı erişimi olan veya çevrim içi anketlere katılımda isteksiz bireylerin araştırma dışında kalmış olması mümkündür. Bu durum, örneklemde belirli sosyodemografik grupların (örneğin, yaşlı veya düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin) yeterince temsil edilmemesine yol açarak bulguların dengeli dağılımını sınırlamış olabilir.

Ölçüm araçlarının öz-bildirim temelli olması, yani katılımcıların kendi beyanlarına dayanması, verilerin doğruluğunu sınırlayabilir. Katılımcıların sorulara cevap verirken toplum tarafından kabul görecek şekilde yanıt verme eğilimi (sosyal beğenirlik yanlılığı) veya kişisel farkındalık eksiklikleri, ölçümlerde sapmalara neden olmuş olabilir. Bu nedenle araştırma sonuçları, katılımcıların gerçek davranış ve bilgi düzeylerinden bir miktar sapma gösterebilir.

Tüm bu sınırlılıklar dikkate alındığında, araştırmadan elde edilen bulguların kesin ve evrensel sonuçlar olarak değil, belirli bir örneklem üzerinden elde edilen eğilimler ve ilişkiler olarak yorumlanması gerekmektedir. Bulguların genellenebilirliği için daha geniş, farklı illeri ve yaş gruplarını kapsayan, farklı veri toplama yöntemleriyle desteklenmiş çalışmalara ihtiyaç vardır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgilere Tablo 4.1'de yer verilmiştir.

Tablo 4.1 *Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler*

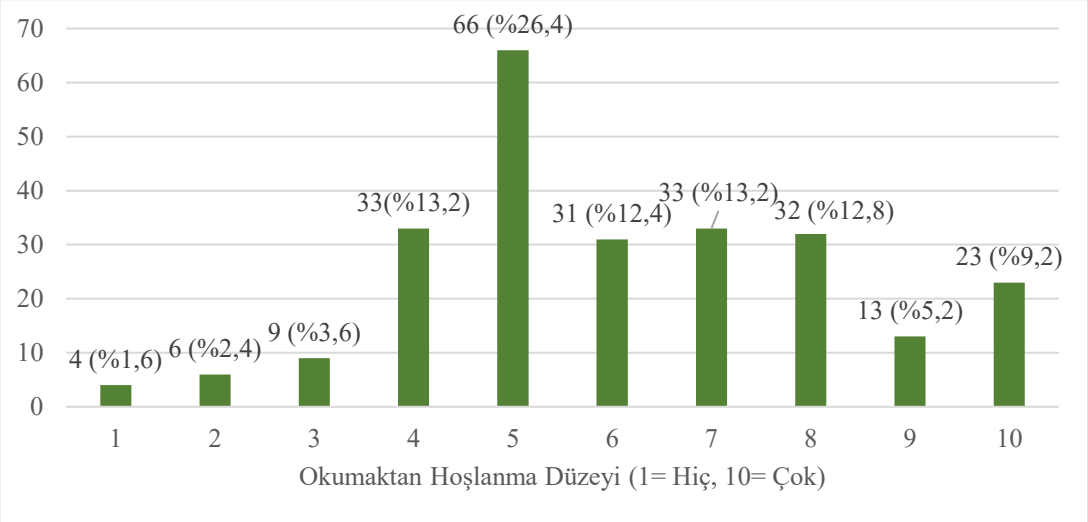
Değişken	Alt Kategori	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş	20-25 yaş arası	116	46,6
	26-40 yaş arası	79	31,6
	41-60 yaş arası	40	16
	61 yaş ve üzeri	15	6
Cinsiyet	Kadın	172	68,8
	Erkek	78	31,2
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	9	3,6
	Ortaokul mezunu	9	3,6
	Lise mezunu	99	39,6
	Üniversite mezunu	97	38,8
	Yüksek Lisans mezunu	20	8
	Doktora mezunu	6	2,4
	Hiçbir okul mezunu değil	10	4
Meslek	Ev hanımı	32	12,8
	Emekli	11	4,4
	Öğrenci	89	35,6
	Memur	49	19,6
	Serbest çalışan	50	20
	Çalışmıyor	19	7,6
Sosyal Güvence	Yok	42	16,8
	SGK (Emekli Sandığı/SSK)	201	80,4
	Yeşil Kart	7	2,8

Katılımcıların %46,6'sı 20-25 yaş aralığında (n=116), %31,6'sı 26-40 yaş aralığında (n=79), %16'sı 41-60 yaş aralığında (n=40) , %6'sı 61 yaş ve üzerindedir (n=15). Cinsiyet değişkenine ilişkin dağılım incelendiğinde, örneklemin %68,8'ini kadınlar (n=172), %31,2'sini ise erkekler (n=78) oluşturmaktadır. Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %39,6'sı lise (n=99), %38,8'i üniversite (n=97), %8'i yüksek lisans (n=20), %3,6'sı ilkokul (n=9) ve %3,6'sı ortaokul mezunu (n=9), %2,4'ü doktora mezunu (n=6) ve %4'ü ise herhangi bir eğitim kurumundan mezun olmadığını belirtmiştir (n=10).

Meslek değişkeni çerçevesinde yapılan analizde, katılımcıların %35,6'sının öğrenci (n=89), %20'sinin serbest meslek çalışanı (n=50), %19,6'sının kamu çalışanı (n=49), %12,8'inin ev hanımı (n=32), %7,6'sının çalışmayan bireyler (n=19) ve %4,4'ünün emekli (n=11) olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, çalışan bireylerin oranının %39,6 olması dikkat çekici bir bulgudur.

Katılımcıların sosyal güvence durumlarına bakıldığında ise, büyük çoğunluğunun (%80,4) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında olduğu (n=201), %16,8'inin herhangi bir sosyal güvencesi bulunmadığı (n=42) ve %2,8'inin yeşil kart sahibi olduğu (n=7) belirlenmiştir.

Ayrıca, anket formunda yer alan ve katılımcılara "Genel olarak kitap/gazete/dergi vb. okumaktan ne kadar hoşlanırsınız?" şeklinde yöneltilen soru, 1 (hiç hoşlanmam) ile 10 (çok hoşlanırım) arasında derecelendirilen tek maddelik bir ölçekle değerlendirilmiştir. Bu soruya verilen yanıtların frekans dağılımı Şekil 4.1'de gösterilmiştir.

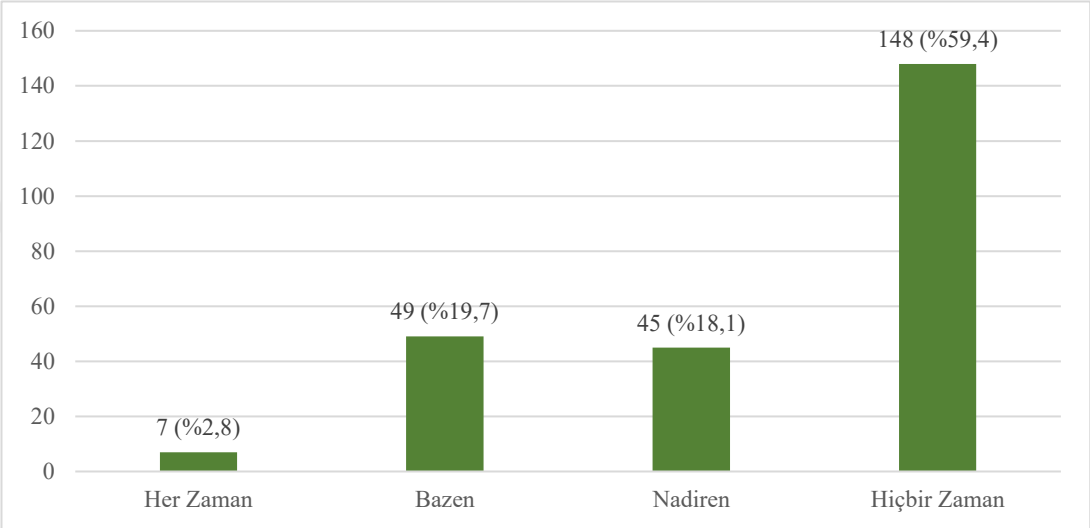


Şekil 4.1 *Katılımcıların Okumaktan Hoşlanma Düzeyleri*

Katılımcıların "Genel olarak kitap/gazete/dergi vb. okumaktan ne kadar hoşlanırsınız?" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, en düşük tercih düzeyi olan 1 puanı yalnızca 4 katılımcının işaretlediği görülmektedir. En yüksek frekansa ise 66 katılımcı (%26,4) ile 5 puanda ulaşılmıştır. Grafiksel dağılım dikkate alındığında, 30'un üzerinde frekansa sahip yanıtların 4 ile 8 puan aralığında yoğunlaştığı anlaşılmaktadır. Bu bulgu, örneklemin genelinde okumaya yönelik ilginin orta

düzeyde olduğunu ve bu düzeyin, belirli ölçüde yüksek hoşlanma ile desteklendiğini göstermektedir.

Bunun yanı sıra, anket kapsamında yer alan "Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinizde diğer kişi/kişilerden yardım alıyor musunuz?" sorusu ile bireylerin bu tür etkinliklerde dışsal desteğe duydukları ihtiyaç araştırılmıştır. Katılımcıların bu soruya verdikleri yanıtların dağılımı Şekil 4.2'de gösterilmiştir.



Şekil 4.2 *Okuma Yazma Faaliyetlerinde Yardım Alma Durumu*

Şekil 4.2'ye göre katılımcıların büyük bir kısmı (%59,4) okuma ve yazma faaliyetlerinde yardım alma durumunda hiçbir zaman seçeneğini işaretlerken az bir kısmı (%2,8) her zaman yardım aldığını belirtmiştir.

Anket formunda "Sağlıkla ilgili sizce en güvenilir üç bilgi kaynağı nedir?" şeklinde bir soru sorulmuştur. Soruya verilen yanıtlara Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

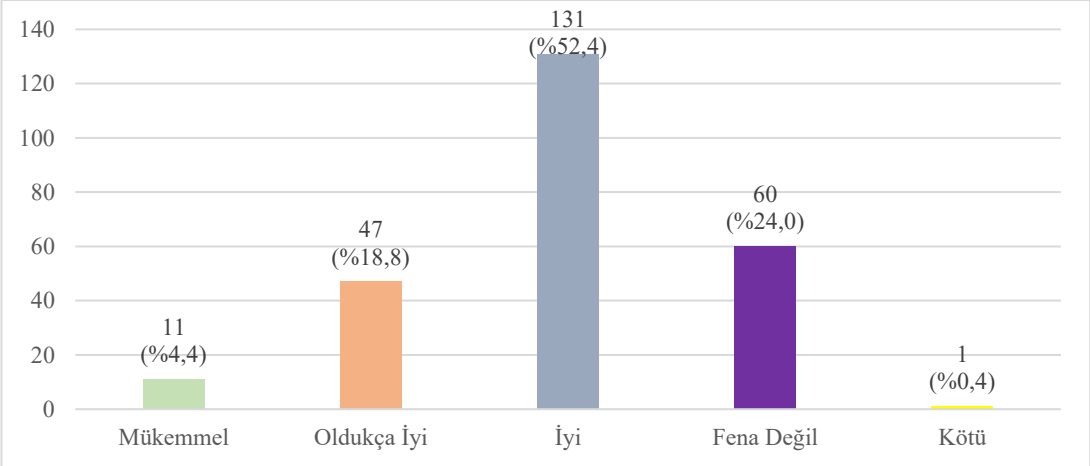
Tablo 4.2 *Sağlık Bilgisi İçin Güvenilir Bilgi Kaynakları*

Bilgi Kaynağı	Evet n (%)	Hayır n (%)
Sağlık Çalışanı	208 (83,2)	42 (16,8)
İnternet	142 (56,8)	108 (43,2)
Aile Üyeleri	90 (36)	160 (66)
Yazılı Basın	83 (33,2)	167 (66,8)
Kitap/Broşür	80 (32)	170 (68)
Arkadaş	41 (16,4)	209 (83,6)
Radyo/Televizyon	39 (15,6)	211 (84,4)
Diğer	1 (0,4)	249 (99,6)

Katılımcıların sağlıkla ilgili en güvenilir bilgi kaynağına ilişkin görüşleri incelendiğinde, büyük çoğunluğun (%83,2) sağlık çalışanlarını birincil ve en güvenilir kaynak olarak gördüğü tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarını takiben, internet kaynakları %56,8 oranıyla ikinci sırada yer almaktadır.

Katılımcıların yanıtları doğrultusunda, aile bireyleri (%36), yazılı basın (%33,2) ve kitap/broşür gibi basılı materyaller (%32), güvenilirlik açısından orta düzeyde değerlendirilen bilgi kaynakları arasında öne çıkmaktadır. Buna karşın, arkadaş çevresi (%16,4) ile radyo ve televizyon (%15,6), katılımcılar tarafından daha düşük düzeyde güvenilir bulunan kaynaklar arasında yer almıştır. "Diğer" seçeneği ise oldukça sınırlı bir katılımcı grubu tarafından tercih edilmiştir (%0,4).

Ayrıca, anket formunda yer alan "Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna ilişkin katılımcı yanıtlarının dağılımı Şekil 4.3'te grafiksel olarak gösterilmiştir.



Şekil 4.3 *Katılımcıların Sağlık Değerlendirmesi*

Şekil 4.3'te yer alan veriler incelendiğinde, katılımcıların %52,4'ünün sağlık durumlarını "iyi" olarak değerlendirdiği görülmektedir. Bunu sırasıyla %24 ile "fena değil", %18,8 ile "oldukça iyi", %4,4 ile "mükemmel" ve %0,1 ile "kötü" değerlendirmeleri takip etmektedir. Bu dağılım, örneklemin önemli bir bölümünün (%95,6) sağlık durumunu en az orta düzeyde olumlu olarak algıladığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla katılımcıların genel sağlık algılarının büyük ölçüde olumlu olduğu söylenebilir. Anket kapsamında katılımcılara yöneltilen "Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mıdır?" sorusu aracılığıyla, bireylerin sürekli ilaç kullanım

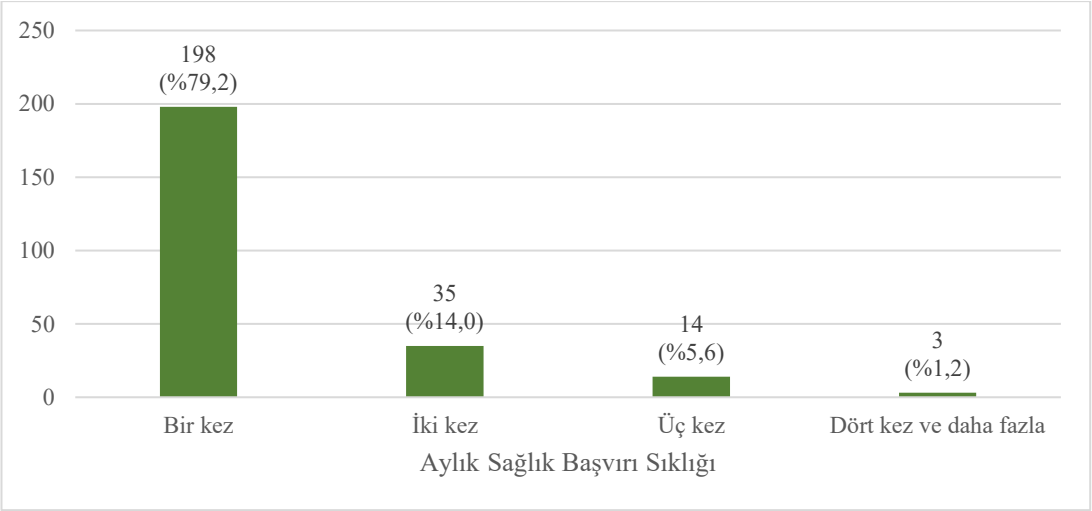
durumları ve bu ilaçların içeriği hakkında bilgi toplanmıştır. Elde edilen veriler Tablo 4.3 ayrıntılı biçimde gösterilmiştir.

Tablo 4.3 *Düzenli İlaç Kullanımı: Genel Durum ve Hastalık Türleri*

Kategori	Durum	Frekans (n)	Yüzde (%)
Genel Durum	Evet	52	20,8
Genel Durum	Hayır	198	79,2
Hastalık Türü	Diğer	19	36,5
Hastalık Türü	Hipertansiyon	13	25,0
Hastalık Türü	Diyabet	11	21,2
Hastalık Türü	Astım	11	21,2
Hastalık Türü	Böbrek Hastalığı	9	17,3
Hastalık Türü	Kalp Hastalığı	5	9,6

Araştırmaya katılan bireylerin %20,8'i (n=52), düzenli olarak ilaç kullandığını ifade etmiştir. Bu katılımcıların dağılımına bakıldığında, 13 kişinin hipertansiyon, 11 kişinin diyabet, 11 kişinin astım, 9 kişinin böbrek hastalığı ve 5 kişinin kalp hastalığı nedeniyle ilaç kullandığı görülmektedir. Ayrıca, 19 katılımcı mevcut seçenekler dışında kalan çeşitli sağlık sorunları nedeniyle düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir. Bu durum, örneklem içinde kronik hastalıklara bağlı ilaç kullanımının kayda değer bir orana sahip olduğunu göstermektedir.

Katılımcılara yöneltilen bir diğer soru ise "Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb.) bir sağlık kuruluşuna ayda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?" şeklindedir. Katılımcıların bu soruya verdikleri yanıtların frekans dağılımı Şekil 4.4'te grafiksel olarak gösterilmiştir.

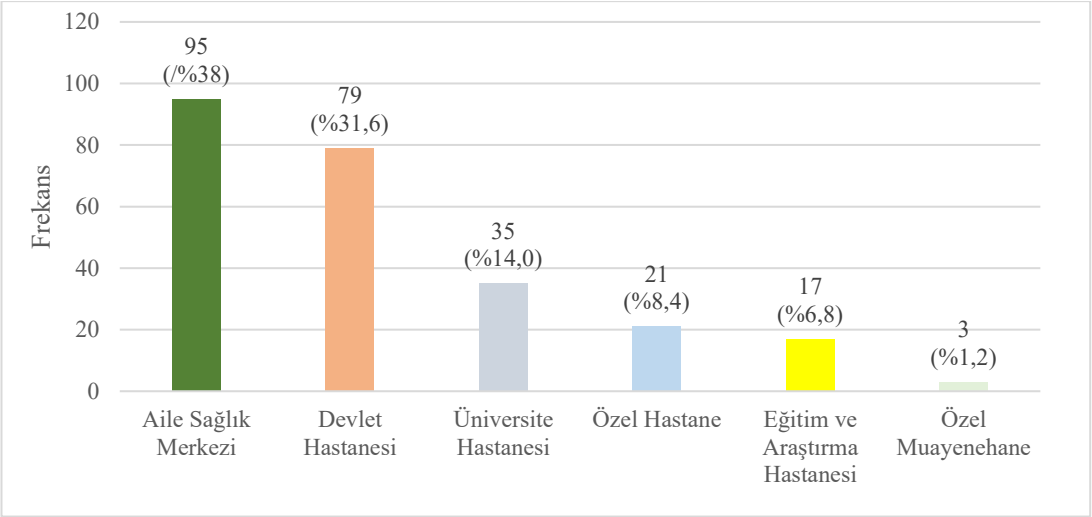


Şekil 4.4 *Aylık Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı*

Katılımcıların sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığına ilişkin veriler incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%79,2; n=198) ayda bir kez sağlık kurumuna başvurduğu görülmektedir. Katılımcıların %14'ü (n=35) ayda iki kez, %5,6'sı (n=14) ayda üç kez başvuruda bulunduğunu belirtmiştir.

Daha yüksek sıklıkta, yani ayda dört kez ve üzeri sağlık kuruluşuna başvuran katılımcıların oranı ise yalnızca %1,2 olarak kaydedilmiştir.

Anket kapsamında katılımcılara yöneltilen bir diğer soru ise "Herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?" şeklinde olup, bu soruya verilen yanıtların dağılımı Şekil 4.5'te grafiksel olarak gösterilmiştir.



Şekil 4.5 *Sağlık Sorunu Durumunda İlk Başvuru Yapılan Kurum*

Katılımcıların sağlık sorunu yaşadıklarında başvurdukları ilk sağlık kuruluşuna ilişkin veriler incelendiğinde, %38'lik bir kesimin (n=95) Aile Sağlığı Merkezi'ni tercih ettiği görülmektedir. Bunu %31,6 ile Devlet Hastanesi (n=79), %14 ile Üniversite Hastanesi (n=35), %8,4 ile Özel Hastane (n=21), %6,8 ile Eğitim ve Araştırma Hastanesi (n=18) ve %1,2 ile Özel Muayenehane (n=3) takip etmektedir. Bu dağılım, birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu olan Aile Sağlığı Merkezlerinin, sağlık hizmetlerine ilk başvuru noktası olarak toplumda önemli bir yer tuttuğunu ortaya koymaktadır.

Anket kapsamında katılımcılara yöneltilen bir diğer soru ise "Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaşmak için aşağıdaki kaynakları ne sıklıkla kullanırsınız?" şeklindedir.

Katılımcılardan; gazete, internet, radyo ve televizyon, kitap ve broşürler, aile üyeleri/arkadaş çevresi ve sağlık çalışanları (doktor, hemşire vb.) olmak üzere altı farklı bilgi kaynağını kullanım sıklıklarına göre değerlendirmeleri istenmiştir. Bu soruya verilen yanıtların frekans ve oran dağılımları Tablo 4.4' de detaylı şekilde gösterilmiştir.

Tablo 4.4 *Sağlık Bilgisi Almak İçin Kaynak Kullanım Sıklığı*

Kaynak	Her Zaman n (%)	Sıklıkla n (%)	Bazen n (%)	Nadiren n (%)	Hiçbir Zaman n (%)
Gazete	3 (1,2%)	15 (6,0%)	39 (15,6%)	43 (17,2%)	150 (60,0%)
İnternet	32 (12,8%)	61 (24,4%)	77 (30,8%)	44 (17,6%)	36 (14,4%)
Radyo ve Televizyon	33 (13,2%)	66 (26,4%)	83 (33,2%)	43 (17,2%)	25 (10,0%)
Kitaplar ve Broşürler	49 (19,6%)	83 (33,2%)	82 (32,8%)	26 (10,4%)	10 (4,0%)
Aile Üyeleri, Arkadaşlar vb	99 (39,6%)	82 (32,8%)	45 (18,0%)	17 (6,8%)	7 (2,8%)
Sağlık Çalışanları	99 (39,6%)	82 (32,8%)	45 (18,0%)	17 (6,8%)	7 (2,8%)
Uygulanan Test	**χ^2**	**Serbestlik Derecesi**		**p-değeri**	
	653,48	20		0,00	

Tablo 4.4 incelendiğinde, sağlık bilgisi edinme bağlamında sağlık çalışanları ile aile üyeleri ve arkadaşların öncelikli kaynaklar olduğu görülmektedir. Her iki grup için de "Her zaman" yanıtı %39,9 oranıyla en yüksek frekansa sahiptir. En az tercih edilen kaynaklar arasında ise gazete yer almakta olup, bu seçeneğe katılımcıların %60'ı (n=150) "Hiçbir zaman" yanıtını vermiştir. İnternet, radyo ve televizyon gibi medya kanallarına ilişkin yanıtlar ise daha çok "bazen" ve "sıklıkla" kategorilerinde yoğunlaşmaktadır; bu durum, bu mecraların dönemsel olarak kullanıldığını göstermektedir. Ayrıca, geleneksel bilgi kaynaklarının hâlen önemli bir yer tuttuğu dikkat çekmektedir. Örneğin, kitaplar ve broşürler kategorisinde katılımcıların %19,6'sı (n=49) "her zaman", %32,2'si (n=83) ise "sıklıkla" seçeneğini tercih etmiştir.

Tablo 4.4 üzerinde gerçekleştirilen ki-kare testi sonuçları, katılımcıların sağlık bilgisi edinmek için tercih ettikleri kaynakların kullanım sıklıklarının tesadüfi olmadığını ortaya koymuştur ($p<0,05$). Bu bulgu, belirli bilgi kaynaklarının katılımcılar tarafından sistematik biçimde diğer kaynaklara kıyasla daha fazla ya da daha az tercih edildiğini göstermektedir.

Anket formunda yer alan ve "Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaşmak için aşağıdaki kaynakları ne sıklıkla kullanırsınız?" sorusuna verilen yanıtlar Tablo 4.5'de gösterilmiştir.

Tablo 4.5 *Sağlık Bilgisi Kaynak Kullanımı*

Kaynak	Her Zaman n (%)	Sıklıkla n (%)	Bazen n (%)	Nadiren n (%)	Hiçbir Zaman n (%)
Sağlıkla ilgili gazete, dergi ve kitap okur musunuz?	37 (%14,8)	57 (%22,8)	73 (%29,2)	41 (%16,4)	42 (%16,8)
Tv, radyo vb. dek, reklamlarda sağlıkla ilgili bilgilere dikkat eder misiniz?	51 (%20,4)	75 (%30,0)	65 (%26,0)	36 (%14,4)	23 (%9,2)
Yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterir misiniz?	52 (%20,8)	76 (%30,4)	82 (%32,8)	28 (%11,2)	12 (%4,8)
Sağlığınızı korumak için diyet yapar mısınız?	50 (%20,0)	61 (%24,4)	73 (%29,2)	43 (%17,2)	23 (%9,2)
Sağlıklı olmak için düzenli spor yapar mısınız?	45 (%18,0)	56 (%22,4)	82 (%32,8)	47 (%18,8)	20 (%8,0)
Uygulanan Test	**χ^2**	**Serbestlik Derecesi**		**p-değeri**	
	37,64	16		0,001	

Gazete, dergi ve kitap okuma alışkanlıklarına ilişkin verilen yanıtlar incelendiğinde, "Her zaman" (%14,8) ve "Sıklıkla" (%22,8) seçeneklerinin toplamının %37,6 ile sınırlı kaldığı, buna karşın "Hiçbir zaman" yanıtının %16,8 oranında olduğu görülmektedir.

Televizyon, radyo ve reklamlardaki sağlık içeriklerine dikkat etme düzeyi ise oldukça yüksektir. Katılımcıların %20,4'ü "Her zaman", %30,0'ı ise "Sıklıkla" yanıtını vererek bu mecralara yönelik dikkatin kayda değer düzeyde olduğunu ortaya koymuştur.

Yeterli ve dengeli beslenmeye gösterilen özen, ankete katılan bireyler arasında yaygın bir davranış biçimidir; bu bağlamda verilen yanıtların %84'ü "Her zaman", "Sıklıkla" veya "Bazen" kategorilerinde yer almaktadır.

Diyet yapma davranışına ilişkin yanıtlar ise daha ılımlı bir dağılım sergilemektedir. Katılımcıların %29,2'si "Bazen", %24,4'ü "Sıklıkla", %20,0'ı "Her zaman" ve %9,2'si "Hiçbir zaman" yanıtını tercih etmiştir.

Düzenli spor yapma davranışı da diyet yapma sorusuna verilen yanıtlarla benzer bir dağılım göstermektedir. En sık tercih edilen yanıt "Bazen" (%32,8) olurken, "Her zaman" ve "Sıklıkla" yanıtlarının toplamı %40,4'tür.

Gerçekleştirilen analizler sonucunda, sağlıkla ilgili farklı davranış biçimleri arasında katılımcı tutumlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir

($\chi^2(16) = 37{,}64$, $p = 0{,}001$). Bu çerçevede, bireyler en çok "Yeterli ve dengeli beslenme" ile "Düzenli spor yapma" davranışlarına "Bazen" ve "Sıklıkla" yanıtlarını tercih ederken, "Gazete, dergi ve kitap okuma" davranışına "Hiçbir zaman" yanıtını daha fazla vermişlerdir.

4.2. Ölçekler İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Anket formunun ikinci bölümünde ise Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeğine ilişkin sorular yer almakta olup, katılımcıların sağlık okuryazarlığı becerileri beşli Likert ölçeği (Çok Zor – Zor – Kolay – Çok Kolay – Bilmiyorum) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde, ankete katılan bireylerin büyük çoğunluğunun sağlıkla ilgili bilgilere erişim ve bu bilgileri anlama konusundaki özdeğerlendirmelerinde kendilerini yeterli gördükleri ortaya çıkmaktadır. Özellikle "Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek", "Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek" ve "İlaç tedavisinde verilen talimatları uygulamak" gibi maddelerde "Kolay" ve "Çok Kolay" yanıtlarının oranı %85'in üzerindedir. Yanıtlar detaylı olarak incelendiğinde, en düşük yeterlilik düzeyinin "Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak" ve "İlacın prospektüsünü anlamak" sorularında gözlendiği görülmektedir.

Ankete katılan 250 bireyin sağlık okuryazarlığı puanları Eşitlik (1) Tablo 4.6'de gösterilmiştir.

Tablo 4.6 *Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri*

Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	Kişi Sayısı
Yetersiz	36
Sorunlu/Sınırlı	30
Yeterli	128
Mükemmel	56

Katılımcıların 36'sı yetersiz, 30'u sınırlı/Sorunlu, 128'i yeterli ve 56'sı mükemmel olarak sınıflandırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı alt boyutuna ilişkin frekans tablosu Tablo 4.7'dedir.

Tablo 4.7 *Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı Alt Boyutu Frekans Tablosu*

Soru	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
SHFH1	5 (2,0%)	10 (4,0%)	35 (14,0%)	56 (22,4%)	144 (57,6%)
SHFH2	2 (0,8%)	10 (4,0%)	37 (14,8%)	53 (21,2%)	148 (59,2%)
SHFH3	7 (2,8%)	17 (6,8%)	44 (17,6%)	66 (26,4%)	116 (46,4%)
SHFH4	6 (2,4%)	17 (6,8%)	36 (14,4%)	67 (26,8%)	124 (49,6%)
SHFH5	4 (1,6%)	18 (7,2%)	35 (14,0%)	57 (22,8%)	136 (54,4%)

Ankete katılan bireylerin büyük kısmı bu alt boyuttaki ifadelere olumlu yanıtlar olan "Katılıyorum" ya da "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Beş sorunun tamamında %70'in üzerinde bir katılımcı olumlu görüş bildirmiştir.

SHFH2 ile kodlanan soru, Sağlık kuruluşlarını seçme ve değiştirme hakkına yönelik bir sorudur. Bu soruya yanıt olarak katılımcıların büyük kısmı olumlu ifadeleri işaretlemiştir (%80,4=Katılıyorum + Kesinlikle Katılıyorum).

Bilgi alma hakkı alt boyutuna ilişkin frekans tablosuna Tablo 4.8'de yer verilmiştir.

Tablo 4.8 *Bilgi Alma Hakkı Alt Boyutu Frekans Tablosu*

Soru	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
BAH1	11 (4,4%)	23 (9,2%)	52 (20,8%)	73 (29,2%)	91 (36,4%)
BAH2	2 (0,8%)	13 (5,2%)	37 (14,8%)	58 (23,2%)	140 (56,0%)
BAH3	6 (2,4%)	17 (6,8%)	45 (18,0%)	63 (25,2%)	119 (47,6%)
BAH4	3 (1,2%)	17 (6,8%)	32 (12,8%)	63 (25,2%)	135 (54,0%)
BAH5	6 (2,4%)	16 (6,4%)	34 (13,6%)	52 (20,8%)	142 (56,8%)

Tablo 4.8 incelendiğinde, bilgi alma hakkıyla ilgili hasta algısının oldukça olumlu olduğuna işaret etmektedir. Beş maddenin hepsinde de olumlu yanıtlar olan "Katılıyorum" ve "Kesinlikle Katılıyorum" oranları toplamı %70'in üzerindedir.

Hasta haklarının korunması ve hasta rızası alt boyutuna ilişkin frekans tablosuna Tablo 4.9'da yer verilmiştir.

Tablo 4.9 *Hasta Haklarının Korunması ve Hasta Rızası Alt Boyutu Frekans Tablosu*

Soru	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
HHK1	5 (2,0%)	10 (4,0%)	35 (14,0%)	56 (22,4%)	144 (57,6%)
HHK2	5 (2,0%)	10 (4,0%)	31 (12,4%)	62 (24,8%)	142 (56,8%)
HHK3	87 (34,8%)	26 (10,4%)	39 (15,6%)	51 (20,4%)	47 (18,8%)
HHK4	4 (1,6%)	12 (4,8%)	35 (14,0%)	49 (19,6%)	150 (60,0%)
HHK5	32 (12,8%)	21 (8,4%)	41 (16,4%)	68 (27,2%)	88 (35,2%)
HHK6	79 (31,6%)	35 (14,0%)	44 (17,6%)	46 (18,4%)	46 (18,4%)
HHK7	5 (2,0%)	14 (5,6%)	30 (12,0%)	53 (21,2%)	148 (59,2%)
HHK8	7 (2,8%)	19 (7,6%)	39 (15,6%)	56 (22,4%)	129 (51,6%)
HHK9	17 (6,8%)	32 (12,8%)	46 (18,4%)	63 (25,2%)	92 (36,8%)
HHK10	86 (34,4%)	29 (11,6%)	41 (16,4%)	46 (18,4%)	48 (19,2%)
HHK11	4 (1,6%)	16 (6,4%)	30 (12,0%)	58 (23,2%)	142 (56,8%)
HHK12	5 (2,0%)	13 (5,2%)	29 (11,6%)	50 (20,0%)	153 (61,2%)

Tablo 4.9 incelendiğinde, katılımcıların çoğunun hasta mahremiyetine, bilgilendirilmiş onam hakkına ve hasta güvenliğine ilişkin maddelere yüksek düzeyde olumlu yanıtlar verdiği görülmektedir. Özellikle mahremiyet hakkını içeren HHK4 ve şikâyet etme ve yasal yollara başvurma hakkını içeren HHK12 ifadelerinde "Kesinlikle Katılıyorum" diyenlerin oranları sırasıyla %60,0 ve %61,2 olarak dikkat çekmektedir.

Buna karşın, bazı maddelerde farkındalığın görece düşük olduğu görülmektedir. Başka hastaların kayıtlarını inceleme hakkına ilişkin ifade olan HHK3 ve tedaviyi reddetme hakkına ilişkin verilen ifade olan HHK10 gibi tartışmalı konularda "Kesinlikle Katılmıyorum" yanıtı %34,8 ve %34,4 oranıyla öne çıkmıştır.

Ayrıca, tedavi sırasında doğrudan ilgili olmayan kişilerin bulunmasına ilişkin verilen ifade olan HHK6'ya "Kesinlikle Katılmıyorum" yanıtı verenlerin oranı %31,6 olup, bu oran hasta mahremiyetine ilişkin hassasiyetin bir başka göstergesidir.

Diğer haklar alt boyutuna ilişkin frekans tablosuna Tablo 4.10'da yer verilmiştir.

Tablo 4.10 *Diğer Haklar Alt Boyutu Frekans Tablosu*

İfade	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
DH1	36 (14,4%)	33 (13,2%)	62 (24,8%)	66 (26,4%)	53 (21,2%)
DH2	73 (29,2%)	35 (14,0%)	44 (17,6%)	52 (20,8%)	46 (18,4%)
DH3	83 (33,2%)	35 (14,0%)	42 (16,8%)	46 (18,4%)	44 (17,6%)
DH4	7 (2,8%)	17 (6,8%)	36 (14,4%)	56 (22,4%)	134 (53,6%)
DH5	40 (16,0%)	35 (14,0%)	58 (23,2%)	58 (23,2%)	59 (23,6%)
DH6	4 (1,6%)	16 (6,4%)	31 (12,4%)	60 (24,0%)	139 (55,6%)
DH7	5 (2,0%)	14 (5,6%)	28 (11,2%)	57 (22,8%)	146 (58,4%)

Tablo 4.10 bireylerin sağlık sistemindeki diğer hasta haklarına (bilgilendirme, saygı, refakatçi bulundurma gibi) ilişkin farkındalıklarına ilişkin bilgileri içermektedir.

Özellikle, sağlık personelinin güler yüzlü ve nazik davranması zorunluluğuna ilişkin olan DH6 ve refakatçi hakkına ilişkin olan DH7 ifadeleri yüksek düzeyde onaylanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin sırasıyla %55,6 ve %58,4'ü "Kesinlikle Katılıyorum" ifadesini yanıt olarak vermiştir. Buna karşın, kendi hak ve sorumluluklarına ilişkin bilgi eksikliğine dair oluşturulan DH1 ifadesine verilen yanıtlar şaşırtıcıdır. "Katılıyorum" ve "Kesinlikle Katılıyorum" toplamı %47,6'dır.

Ayrıca, bir hastayı bilgilendirilirken bekleyen hastalar açısından haksızlık olduğuna dair oluşturulan DH2 ve hastaların sorularının gereksiz olduğuna dair oluşturulan DH3 ifadeleri, hasta haklarıyla çelişen ifadelerdir. Bu sorulara verilen yanıtlarda önemli bir düşünce ayrılığı vardır. Her iki ifadede de "Kesinlikle Katılmıyorum" yanıtı yüksek olmakla birlikte (sırasıyla %29,2 ve %33,2), ciddi oranda katılım da (%39,2 ve %36) mevcuttur

4.3. Demografik Değişkenlere Göre Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Ölçeği Alt Boyutlarının Değişimi

Bu bölümde katılımcıların demografik özelliklere göre sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinden faydalanmaları, bilgi almaları, hasta haklarının korunması ve hastanın rızası ve diğer haklar konusunda bilgi düzeylerinin değişimi incelenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları bilgi düzeyi alt boyutlarının cinsiyete göre değişimine ilişkin test sonuçlarına Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11 *Cinsiyet Değişkenine Göre Bağımlı Değişkenlerin Değişimi*

Değişken	Ortalama Fark	Test İstatistiği (t)	p-değeri
Sağlık Okuryazarlık	0,045	0,433	0,6652
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	0,256	2,128	0,0343*
Bilgi Alma Hakkı	0,229	1,882	0,061
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	0,133	1,177	0,2405
Diğer Haklar	0,055	0,483	0,6298

*%95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Cinsiyet değişkenine göre yapılan analizlerde sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t = 2,128$, $p = 0,0343$). Bu bulgu, erkek ve kadın bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma konusundaki bilgi ya da farkındalık düzeylerinin farklılaştığını göstermektedir. Ancak diğer boyutlarda elde edilen p-değerleri anlamlılık düzeyinden yüksek çıkmıştır. Bu nedenle diğer boyutlarda cinsiyete bağlı anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları bilgi düzeyi alt boyutlarının yaşa göre değişimini incelemek için açık uçlu olarak sorulan yaş sorusu kategorize edilerek yeni bir değişken oluşturulmuş ve bu değişken aracılığıyla analiz yapılmıştır. Test sonuçları Tablo 4.12'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12 *Yaş Gruplarına Göre Değişkenlerin Değişimi (ANOVA)*

Değişken	Test İstatistiği (F)	p-değeri
Sağlık Okuryazarlık	10,666	0,0*
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	12,655	0,0*
Bilgi Alma Hakkı	9,385	0,0*
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	16,238	0,0*
Diğer Haklar	15,755	0,0*

*%95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 4.12 incelendiğinde, yaş değişkeni tüm alt boyutlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir. Bu sonuca göre yaş grubu değiştikçe bireylerin sağlık sisteminden faydalanma, bilgi edinme ve hasta haklarına ilişkin bilinç düzeylerinin değiştiği söylenebilmektedir ($p<0,05$).

Hangi alt kategoriler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu bulmak için Tukey HSD testi gerçekleştirilmiştir. Anlamlı farklılık bulunan alt kategori çiftlerine Tablo 4.13'de gösterilmiştir.

Tablo 4.13 *Yaş Kategorilerine Göre Değişim*

Değişken	Karşılaştırılan Yaş Grupları	Ortalama Fark (I–J)	p-değeri
Sağlık Okuryazarlık	61 yaş üstü > 20–25	+0,690	0,000
	61 yaş üstü > 26–40	+0,903	0,000
	61 yaş üstü > 41–60	+0,862	0,000
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma	61 yaş üstü > 20–25	+0,948	0,000
	61 yaş üstü > 26–40	1,281	0,000
	61 yaş üstü > 41–60	1,378	0,000
	41–60 > 20–25	+0,430	0,026
	26–40 > 20–25	+0,333	0,033
Bilgi Alma Hakkı	61 yaş üstü > 20–25	+0,791	0,005
	61 yaş üstü > 26–40	1,135	0,000
	61 yaş üstü > 41–60	1,153	0,000
	26–40 > 20–25	+0,345	0,030
Hasta Hakları ve Rıza	61 yaş üstü > 16–25	+0,700	0,005
	61 yaş üstü > 26–40	1,197	0,000
	61 yaş üstü > 41–60	1,234	0,000
	41–60 > 20–25	+0,534	0,001
	26–40 > 20–25	+0,498	0,000
Diğer Haklar	61 yaş üstü > 20–25	+0,776	0,002
	61 yaş üstü > 26–40	1,243	0,000
	61 yaş üstü > 41–60	1,262	0,000
	41–60 > 20–25	+0,486	0,004
	26–40 > 20–25	+0,468	0,000

Sağlık Okuryazarlığı boyutunda, 61 yaş ve üzerindeki bireyler, tüm diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede daha yüksek sağlık okuryazarlık puanlarına sahiptir ($p < 0,05$).

Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı boyutunda, 61 yaş ve üzeri grup, diğer yaş gruplarının tamamına göre bu boyutta anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahiptir ($p = 0,000$). Buna ek olarak 41–60 ve 26–40 yaş grupları da genç bireyler olan 20–25 yaş grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır.

Bilgi alma hakkı boyutunda, 61 yaş üstü katılımcılar tüm diğer yaş gruplarına göre bilgi alma hakkı farkındalıkları anlamlı biçimde daha yüksektir ($p=0,000$). Buna

ek olarak, 26–40 yaş grubunun da 20–25 yaş grubuna göre daha bilinçli olduğu görülmektedir.

Hasta haklarının korunması ve hastanın rızası boyutunda, 61 yaş üstü grup tüm diğer yaş gruplarından anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır ($p < 0,05$). Aynı zamanda 41–60 ve 26–40 yaş grupları da 20–25 yaş grubundan anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır.

Diğer haklar değişkeni, 61 yaş ve üzerindeki bireyler yine bu boyutta da diğer üç gruba göre anlamlı fark göstermiştir ($p<0,05$). Ek olarak, 41–60 ve 26–40 yaş grupları, 20–25 yaş grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahiptir.

Sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları bilgi düzeyi alt boyutlarının eğitim durumuna göre değişimine ilişkin test sonuçları Tablo 4.14'de yer verilmiştir.

Tablo 4.14 *Eğitim Durumuna Göre Değişkenlerin Değişimi (ANOVA)*

Değişken	Test İstatistiği (F)	p-değeri
Sağlık Okuryazarlık	4,200	0,0*
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	5,348	0,0*
Bilgi Alma Hakkı	5,370	0,0*
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	6,066	0,0*
Diğer Haklar	5,529	0,0*

*%95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 4.4 incelendiğinde, eğitim durumu tüm alt boyutlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir. Bu sonuca göre eğitim durumu değiştikçe bireylerin sağlık sisteminden faydalanma, bilgi edinme ve hasta haklarına ilişkin bilinç düzeylerinin değiştiği söylenebilmektedir ($p<0,05$).

Hangi alt kategoriler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu bulmak için Tukey HSD testi gerçekleştirilmiştir. Anlamlı farklılık bulunan alt kategori çiftlerine Tablo 4.15'de gösterilmiştir.

Tablo 4.15 *Eğitim Düzeyine Göre Değişim*

Değişken	Karşılaştırılan Eğitim Düzeyleri	Ortalama Fark (I–J)	p-değeri
Sağlık Okuryazarlığı	İlkokul > Lise	-0,650	0,035
	İlkokul > Üniversite	-0,724	0,012
	İlkokul > Yüksek Lisans	-1,001	0,001
	İlkokul > Doktora	-0,957	0,045
	Yüksek Lisans > Herhangi bir mezuniyeti yok	0,789	0,015
Sağlık Hizmetleri Faydalanma Hakkı	Ortaokul > Lise	-0,964	0,02
	Ortaokul > Üniversite	-1,002	0,013
	Ortaokul > Yüksek Lisans	-1,149	0,014
	Lise > Herhangi bir mezuniyeti yok	0,975	0,011
	Üniversite > Herhangi bir mezuniyeti yok	1,013	0,007
	Yüksek Lisans > Herhangi bir mezuniyeti yok	1,160	0,008
Bilgi Alma Hakkı	Ortaokul > Lise	-0,927	0,032
	Ortaokul > Üniversite	-0,987	0,017
	Ortaokul > Yüksek Lisans	-1,043	0,04
	Lise > Herhangi bir mezuniyeti yok	1,074	0,003
	Üniversite > Herhangi bir mezuniyeti yok	1,134	0,002
	Yüksek Lisans > Herhangi bir mezuniyeti yok	1,190	0,007
	Doktora > Herhangi bir mezuniyeti yok	1,447	0,019
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	Ortaokul > Üniversite	-0,920	0,015
	Ortaokul > Yüksek Lisans	-1,109	0,009
	Lise > Herhangi bir mezuniyeti yok	1,050	0,001
	Üniversite > Herhangi bir mezuniyeti yok	1,161	0,000
	Yüksek Lisans > Herhangi bir mezuniyeti yok	1,350	0,000
Diğer Haklar	Ortaokul > Lise	-0,968	0,009
	Ortaokul > Üniversite	-0,934	0,014
	Ortaokul > Yüksek Lisans	-1,162	0,006
	Lise > Herhangi bir mezuniyeti yok	0,965	0,005
	Üniversite > Herhangi bir mezuniyeti yok	0,931	0,008
	Yüksek Lisans > Herhangi bir mezuniyeti yok	1,160	0,004

Tablo 4.15 incelendiğinde, eğitim düzeyinin tüm boyutlarda anlamlı farklılıklar oluşturduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı açısından, ilkokul mezunlarının lise, üniversite, yüksek lisans ve doktora mezunlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük sağlık okuryazarlığı puanlarına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum, sağlık okuryazarlığının eğitim düzeyi arttıkça yükseldiğini göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı değişkeninde, ortaokul mezunlarının lise, üniversite ve yüksek lisans mezunlarına göre anlamlı olarak daha düşük puanlara sahip olduğu görülmektedir (p<0,05).

Bilgi alma hakkı boyutunda, ortaokul mezunları lise, üniversite ve yüksek lisans mezunlarından anlamlı biçimde düşük puanlar almıştır (p<0,05).

Hasta haklarının korunması ve hastanın rızası boyutunda, ortaokul mezunları üniversite ve yüksek lisans mezunlarına göre anlamlı derecede daha düşük puanlara sahiptir (p<0,05). Eğitim seviyesi arttıkça hasta hakları ve rızaya ilişkin farkındalığın anlamlı düzeyde yükseldiği söylenebilir.

Son olarak, diğer haklar boyutunda ortaokul mezunlarının lise, üniversite ve yüksek lisans mezunlarına göre anlamlı olarak daha düşük puanlara sahip olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde lise, üniversite ve yüksek lisans mezunları diğer gruptan anlamlı biçimde daha yüksek puan almıştır (p<0,01).

Sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları bilgi düzeyi alt boyutlarının mesleğe göre değişimine ilişkin test sonuçları Tablo 4.16'da gösterilmiştir.

Tablo 4.16 *Meslek Gruplarına Göre Değişkenlerde Değişim*

Değişken	Test İstatistiği (F)	p-değeri
Sağlık Okuryazarlık	3,353	0,006*
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	5,887	0,0*
Bilgi Alma Hakkı	5,200	0,0*
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	7,729	0,0*
Diğer Haklar	6,692	0,0*

*%95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 4.16 incelendiğinde, meslek değişkeni tüm alt boyutlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir. Bu sonuca göre bireyin toplumsal rolü, sağlık hizmetleriyle olan teması ve bilgiye erişim biçiminin mesleğe göre değiştiğini göstermektedir (p<0,05).

Meslek grupları arasında sağlık okuryazarlığı boyutunda anlamlı fark vardır. Özellikle memur ve öğrenci gruplarında bu düzeyin daha yüksek olduğu; ev hanımı ve işsiz bireylerde ise düşüktür.

Hangi alt kategoriler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu bulmak için Tukey HSD testi gerçekleştirilmiştir. Anlamlı farklılık bulunan alt kategori çiftlerine Tablo 4.17'de gösterilmiştir.

Tablo 4.17 *Meslek Grubu Alt Kategorileri Karşılaştırma Tablosu*

Değişken	Karşılaştırılan Meslek Grupları	Ortalama Fark (I–J)	p-değeri
Sağlık Okuryazarlık	Öğrenci > Emekli	0,618	0,021
	Memur > Emekli	0,772	0,003
	Serbest > Emekli	0,768	0,003
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma	Ev Hanımı > Emekli	1,270	0,000
	Öğrenci > Emekli	1,130	0,001
	Memur > Emekli	1,506	0,000
	Serbest > Emekli	1,144	0,001
	Çalışmıyor > Emekli	1,143	0,006
Bilgi Alma Hakkı	Ev Hanımı > Emekli	1,232	0,001
	Öğrenci > Emekli	1,038	0,003
	Memur > Emekli	1,419	0,000
	Serbest > Emekli	1,134	0,001
	Çalışmıyor > Emekli	1,140	0,007
Hasta Haklarının Korunması ve Hasta Rızası	Ev Hanımı > Emekli	1,251	0,000
	Öğrenci > Emekli	0,874	0,007
	Memur > Emekli	1,414	0,000
	Serbest > Emekli	1,065	0,001
	Çalışmıyor > Emekli	1,239	0,001
Diğer Haklar	Ev Hanımı > Emekli	1,145	0,001
	Öğrenci > Emekli	0,840	0,012
	Memur > Emekli	1,364	0,000
	Serbest > Emekli	1,024	0,002
	Çalışmıyor > Emekli	1,237	0,001

Yapılan Tukey HSD post-hoc analizi sonuçlarına göre, tüm değişkenlerde "Emekli" grubu ile diğer meslek grupları arasında anlamlı düzeyde farklar gözlemlenmiştir. Özellikle "Memur", "Serbest çalışan", "Öğrenci", "Ev hanımı" ve "Çalışmayan" bireyler, "Emekli" bireylere kıyasla sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları farkındalığı açısından daha yüksek puanlara sahiptir ($p < 0,05$).

Sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları bilgi düzeyi alt boyutlarının sağlık güvencelerine göre değişimine ilişkin test sonuçları Tablo 4.18'de gösterilmiştir.

Tablo 4.18 *Sağlık Güvencelerine Göre Değişkenlerdeki Değişim (ANOVA)*

Değişken	Test İstatistiği (F)	p-değeri
Sağlık Okuryazarlık	0,493	0,612
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	2,103	0,124
Bilgi Alma Hakkı	2,509	0,083
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	4,422	0,013*
Diğer Haklar	3,818	0,023*

*%95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

ANOVA sonuçları, bağımlı değişkenlerin bireylerin sahip oldukları sağlık güvencesi türüne göre değişip değişmediği ilişkin yapılmıştır. Hasta haklarının korunması ve hastanın rızası ile diğer haklar, sağlık güvencesi türüne göre değişmektedir. Hasta haklarının korunması ve hastanın rızası, sağlık güvencesi türüne göre anlamlı farklılık gösteren ilk değişkendir (F = 4,422, p =0,013). Bu sonuç, SGK, Yeşil Kart, Özel Sigorta veya sağlık güvencesi bulunmayan güvencesiz bireylerin sağlık sistemiyle etkileşim düzeylerinin, hasta hakları farkındalıklarını etkilediğini göstermektedir. Diğer Haklar boyutunda da sağlık güvencesi türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (F = 3,818, p = 0,023).

Sağlık güvencesi alt kategorileri karşılaştırmalarına ilişkin yapılan Tukey HSD sonuçları Tablo 4.19'da gösterilmiştir.

Tablo 4.19 *Sağlık Güvencesi Alt Kategorileri Karşılaştırma Tablosu*

Değişken	Karşılaştırılan Güvence Grupları	Ortalama Fark (I–J)	p-değeri
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	SGK > Güvencesiz	0,411	0,009
Diğer Haklar	SGK > Güvencesiz	0,376	0,021

Hasta haklarının korunması ve hastanın rızası değişkeninde SGK'lı bireylerin, güvencesiz bireylere göre anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir (Ort. Fark = +0.411; p = 0,009).

Sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları bilgi düzeyi alt boyutlarının düzenli ilaç kullanma durumuna göre değişimine ilişkin test sonuçları Tablo 4.20'de gösterilmiştir.

Tablo 4.20 *Düzenli İlaç Kullanma Durumuna Göre Değişkenlerin Değişimi*

Değişken	Ortalama Fark	Test İstatistiği (t)	p-değeri
Sağlık Okuryazarlık	-0,266	-2,545	0,013*
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	-0,224	2,128	0,105
Bilgi Alma Hakkı	-0,241	1,882	0,084
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	-0,062	1,177	0,630
Diğer Haklar	-0,138	0,483	0,287

*%95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Düzenli ilaç kullanma durumuna göre yapılan analizlerde sağlık okuryazarlık boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (t=-2,545, p=0,013).

Düzenli ilaç kullanan bireylerin, kullanmayanlara göre sağlık okuryazarlık düzeyleri daha yüksektir.

Sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları bilgi düzeyi alt boyutlarının "Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir sağlık kuruluşuna ayda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?" sorusuna göre değişimine ilişkin test sonuçları Tablo 4.21'de gösterilmiştir.

Tablo 4.21 *Hastaneye Aylık Gidiş Sayısına Göre Değişkenlerde Değişim (ANOVA)*

Değişken	Test İstatistiği (F)	p-değeri
Sağlık Okuryazarlık	1,719	0,164
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	4,344	0,005*
Bilgi Alma Hakkı	3,260	0,022*
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	5,387	0,001*
Diğer Haklar	4,563	0,004*

*%95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 4.21 incelendiğinde, dört değişkende (sağlık hizmetlerinden faydalanma, bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması ve hastanın rızası, diğer haklar) hastaneye aylık gidiş sayısına göre anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Hastaneye aylık gidiş alt kategorileri karşılaştırmalarına ilişkin yapılan Tukey HSD sonuçları Tablo 4.22'de gösterilmiştir.

Tablo 4.22 *Hastaneye Aylık Gidiş Alt Kategorileri Karşılaştırma Tablosu*

Değişken	Karşılaştırılan Gruplar	Ortalama Fark (I–J)	p-değeri
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma	4+ > 1 kez	1,732	0,004
	4+ > 2 kez	1,524	0,020
	4+ > 3 kez	1,667	0,015
Bilgi Alma Hakkı	4+ > 1 kez	1,574	0,013
	4+ > 2 kez	1,451	0,034
	4+ > 3 kez	1,557	0,030
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	4+ > 1 kez	1,869	0,001
	4+ > 2 kez	1,776	0,002
	4+ > 3 kez	1,749	0,004
Diğer Haklar	4+ > 1 kez	1,743	0,002
	4+ > 2 kez	1.730	0.003
	4+ > 3 kez	1.638	0.009

Bu bulgular, sağlık hizmetlerine erişim sıklığının hasta haklarına dair bilgi düzeyini artırdığını göstermektedir. Özellikle ayda dört kez ve daha fazla başvuru yapan bireyler, tüm değişkenlerde belirgin farkındalık sergilemektedir (p-değeri<0,05).

Sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları bilgi düzeyi alt boyutlarının "Herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?" sorusuna göre değişimine ilişkin test sonuçları Tablo 4.23'de gösterilmiştir.

Tablo 4.23 *İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşuna Göre Bağımlı Değişkenlerde Değişim (ANOVA)*

Değişken	Test İstatistiği (F)	p-değeri
Sağlık Okuryazarlık	2,754	0,019*
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	3,086	0,010*
Bilgi Alma Hakkı	3,086	0,011*
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	3,122	0,009*
Diğer Haklar	4,452	0,001*

*%95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo incelendiğinde, tüm değişkenlerde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Bulgular, sağlık kurumunun yapısal özellikleri ve hizmet sunum biçiminin, bireylerin sağlıkla ilgili bilgi düzeyi ve hak farkındalıkları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

İlk başvurularını farklı hastanelere yapan bireyler arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($F = 2,754$; $p = 0,019$). Elde edilen sonuç ilk başvuru yapılan kurumun bireylerin sağlık bilgisine erişim ve kullanım becerilerini etkileyebileceğini göstermektedir. İlk başvurularını farklı hastanelere yapan bireyler arasında sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyi bakımından anlamlı farklılık görülmüştür ($F = 2,754$; $p = 0,019$).

Elde edilen sonuç ilk başvuru yapılan kurumun bireylerin sağlık bilgisine erişim ve kullanım becerilerini etkileyebileceğini göstermektedir. Bilgi alma hakkına ilişkin farkındalıkta da ilk başvurularını farklı kurumlara yapan bireyler arasında anlamlı fark bulunmuştur ($F = 3,086$; $p = 0,011$). Bu hak, tedavi sürecinde hastaya bilgi verilmesini ve sürece aktif katılımını içerdiğinden, kurumların hasta-hekim iletişim

kalitesi belirleyici rol oynamaktadır. Hasta haklarının korunması ve hastanın rızası alt boyutunda da anlamlı fark saptanmıştır (F = 3,122; p = 0,009).

Eğitim alma, çevre koşulları, tercüman talebi gibi sistem düzeyindeki hakları kapsayan diğer haklar boyutunda da ANOVA sonucunda anlamlı fark gözlenmiştir (F = 4,452; p = 0,001). Bu fark, kurumlar arası hakların tanıtımı, uygulaması ve görünürlüğündeki farklılıklarla açıklanabilir.

İlk başvurulan sağlık kuruluşu alt kategorileri karşılaştırmalarına ilişkin yapılan Tukey HSD sonuçları Tablo 4.24'de gösterilmiştir.

Tablo 4.24 *İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu Alt Kategorileri Karşılaştırma Tablosu*

Değişken	Karşılaştırılan Kurumlar	Ortalama Fark (I–J)	p-değeri
Sağlık Okuryazarlık	Üniversite Hastanesi > Aile Sağlığı Merkezi	0,360	0,039
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma	Özel Hastane > Aile Sağlığı Merkezi	0,668	0,020
Bilgi Alma Hakkı	Özel Hastane > Aile Sağlığı Merkezi	0,659	0,025
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	Özel Hastane > Aile Sağlığı Merkezi	0,589	0,034
	Üniversite Hastanesi > Özel Hastane	0,766	0,009
Diğer Haklar	Özel Hastane > Aile Sağlığı Merkezi	0,590	0,031
	Üniversite Hastanesi > Özel Hastane	0,865	0,002

Post-hoc test sonuçları Tablo 4.24'de sağlık okuryazarlığı değişkeninde, Üniversite hastanesine başvuran bireyler, aile sağlığı merkezine başvuranlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek sağlık okuryazarlık puanı elde etmiştir (p = 0,039).

4.4. Avrupa Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Ölçeği Arasındaki İlişkilerin Araştırılması

Bu çalışmada, hasta hakları bilgi düzeyini açıklamaya yönelik bir çoklu doğrusal regresyon modeli oluşturulmuştur. Bağımlı değişken olarak hasta hakları bilgi düzeyi, bağımsız değişkenler olarak ise sağlık okuryazarlığı faktörü, yaş, cinsiyet, eğitim, meslek ve sosyal güvence modele dâhil edilmiştir. Analizler R yazılımında gerçekleştirilmiş ve değerlendirmeler kademeli olarak yapılmıştır.

İlk aşamada tüm değişkenleri içeren tam bir model kurulmuştur. Tam model sonuçları Tablo 4.25'de verilmiştir.

Tablo 4.25 *Tam Model Regresyon Sonuçları*

Değişken	B	Std. Hata	t	P
Sabit Terim	1,41	0,44	3,18	,002**
Sağlık Okuryazarlığı	0,56	0,1	5,74	<,001***
Yaş	0	0	-0,27	0,788
Cinsiyet	-0,28	0,14	-1,97	,050*
Eğitim	-0,02	0,04	-0,5	0,619
Meslek	0,06	0,05	1,21	0,228
Sosyal Güvence	0,35	0,15	2,34	,020*

R^2 = ,166, Adj. R^2 = .,46, F(6,243)=8,07, p < ,001.
*** p<,001, ** p<,01, * p<,05.

Tam modelde hasta hakları bilgi düzeyi bağımlı değişken, sağlık okuryazarlığı, yaş, cinsiyet, eğitim, meslek ve sosyal güvence bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Model genel olarak anlamlı bulunmuş (F(6,243)=8,07, p<,001) ve özellikle sağlık okuryazarlığının hasta hakları bilgi düzeyi üzerinde güçlü ve pozitif bir etkisi olduğu (β=0,56, p<,001) belirlenmiştir. Ayrıca sosyal güvence (β=0,35, p=,020) anlamlı pozitif katkı sağlarken, cinsiyet değişkeninin de sınıra yakın anlamlı bir etki gösterdiği (β=-0,28, p=,050) görülmüştür. Bununla birlikte varsayım testleri incelendiğinde, artıkların normal dağılım varsayımının Shapiro–Wilk testi ile ihlal edildiği (W=0,958, p<,001), hata terimlerinin varyansının sabit olmadığı Breusch–Pagan testiyle ortaya konduğu (BP=17,95, p=,006) ve Durbin–Watson testi sonucunda artıklar arasında otokorelasyon bulunduğu (DW=1,45, p<,001) tespit edilmiştir. Buna karşılık, VIF değerlerinin 1,04–1,60 aralığında olması çoklu doğrusal bağlantı sorununa işaret etmemektedir. Sonuç olarak, tam model istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte, temel varsayımların ihlal edilmesi klasik OLS sonuçlarının güvenilirliğini sınırlandırmış; bu nedenle ilerleyen aşamalarda robust standart hatalar, GLM ve kantil regresyon gibi alternatif yöntemler tercih edilmiştir.

Tam modelin ardından değişkenlerin katkısını daha sade bir yapıda görmek amacıyla AIC tabanlı stepwise seçim yöntemi uygulanmıştır. Çoklu bağlantı sorunu bulunmamasına rağmen stepwise seçim, gereksiz değişkenleri eleyerek modelin yorumlanabilirliğini artırmıştır. Stepwise sürecin sonunda, sağlık okuryazarlığı,

cinsiyet ve sosyal güvence değişkenleri modelde kalmıştır. White-HC3 robust standart hatalarla elde edilen sonuçlar Tablo 4.26'da verilmiştir.

Tablo 4.26 *Stepwise Sonrası Nihai Model ve Robust Standart Hatalı Tahmin Sonuçları*

Değişken	B	Robust Std. Hata	t	p
Sabit Terim	1,45	0,46	3,14	,002**
Sağlık Okuryazarlığı	0,58	0,14	3,99	,001***
Cinsiyet	-0,22	0,14	-1,53	,126
Sosyal Güvence	0,34	0,17	2,00	0,047*

Not. $R^2 \approx 0{,}16$, $p < ,001$.
*** p<,001, ** p<,01, * p<,05.

Bu modelde sağlık okuryazarlığı, hasta hakları bilgi düzeyinin en güçlü ve anlamlı belirleyicisi olmuştur. Sosyal güvence değişkeni de pozitif ve anlamlı etkiye sahiptir. Cinsiyet değişkeni modelde kalmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Genel olarak stepwise model, sağlık okuryazarlığının merkezi rolünü doğrulamış ve sosyal güvenceyi destekleyici bir faktör olarak öne çıkarmıştır.

Doğrusal model yalnızca lineer ilişkileri ele alabildiği için değişkenler arasındaki potansiyel oransal etkileri yansıtma konusunda sınırlı kalmıştır. Bu nedenle bağımlı değişkenin pozitif ve sürekli yapısı dikkate alınarak log bağlantı fonksiyonlu Genelleştirilmiş Doğrusal Model (GLM) tercih edilmiştir.

GLM modeli varsayım ihlallerinin etkisini azaltmakla kalmamış, aynı zamanda değişkenler arasındaki ilişkileri oransal olarak değerlendirmeye olanak sağlamıştır. GLM sonuçlarına Tablo 4.27'de yer verilmiştir.

Tablo 4.27 *Log-link GLM Katsayı Tahminleri*

Değişken	β	Std. Hata	z/t Değeri	p-değeri
Sabit Terim	1,016*	0,060	16,918	0,001
Yaş	–0,001**	0,0007	–1,677	0,095
Sağlık Okuryazarlığı	0,072*	0,012	5,770	0,001

Not. β = regresyon katsayısı; * $p < .05$; ** $p < .01$; ***.

GLM sonuçları incelendiğinde, modele sağlık okuryazarlığı, sosyal güvence ve yaş değişkenlerinin dâhil edildiği görülmektedir. Bu seçimin sebebi, stepwise analizler sonucunda sağlık okuryazarlığı değişkeni en güçlü belirleyici olarak kalmış, sosyal güvence değişkeni de özellikle hasta hakları bilgi düzeyini açıklamada anlamlı katkı

sağlamıştır. Yaş değişkeni klasik OLS modelinde anlamlı bulunmamış olmakla birlikte, GLM'de log-link fonksiyonu altında marjinal düzeyde anlamlı bir etki göstermesi nedeniyle modelde korunmuştur. Buna karşılık cinsiyet, eğitim ve meslek değişkenleri hem OLS hem de stepwise modellerde anlamlı katkı sağlamadığından GLM analizinde dışlanmıştır. GLM katsayıları değerlendirildiğinde, sağlık okuryazarlığının hasta hakları bilgi düzeyini güçlü ve pozitif şekilde etkilediği (β=0,07, p<,001) görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı bir birim arttığında, hasta hakları bilgi düzeyi log-link altında yaklaşık %7 oranında artmaktadır. Bu bulgu, sağlık okuryazarlığının hasta hakları bilgi düzeyinin en güçlü ve güvenilir belirleyicisi olduğunu ortaya koymaktadır. Yaş değişkeni (β = -0,0012, p≈,095) negatif yönde etki göstermekte, ancak yalnızca marjinal düzeyde anlamlıdır. Yaş ilerledikçe hasta hakları bilgi düzeyinde hafif bir azalma eğilimi görülmektedir. Sosyal güvence değişkeni modele pozitif bir katkı sağlamış (β = 0,339, p=0,018) ve hasta hakları bilgi düzeyini anlamlı ve pozitif şekilde etkilemiştir. Sosyal güvenceye sahip bireyler hasta hakları konusundaki bilgileri, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksektir. Bu sonuçlar, sağlık okuryazarlığının hasta hakları bilgi düzeyinde merkezi belirleyici olduğunu teyit ederken, sosyal güvence ve yaşın ikincil ancak önemli rol oynayabileceğine işaret etmektedir.

Dolayısıyla GLM modeli, varsayım ihlallerinin bulunduğu klasik regresyona alternatif olarak daha güvenilir tahminler sunmakta ve değişkenlerin etkilerini daha net ortaya koymaktadır.

Bu temel modele ek olarak, değişkenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin farklı dağılımlarında farklı etkiler gösterip göstermediğini incelemek amacıyla kantil regresyon analizi de gerçekleştirilmiştir.

Kantil regresyon analizi sonuçlarına Tablo 4.28'de yer verilmiştir.

Tablo 4.28 *Kantil Regresyon Tahminleri*

Değişken	β (τ = 0.25)	p (τ = 0.25)	β (τ = 0.50)	p (τ = 0.50)	β (τ = 0.75)	p (τ = 0.75)
Sabit Terim	–0,271	0,695	1,646	0,026*	3,293	0,001***
Sağlık Okuryazarlığı	0,852	0,001***	0,610	0,003**	0,211	0,193
Cinsiyet	-0,398	0,239	-0,135	0,327	-0,02	0,913
Sosyal Güvence	0,533	0,063^{+}	0,024	0,232	0,268	0,037*

Not. β = regresyon katsayısı; + p < ,10; * p < ,05; ** p < ,01; *** p < ,001.

Kantil regresyon sonuçları, hasta hakları bilgi düzeyinin belirleyicilerinin dağılımın farklı noktalarında değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Alt kantilde ($\tau = 0,25$), sağlık okuryazarlığı en güçlü yordayıcı olup hasta hakları bilgi düzeyini pozitif ve anlamlı biçimde etkilemiştir ($\beta = 0,85$, $p < ,001$). Aynı kantilde sosyal güvence değişkeni marjinal düzeyde anlamlı bulunmuş ($\beta = 0,53$, $p \approx ,063$), cinsiyetin ise herhangi bir etkisi saptanmamıştır. Orta kantilde ($\tau = 0,50$), sağlık okuryazarlığı etkisini sürdürmüş ($\beta = 0,61$, $p = ,003$) ve yine anlamlı bir pozitif ilişki göstermiştir. Bu sonuç, orta düzeyde bilgiye sahip bireylerde de sağlık okuryazarlığının önemli bir faktör olduğunu desteklemektedir. Buna karşın üst kantilde ($\tau = 0,75$) sağlık okuryazarlığının etkisi zayıflamış ve istatistiksel olarak anlamlılığını kaybetmiştir ($p = ,193$). Bu düzeyde sosyal güvence değişkeni anlamlı bir belirleyici olarak öne çıkmış ($\beta = 0,27$, $p = ,037$), bireylerin daha yüksek hasta hakları bilgi düzeyine ulaşmasında sağlık sigortasına sahip olmanın katkı sağladığını göstermiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde, kantil regresyon bulguları sağlık okuryazarlığının düşük ve orta bilgi düzeylerinde daha etkili olduğunu, buna karşılık sosyal güvencenin yüksek düzeyde bilgiye sahip gruplarda daha belirleyici bir rol üstlendiğini göstermektedir.

Regresyon modeli aracılığıyla istenilen ilişki analizi sınırlı bir biçimde yapılabildiğinden, Avrupa Sağlık okuryazar ölçeğine göre bireyler, yetersiz, sınırlı/sorunlu, yeterli ve mükemmel olarak dört grupta sınıflandırılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları bilgi düzeyi alt boyutlarının sağlık okuryazarlığı sınıflandırmasına göre değişimine ilişkin test sonuçları Tablo 4.29'da gösterilmiştir.

Tablo 4.29 *Sağlık Okuryazar Sınıflandırmasına Göre Bağımlı Değişkenlerde Değişim (ANOVA)*

Değişken	Test İstatistiği (F)	p-değeri
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	9,303	0,000*
Bilgi Alma Hakkı	6,970	0,000*
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	8,535	0,000*
Diğer Haklar	8,490	0,000*

*%95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

ANOVA sonuçlarına göre, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre tüm bağımlı değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p <0,001$). Bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına dair farkındalık düzeyleri sağlık okuryazarlığı düzeyiyle anlamlı şekilde değişmektedir ($F = 9,303$; $p <0,001$). Sağlık

okuryazarlığı arttıkça bireylerin haklarını arama, hizmete erişimde eşitlik talep etme gibi davranışları da artmaktadır. Bilgi alma hakkı değişkeninde de istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (F=6,970; p<0,001). Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin bu konuda daha talepkâr ve bilinçli olmaları beklenmektedir. Hasta haklarının korunması ve hastanın rızası da sağlık okuryazarlığı düzeyine göre değişmektedir (F=8,535; p <0,001). Diğer haklar da sağlık okuryazarlığı düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde değişmektedir (F=8,490; p<0,001).

Sağlık okuryazarlık düzeyi ve hasta hakları bilgi düzeyi alt kategorileri karşılaştırmalarına ilişkin yapılan Tukey HSD sonuçları Tablo 4.30'da gösterilmiştir.

Tablo 4.30 *Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Alt Kategorileri Karşılaştırma Tablosu*

Değişken	Karşılaştırılan Gruplar	Ortalama Fark (I–J)	p-değeri
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma	Yetersiz < Sınırlı	-0,604	0,019
	Yetersiz < Yeterli	-0,711	0,000
	Yetersiz < Mükemmel	-0,906	0,000
Bilgi Alma Hakkı	Yetersiz < Yeterli	-0,603	0,001
	Yetersiz < Mükemmel	-0,796	0,000
Hasta Haklarının Korunması ve Hasta Rızası	Yetersiz < Sınırlı	-0,532	0,031
	Yetersiz < Yeterli	-0,627	0,000
	Yetersiz < Mükemmel	-0,820	0,000
Diğer Haklar	Yetersiz < Sınırlı	-0,563	0,021
	Yetersiz < Yeterli	-0,719	0,000
	Yetersiz < Mükemmel	-0,732	0,000

Tablo 4.30, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunduğunu göstermektedir. Tablo incelendiğinde yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin tüm değişkenlerde anlamlı olarak daha düşük puanlara sahip oldukları gözlemlenmiştir (p <0,05).

Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı alt boyutunda yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin bu hakkı algılama düzeylerinin sınırlı, yeterli ve mükemmel gruplara kıyasla anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Özellikle yetersiz ve mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip grupların karşılaştırması (MD=-0,906, p=0,000) dikkat çekicidir.

Bilgi alma hakkı boyutunda, yetersiz düzeydeki bireylerin yeterli ve mükemmel düzeydekilere kıyasla anlamlı olarak daha düşük farkındalığa sahip oldukları görülmektedir ($p<0,01$).

Hasta haklarının korunması ve hastanın rızası değişkenlerinde yetersiz düzeyin diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır. Özellikle yetersiz ve mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip grupların karşılaştırması (MD -0,820, $p = 0,000$), dikkat çekicidir.

Diğer haklara ilişkin farkındalık da sağlık okuryazarlığına bağlı olarak farklılaşmaktadır. Daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, daha önemsiz olarak görülen hasta hakları konusunda da daha duyarlıdır.

Bu çalışmada Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Ölçeğinden elde edilen faktör puanları arasındaki ilişkiler, Pearson korelasyon katsayısı yöntemiyle incelenmiştir. Korelasyon katsayıları ile p-değerlerinin raporlanması, bulguların yalnızca yönünü değil, aynı zamanda istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını da ortaya koymaktadır.

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması ve hastanın rızası ve diğer haklar değişkenlerinin aralarındaki ilişki incelenmiştir. Korelasyon değerlerine Tablo 4.31'de gösterilmiştir.

Tablo 4.31 *Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Alt Boyutları Arası Korelasyonlar*

	Sağlık Okuryazarlık	Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	Bilgi Alma Hakkı	Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	Diğer Haklar
Sağlık Okuryazarlık	1	0,369 (p=0,000**)	0,348 (p=0,000**)	0,345 (p=0,000**)	0,285 (p=0,000**)
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	0,369 (p=0,000**)	1	0,932 (p=0,000**)	0,884 (p=0,000**)	0,792 (p=0,000**)
Bilgi Alma Hakkı	0,348 (p=0,000**)	0.932 (p=0,000**)	1	0,868 (p=0,000**)	0,795 (p=0,000**)
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	0,345 (p=0,000**)	0.884 (p=0,000**)	0.868 (p=0,000**)	1	0,855 (p=0,000**)
Diğer Haklar	0,285 (p=0,000**)	0,792 (p=0,000**)	0,795 (p=0,000**)	0,855 (p=0,000**)	1

p**<0,01, p*<0,05

Sağlık okuryazarlık değişkeni ile tüm hasta hakları bilgi düzeyi alt boyutları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir ($p<0,01$). Elde edilen sonuç, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişim, anlama ve uygulama kapasitelerinin arttıkça, hasta haklarına ilişkin farkındalıklarının da arttığını göstermektedir.

Hasta hakları bilgi düzeyine ilişkin alt düzeyler arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyonlar gözlemlenmiştir (Bilgi Alma Hakkı ↔ Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı: $r=0,932$, $p<0,001$, Hasta Haklarının Korunması ↔ Bilgi Alma Hakkı: $r=0,868$, $p<0,001$, Diğer Haklar ↔ Hasta Haklarının Korunması: $r=0,861$, $p<0,001$).

Elde edilen yüksek korelasyonlar, bu değişkenlerin kavramsal olarak bir bütünün parçaları olduğunu ve bireylerin hasta hakları konusundaki farkındalıklarının çoğunlukla çok boyutlu şekilde geliştiğini göstermektedir.

Çalışmaya ilişkin hipotez sonuçlarına Tablo 4.32'de gösterilmiştir.

Tablo 4.32 *Çalışmaya İlişkin Hipotez Sonuçları*

Hipotezler	Sonuç	Hipotezler	Sonuç	Hipotezler	Sonuç	Hipotezler	Sonuç	Hipotezler	Sonuç	Hipotezler	Sonuç
H1		**H4**				**H5**		**H6**	Kabul	**H8**	Kabul
H1a	Ret	H4a		H4c	Kabul	H5a	Ret	H6-a	Kabul	H8-a	Kabul
H1b	Kabul	H4a1	Kabul	H4c1	Kabul	H5a1	Ret	H6-b	Kabul	H8-b	Kabul
H1c	Kabul	H4a2	Ret	H4c2	Kabul	H5a2	Ret	H6-c	Kabul	H8-c	Kabul
H1d	Ret	H4a3	Ret	H4c3	Kabul	H5a3	Ret	H6-d	Kabul	H8-d	Kabul
H2		H4a4	Ret	H4c4	Kabul	H5a4	Ret	**H7**	Kabul	H9	Kabul
H2a	Kabul	H4b	Kabul	H4d		H5b	Kabul	H7-a	Kabul		
H2b	Ret	H4b1	Kabul	H4d1	Ret	H5b1	Kabul	H7-b	Kabul		
H3	Kabul	H4b2	Kabul	H4d2	Ret	H5b2	Kabul	H7-c	Kabul		
		H4b3	Kabul	H4d3	Kabul	H5b3	Kabul	H7-d	Kabul		
		H4b4	Kabul	H4d4	Kabul	H5b4	Kabul				

Tablo 4.32 incelendiğinde, ilk 7 hipotezde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve hasta hakları bilgi düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. 8. Hipotezde ise sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları bilgi düzeyindeki ilişki korelasyon aracılığıyla araştırılmıştır. H1-H4 hipotez gruplarında cinsiyet, yaş, meslek grubu ve sağlık güvencesi demografik değişkenlerine göre anlamlı fark olup olmadığı sorgulanmış; bu alt hipotezlerin çoğu kabul edilirken, özellikle cinsiyet ve sağlık güvencesi değişkenlerine ilişkin bazı alt hipotezler reddedilmiştir. H2, H5 ve H6 hipotez gruplarında, sağlık davranışları (düzenli ilaç kullanımı, hastaneye başvuru sıklığı) ve sağlık hizmet kullanımı (ilk başvurulan sağlık kuruluşu) temel alınmış, bu bağlamda hasta hakları bilgi düzeylerinde bazı anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. H7 ve H8 hipotez grupları, sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ele almakta ve bu ilişkinin tüm boyutlarıyla istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Genel olarak çalışmanın bulguları hem demografik hem de davranışsal faktörlerin sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları bilgi düzeyleri üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmada H1a, H1d, H2b, H4a2, H4a3, H4a4, H4d1, H4d2, H5a, H5a1, H5a2, H5a3, H5a4 reddedilirken diğer hipotezler kabul edilmiştir (Tablo 4.32).

5. TARTIŞMA

Araştırma sonucunda katılımcıların önemli bir kısmının yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olması, önceki ulusal araştırmalardaki bulgulardan belirgin biçimde farklılık göstermektedir. Örneğin Tanrıöver ve arkadaşları (2014) sağlık okuryazarlık için %30'luk bir yeterlilik oranı rapor ederken, bu araştırmada bu orandan daha yüksek "yeterli" ve "mükemmel" sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bu farkın muhtemel nedenleri arasında örneklemimizin daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerden oluşması ve dijital bilgi kaynaklarına daha kolay erişim imkanı sayılabilir. Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda yüksek e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri bildirilmiştir (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü [SGGM], 2024); Gül ve arkadaşları (2022) da sağlık bilimleri öğrencilerinde e-sağlık okuryazarlığının yüksek ve yeterli düzeyde olduğunu (ortalama skor 3.74±0.67) bulmuştur (Gül, Demir & Coşkun, 2022). Elde edilen bulgular, eğitimli ve sağlık okuryazarlığı açısından güçlü gruplarda sağlık bilgisinin daha kolay benimsenip içselleştirilebildiğini ortaya koymaktadır.

Literatürdeki bazı bulgular ile araştırmanın sonuçları arasında dikkate değer farklılıklar bulunmaktadır. Uluslararası çalışmalarda, yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşebileceği sıklıkla vurgulanmaktadır (Shi, Du, Li, Hou, Sun & Marohabutr, 2024). Ancak bu araştırmada, 61 yaş ve üzeri katılımcıların hem sağlık okuryazarlığı hem de hasta hakları farkındalığının yüksek çıkması, mevcut literatürle çelişen bir sonuç ortaya koymuştur. Bu durum, ileri yaş grubundaki bireylerin sağlık hizmetleriyle daha yoğun temas halinde olmaları ve deneyimsel öğrenme yoluyla bilgi edinme süreçlerinden daha fazla yararlanmalarıyla açıklanabilir. Bu sonuç, sağlık sistemiyle daha sık ve doğrudan etkileşim kuran yaşlı bireylerin, zaman içinde hem haklarını öğrenme hem de bu hakları deneyim yoluyla içselleştirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, dijital teknolojilere erişimde yaşanan zorluklar, bu grubun sağlık bilgisine erişim kapasitesini sınırlandırabilecek önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla, bu çelişkinin giderilebilmesi için yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığını destekleyecek dijital okuryazarlık programlarının geliştirilmesi ve sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi kritik önem arz etmektedir (Shi, Du, Li, Hou, Sun & Marohabutr, 2024).

Bir başka açıdan, dijital uçurum göz önünde bulundurulduğunda, dijital sağlık okuryazarlığı programlarının yaşlı bireylere özel olarak tasarlanması gerektiği görülmektedir. Nitekim araştırmalar, bu tür müdahalelerin yaşlıların sağlık durumu ve sağlık yönetimi üzerinde olumlu etkiler yarattığını ortaya koymaktadır (Dong, 2023). Ayrıca, dijital uçurumun yaşlıların sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilediği ve sosyo-dijital etmenlerin e-sağlık okuryazarlığı ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (Yang, 2024; Shi et al., 2024). Bu bağlamda, yaşlıların dijital sağlık okuryazarlığını geliştirmek için hükûmet ve sivil toplum kuruluşlarının iş birliğiyle yürütülecek programlar önem taşımaktadır. Eğitimlerin, yalnızca bireylere yönelik değil, aynı zamanda aile ve sosyal çevreyi de kapsayacak şekilde kurgulanması, yaşlıların dijital bilgiye erişimini kolaylaştırabilir. Böylece, bu tür programlar yalnızca sağlık okuryazarlığını artırmakla kalmayıp, aynı zamanda yaşam kalitesini, sosyal bağlılığı ve toplumsal katılımı da güçlendirecek potansiyele sahiptir (Oman et al., 2025).

Araştırma sonuçlarında cinsiyete dayalı farklılıklar da dikkat çekmiştir. Özellikle kadın katılımcıların, "sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı" alt boyutunda erkeklere kıyasla daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Bu bulgu, kadınların aile içi sağlık kararlarında daha etkin rol üstlenmeleri ve bakım sorumlulukları nedeniyle sağlık sistemiyle daha yoğun etkileşimde bulunmalarıyla açıklanabilir. Literatürle karşılaştırıldığında, benzer eğilimlerin farklı kültürel bağlamlarda da gözlemlendiği görülmektedir. Nitekim Kore'de gerçekleştirilen bir çalışmada, kadınların erkeklere kıyasla tıbbi belgeleri anlama ve sağlık bilgisine erişim konusunda daha yüksek sağlık okuryazarlığı sergiledikleri rapor edilmiştir (Lee, Lee & Kim, 2015). Bu durum, toplumsal cinsiyet rollerinin sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları farkındalığı üzerinde belirleyici bir etken olabileceğine işaret etmektedir. Bu bağlamda, sağlık politikalarının toplumsal cinsiyet rollerini gözeterek oluşturulması önemlidir. Örneğin, kadınların sağlık okuryazarlığını güçlendirici eğitimler ve bakım verme rollerini destekleyen programlar, hem bireysel hem toplumsal sağlık kazançlarına katkı sağlayabilir. Araştırma bulguları, kadınların özellikle sağlık hizmetlerine erişim hakları konusunda daha fazla bilgiye sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Bu durum, toplumsal cinsiyet rollerinin sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları farkındalığı üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir (Sun et al., 2022).

Kadınların sağlık hizmetlerine erişim sürecinde karşılaştıkları zorluklar, onların sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve hak farkındalıklarını şekillendiren önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır.

Bir başka açıdan, kadınların sağlık alanındaki rollerini güçlendirmek için çalışma yaşamında kreş hizmetleri, esnek çalışma modelleri ve bakım yükünün paylaşılmasına yönelik politikaların geliştirilmesi kritik önem taşımaktadır. Bu tür sosyal destek mekanizmaları, yalnızca kadınların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmakla kalmayıp, aynı zamanda onların sağlık okuryazarlığını artırarak hasta hakları farkındalıklarını güçlendirecek bir işlev de görebilir (Yusefi et al., 2022).

Araştırmada eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları bilgi düzeyi arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bulgular, ilkokul ve lise mezunlarının en düşük bilgi düzeyine sahip olduklarını; buna karşılık, üniversite mezunlarının özellikle hasta hakları bilgisi ve bilgilendirilme hakkı konusunda en yüksek düzeyde bilgiye sahip olduklarını göstermektedir. Bu durum, eğitim düzeyinin sağlık bilgisini anlama, yorumlama ve uygulama becerileri üzerinde belirleyici bir etkisi bulunduğunu ortaya koymaktadır. Nitekim Ünal, Durmuş ve Kutlu'nun (2022) kapsamlı incelemesinde de düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlık bilgilerini kavrama noktasında güçlükler yaşadığı belirtilmektedir. Dolayısıyla, bu gruplara yönelik daha basitleştirilmiş ve anlaşılır iletişim materyallerinin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Örneğin, tıbbi kavramların yerel dil kullanılarak sade bir şekilde açıklanması veya sağlık hizmetlerinde görsel destekli bilgilendirme yöntemlerinden yararlanılması, farkındalık ve erişilebilirliği artırmada etkili stratejiler olarak değerlendirilebilir. Kore'de yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Choi, 2023). Bu bulgu, eğitim ile sağlık okuryazarlığı arasındaki güçlü korelasyonu ortaya koymakta ve sağlık eğitiminin, yalnızca bireysel bilgi birikimini değil, aynı zamanda toplum genelinde sağlık davranışlarını şekillendiren temel bir sosyal belirleyici olduğunu göstermektedir. Bu çerçevede, eğitim politikalarının sağlık alanıyla entegre edilmesi; özellikle dezavantajlı gruplara yönelik sağlık içerikli eğitim programlarının geliştirilmesi, hem sağlık okuryazarlığının artırılmasına hem de uzun vadede sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkı sağlayacaktır.

Araştırma bulguları, mesleki statü açısından çalışan bireylerin (memur, serbest meslek sahibi, öğrenci vb.) emeklilere kıyasla daha yüksek sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları farkındalığı sergilediklerini ortaya koymaktadır. Bu farklılık, çalışanların genellikle daha yüksek eğitim düzeyine sahip olmaları ve iş yaşamı içinde bilgiye erişim imkanlarının daha geniş olması ile açıklanabilir.

Türkiye özelinde de Sağlık Bakanlığı'nın 2025 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Raporu, çalışan bireylerin ortalama sağlık okuryazarlığı puanlarının emeklilere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, iş yerleri ve eğitim kurumlarında sağlık okuryazarlığını destekleyen programların düzenlenmesi, çalışanlar ve öğrenciler için sağlık bilgisinin artırılmasına katkı sağlayacaktır. Diğer yandan, emekliler gibi daha kırılgan grupların sosyal olanaklardan yararlanarak sağlık eğitimi almalarının teşvik edilmesi, yalnızca bireysel farkındalık düzeyini artırmakla kalmayacak, aynı zamanda sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına da hizmet edecektir. Benzer şekilde, Danimarka'da gerçekleştirilen popülasyon temelli bir araştırmada, istihdamda olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, işsiz veya emekli gruplara kıyasla belirgin biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Svendsen, Damgaard, Bak, Bøggild, Torp-Pedersen, Svendsen & Berg-Beckhoff, 2021). Bu bulgu, istihdamın yalnızca ekonomik güvence sağlamadığını, aynı zamanda bireylerin bilgiye erişim, sosyal etkileşim ve sağlık sistemiyle temas olanaklarını artırarak sağlık okuryazarlığını güçlendirdiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmada, bireylerin sağlık bilgisine ulaşım tercihlerinin genellikle güvenilir ve yüz yüze iletişime dayalı kaynaklara yöneldiği görülmüştür. Katılımcıların önemli bir kısmı, sağlığa ilişkin bilgi edinmede ilk olarak sağlık çalışanlarını veya aile ve arkadaş çevresini tercih ettiklerini belirtmiştir. Bu bulgu, bireylerin enformasyon arayışında güven duydukları ve doğrudan etkileşim kurabildikleri kaynakları öncelikli gördüklerini ortaya koymaktadır. Sağlık iletişimi modelleri çerçevesinde değerlendirildiğinde, bu tercih, aile ve sosyal ağların sağlık kararlarında oynadığı belirleyici rolü vurgulamaktadır. Nitekim Nutbeam'in (2000) işlevsel–eleştirel sağlık okuryazarlığı modeline göre, bireyler günlük sağlık kararlarında yalnızca profesyonel aktörlerden değil, aynı zamanda yakın sosyal çevrelerinden de destek arayabilmektedir. Bu bağlamda, aile içi iletişim, sosyal

dayanışma ve sağlık çalışanlarıyla kurulan güven ilişkisi, sağlık bilgisinin edinilmesi ve uygulanmasında tamamlayıcı unsurlar olarak öne çıkmaktadır.

Araştırmanın bir diğer bulgusu, dijital medya ve internet kaynaklarının kullanımının sınırlı ve seçici olmasının, bireylerin sağlık bilgisini filtreleme ve eleştirel değerlendirme becerilerinin belirli ölçüde geliştiğine işaret etmesidir (König & Suhr, 2023; Almanya örneği).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2023–2030 Bölgesel Dijital Sağlık Eylem Planı da dijital sağlık okuryazarlığını, evrensel sağlık kapsamına ulaşmada kritik bir faktör olarak tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO], 2023).Türkiye özelinde, Sağlık Bakanlığı'nın 2016 tarihli raporunda ise halkın özellikle kaynak güvenilirliğini değerlendirme konusunda güçlük yaşadığı vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Bu bulgu, araştırmamızdaki katılımcıların da "ilaç prospektüsünü anlama" veya "acil durumda ne yapılacağını bilme" gibi pratik konularda yeterlilik eksikliği bildirmeleriyle örtüşmektedir.Gelişen dijital dünyada sağlık bilgi kirliliğinin artması, bireylerin eleştirel sağlık okuryazarlığına teşvik edilmesini daha da önemli hale getirmiştir (König & Suhr, 2023). Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığı eğitimlerinin yalnızca bilgiye erişim becerisini değil, aynı zamanda kaynakların güvenilirliğini değerlendirme ve dijital ortamdaki bilgileri eleştirel süzgeçten geçirme yetkinliklerini de kapsayacak şekilde yapılandırılması gerekmektedir (Nutbeam, 2000; WHO, 2023).

Araştırmada, SGK kapsamında sigortalı olan bireylerin, sigortasız bireylere kıyasla daha yüksek hasta hakları farkındalığına sahip oldukları gözlenmiştir. Bu bulgu, sağlık güvencesinin yalnızca hizmete erişim değil, aynı zamanda bilgiye erişim ve hak bilincinin oluşumunda da belirleyici bir faktör olduğunu göstermektedir. Politika düzeyinde, evrensel sağlık güvencesinin kapsamının genişletilmesi, hem sağlık hizmetlerine erişimi hem de hasta hakları bilincini artıracak stratejik bir adım olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte, sigortasız bireylere yönelik ücretsiz sağlık taramaları, hak farkındalığını artırıcı bilgilendirme kampanyaları, ve özellikle yerel yönetimlerin sağlayabileceği gezici sağlık araçları ile bilgilendirme atölyeleri, bu gruplara doğrudan ulaşmada etkili uygulamalar olarak öne çıkmaktadır. Böylece, dezavantajlı grupların sağlık sistemine entegrasyonu kolaylaştırılacak ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılması yönünde somut katkılar sağlanabilecektir.

Araştırma bulguları, hasta hakları farkındalığı açısından dikkat çeken bir farklılığa işaret etmektedir. Katılımcılar, sağlık kuruluşunu seçme veya hekim değiştirme gibi temel haklara büyük oranda hâkim olduklarını belirtmişlerdir. Ancak, etik açıdan daha karmaşık veya ikincil düzeydeki haklar konusunda belirgin bir bilgi eksikliği gözlenmiştir. Özellikle, "başka hastaların kayıtlarını inceleme hakkı" gibi doğrudan mahremiyetle ilişkili konularda katılımcıların önemli bir kısmının yanlış veya yetersiz bilgiye sahip olduğu görülmüştür.

Bu durum, toplumda hasta mahremiyetine ilişkin eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin yetersiz kaldığını düşündürmektedir. Hasta haklarının yalnızca temel bilgilere indirgenmesi, bireylerin sağlık sisteminde karşılaşabilecekleri etik ikilemleri doğru değerlendirmelerini zorlaştırmakta ve hak temelli sağlık hizmeti anlayışını sınırlamaktadır. Dolayısıyla, sağlık politikalarında mahremiyet, veri koruma ve etik haklar gibi konuların ön plana çıkarılması; hem hasta hakları farkındalığını hem de sağlık sisteminde güven ilişkisini güçlendirecek kritik bir adım olacaktır.

Benzer bulgular uluslararası literatürde de görülmektedir. Suudi Arabistan'ın Al Ahsa bölgesinde yapılan bir çalışmada, hastaların haklarına yönelik farkındalık düzeylerinin orta ile iyi arasında değiştiği, ancak bazı bireylerin haklarını tam olarak bilmedikleri bildirilmiştir (Aljeezan et al., 2022). Etiyopya'da Tikur Anbessa Hastanesi'nde gerçekleştirilen araştırmada ise, hasta hakları farkındalığı ile eğitim düzeyi ve hastaneye yatış sayısı gibi değişkenler arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Dessalegn et al., 2022). Yine Etiyopya'da yapılan başka bir çalışmada, hastaların hak algıları incelenmiş ve özellikle mahremiyet ile bilgilendirilmiş onam konularında farklı görüşlerin öne çıktığı belirtilmiştir (Birhanu et al., 2021). Buna ek olarak, Kuzey Etiyopya'da yürütülen nitel bir araştırmada, hastaların hasta haklarının uygulanmasına dair deneyimleri ele alınmış; özellikle mahremiyet ve şikâyet hakkı gibi konularda farkındalık eksikliklerinin dile getirildiği görülmüştür (Berhane & Enquselassie, 2016). Bu çarpıcı bulgular, hasta hakları eğitimlerinin yalnızca yasal bilgi aktarımıyla sınırlı kalmaması gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır. Etkin bir farkındalık için bu eğitimlerin, aynı zamanda etik boyutları, hasta katılımı ve hakların pratikte uygulanabilirliği gibi unsurları da içermesi büyük önem taşımaktadır. Böylelikle hasta hakları farkındalığı, yalnızca teorik bir bilgi düzeyinde kalmayıp, hasta–sağlık çalışanı etkileşiminde somut davranış değişikliklerine de yansıyabilecektir.

Araştırmada, ayda dört ve üzeri sağlık başvurusu yapan bireyler ile üniversite veya özel hastanelere öncelikli olarak başvuranların, sağlık sistemiyle daha tanıdık olmalarının etkisiyle daha yüksek farkındalık düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Bu bulgu, sağlık sistemine aşinalığın bilgi edinimini ve hak farkındalığını kolaylaştırdığını göstermektedir (Aljeezan, 2022; Odeh, 2024). Bu çerçevede, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin (aile hekimlikleri, sağlık ocakları) hasta eğitimindeki rolünün güçlendirilmesi kritik öneme sahiptir.

Literatürde de, birinci basamak kurumlarına başvuran bireylerin hasta hakları bilgisi açısından görece düşük düzeyde farkındalık sergiledikleri sıkça raporlanmıştır (Aljeezan, 2022). Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta haklarına dair bilgilendirici panolar, sade dilde hazırlanmış broşürler ve mobil uygulamalar gibi araçların etkin kullanımı önemlidir. Ayrıca, bu merkezlerde düzenli geri bildirim mekanizmalarının oluşturulması, yalnızca bilgilendirmenin tek yönlü kalmasını önleyecek, aynı zamanda hasta–sağlık çalışanı etkileşimini güçlendirecektir. Böylece, birinci basamak sağlık hizmetleri, yalnızca tedaviye erişim kapısı olmanın ötesinde, hasta hakları farkındalığının geliştirilmesinde temel bir eğitim platformu işlevi üstlenebilecektir.

Araştırmada, kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek bulunması, sağlık okuryazarlığının yaşam boyu öğrenme ve deneyimsel bilgi edinme süreçleriyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (Nock, 2023; Berkman, 2011). Kronik hastalar, hastalıklarının yönetimi için sürekli bilgiye ihtiyaç duyduklarından, sağlık sisteminde daha aktif bir rol üstlenebilmekte ve bu süreçte kendi sağlık bilgilerini düzenli olarak güncelleyebilmektedir. Bu durum, sağlık okuryazarlığının statik bir özellik olmadığını, aksine bireyin sağlık deneyimleriyle şekillenen dinamik bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, sağlık hizmeti sunumunda kronik hastalara yönelik hasta eğitimi programlarının, destek gruplarının ve akran eğitimi modellerinin oluşturulması; hem mevcut farkındalık düzeylerini pekiştirecek hem de yeni katılımcıların bilgi edinme süreçlerine katkı sağlayacaktır (Berkman, 2011). Böylece, kronik hastaların sağlık okuryazarlığı yalnızca bireysel bir kazanım olarak değil, aynı zamanda topluluk temelli bir öğrenme süreci olarak da değerlendirilebilecektir.

Araştırmada, sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları bilgi düzeyi arasında pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki ve sağlık okuryazarlığının hasta hakları bilgi düzeyi üzerinde güçlü ve pozitif bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bulgular, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça, hasta haklarına yönelik farkındalıklarının da anlamlı biçimde yükseldiğini göstermektedir. Özellikle "bilgi alma hakkı" ve "hakların korunması" gibi temel alt boyutlarda, yüksek sağlık okuryazarlığına sahip katılımcıların daha bilinçli ve hak temelli davranışlar sergiledikleri gözlenmiştir. Bu durum, sağlık okuryazarlığının yalnızca okuma-yazma becerisiyle sınırlı olmadığını; aynı zamanda bireyin sağlık sisteminde haklarını talep etme, savunma ve karar alma süreçlerine aktif biçimde katılma yetkinliğini de yansıttığını ortaya koymaktadır. Nitekim, Türkiye'de yapılan bir araştırmada, e-sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastaların hasta hakları farkındalığının da arttığı ve bu farkındalığın sağlıkla ilgili karar verme süreçlerine olumlu katkı sağladığı bildirilmiştir (Ünal, Durmuş & Kutlu, 2022). Benzer bir araştırmada Ataç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Ataç, Kırılmaz, Genç, & İnce, 2023). Doğu Avrupa'daki etnik Macar anneler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada da sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları farkındalığı arasında benzer bir korelasyon saptanmıştır (Jávorné et al., 2023). Bu sonuçlar, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik girişimlerin aynı zamanda hasta haklarına saygılı bir sağlık hizmeti kültürünü güçlendireceğini ve sağlık sisteminde hak temelli yaklaşımın yaygınlaştırılmasına katkı sağlayacağını göstermektedir. Araştırma sonuçları, uluslararası literatürü destekler nitelikte, sağlık okuryazarlığı ve hasta hakları farkındalığı düzeyleri yükseldikçe bireylerin sağlık sisteminde daha etkin konumlandıklarını göstermektedir (Bhattad, 2022; Marshall, 2025; Stone, 2023). Bu bulgu, sağlık okuryazarlığının yalnızca bireysel bir bilgi veya beceri göstergesi olmadığını; aynı zamanda bireyin sağlık sistemine aktif katılımını, karar alma süreçlerine dahil olmasını ve haklarını savunabilme kapasitesini de güçlendiren temel bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır.

Dolayısıyla, sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik girişimler, hasta hakları farkındalığını da destekleyerek bireylerin sağlık sisteminde pasif kullanıcı konumundan aktif paydaş konumuna geçmelerini mümkün kılmaktadır. Bu yönüyle sağlık okuryazarlığı, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde katılımcı, hakkaniyetli

ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti kültürünün geliştirilmesinde stratejik bir araç olarak değerlendirilebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyleri arasındaki ilişki ve sağlık okuryazarlığının, hasta hakları bilgi düzeyi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Ayrıca yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, düzenli ilaç kullanma durumu, hastaneye aylık başvuru sıklığı ve ilk başvurulan sağlık kuruluşu gibi demografik değişkenlerin bu ilişki üzerindeki farklılaştırıcı etkileri de değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin büyük çoğunluğunun "yeterli" ve "mükemmel" düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, bireylerin hasta hakları bilgi düzeylerinin alt boyutlara göre genellikle "yüksek" ve "orta" düzeyde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı konusunda en yüksek bilgi ve farkındalık düzeyine sahip oldukları; bilgi alma hakkı konusunda yüksek farkındalık gösterdikleri; hasta haklarının korunması ve hastanın rızası konularında ise orta ve yüksek düzeyde bilgi sahibi oldukları tespit edilmiştir. Buna karşın bilgilendirme, saygı gösterilmesi ve refakatçi bulundurma gibi diğer hasta hakları alanlarında farkındalık düzeyinin orta veya düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırma bulguları, sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları bilgi düzeyi arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının, hasta hakları bilgi düzeyi üzerinde güçlü ve pozitif bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Demografik değişkenler açısından yapılan analizlerde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, düzenli ilaç kullanma, hastaneye aylık gidiş sayısı ve ilk başvurulan sağlık kuruluşu değişkenlerinin hem sağlık okuryazarlığı hem de hasta hakları bilgi düzeyi üzerinde anlamlı farklılıklar oluşturduğu belirlenmiştir. Özellikle yaş, eğitim, meslek ve ilk başvurulan sağlık kuruluşu değişkenlerinin tüm alt boyutlarda anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır.

Sonuç olarak, araştırma bulguları bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, hasta haklarını bilme, anlama ve kullanma becerilerini anlamlı biçimde etkilediğini ortaya koymaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe hasta haklarına ilişkin

farkındalığın da arttığı söylenebilir. Bununla birlikte, yaş, eğitim, meslek, sosyal güvence durumu ve sağlık hizmetlerinden yararlanma alışkanlıkları (örneğin hastaneye başvuru sıklığı veya ilk başvurulan sağlık kuruluşu) bu ilişkiyi anlamlı biçimde farklılaştırmaktadır.

Bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda ve araştırmanın sınırlılıkları dikkate alınarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik toplum temelli eğitim programları yaygınlaştırılmalıdır. Bu programlar, özellikle düşük eğitim düzeyine sahip ve yaşlı bireylere yönelik olarak sade, anlaşılır ve uygulamalı içeriklerle desteklenmelidir.
- Hastanelerde ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta haklarına ilişkin bilgilendirme materyalleri (broşür, afiş, dijital içerik) artırılmalı; hasta hakları birimleri aktif bir şekilde bilgilendirme ve rehberlik hizmeti sunmalıdır. Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında hasta hakları bilgilendirmeleri güçlendirilmelidir.
- Sağlık kuruluşlarında hasta yönlendirme sistemleri, bilgilendirme panoları ve danışma birimleri güçlendirilerek bireylerin sağlık hizmetlerinden etkin yararlanması ve haklarını öğrenme konusunda erişilebilir bilgi kanalları sağlanmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığını ve hasta hakları bilincini artırmak amacıyla televizyon, radyo, sosyal medya ve kamu spotları gibi kitle iletişim araçlarından yararlanılmalıdır. Dijital sağlık okuryazarlığına yönelik interaktif içerikler ve mobil uygulamalar geliştirilmelidir.
- Sosyal güvencesi olmayan, düşük gelirli, kırsal bölgelerde yaşayan ve kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıracak politikalar geliştirilmelidir. Bu gruplara yönelik hedeflenmiş bilgilendirme ve destek programları uygulanmalıdır.
- Bu araştırma, nicel yöntem kullanılarak yalnızca Ankara ilinde, kentsel–kırsal ayrımı yapılmaksızın 20 yaş ve üzeri bireylerle gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle, ileride yapılacak çalışmalarda farklı illeri, yaş gruplarını ve sosyoekonomik düzeyleri kapsayan daha geniş örneklemler oluşturulabilir. Ayrıca, kırsal ve kentsel bölgeleri içeren karşılaştırmalı örneklemler

kullanılarak sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları farkındalığı arasındaki bölgesel farklılıklar derinlemesine analiz edilebilir. Bunun yanında, nitel araştırma yöntemlerinden yararlanılarak bireylerin sağlık okuryazarlığına ve hasta haklarına ilişkin algıları daha kapsamlı biçimde incelenmelidir.

- Çevrim içi anket yönteminin beraberinde getirdiği teknolojiye erişim farklılıklarını azaltmak amacıyla, gelecekte yapılacak araştırmalarda yüz yüze veri toplama teknikleri de kullanılabilir. Böylece, araştırmaya katılan bireylerin çeşitliliği artırılarak daha kapsayıcı ve temsili sonuçlar elde edilmesi mümkün olacaktır.

7. KAYNAKLAR

Abacıgil, F., Harlak, H., & Okyay, P. (2016). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması. In P. Okyay & F. Abacıgil (Eds.), *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması* (pp. 21–41). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025.

Active Citizenship Network. (2002). *European Charter of Patients' Rights*. Active CitizenshipNetwork. Erişim adresi:https://www.activecitizenship.net/multimedia/import/images/patientsrights/ec_english.pdf

Aljeezan, A., Alanzi, T., Alhassan, S., & Alharbi, N. (2022). Patients' awareness of their rights and responsibilities: A cross-sectional study in Al-Ahsa, Saudi Arabia. *Journal of Patient Experience, 9*, 1–8.Erişim adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36578857/

American Hospital Association. (1972). *Patient's Bill of Rights*. American Hospital Association.Erişimadresi:https://www.academia.edu/53667700/The_Patients_Bill_of_Rights_of_the_American_Hospital_Association_a_reflection

American Hospital Association. (1973). *Patient's Bill of Rights*. American Hospital Association. Erişim adresi: https://www.americanpatient.org/aha-patients-bill-of-rights/

Aras, Z., & Bayık, A. T. (2017). *Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi*. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25*(2), 85–94. Ege Üniversitesi https://doi.org/10.17672/fnhd.94626

Ataç, C., Kırılmaz, H., Genç, Ç., & İnce, M. (2023). Sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumluluklarına etkisi. *Conference Paper*. ResearchGate. Erişim adresi:https://www.researchgate.net/publication/376489923_Saglik_Okuryazarliginin_Hasta_Haklari_ve_Sorumluluklarina_Etkisi?utm_source

Avcı, E., & Özkan, S. (2020). Dünyada ve Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Health Literacy, 1*(1), 1–9. Erişim adresi: https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-dunyada-ve-turkiyede-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-etkileyen-faktorler-84987.html

Ayaz-Alkaya, S., & Öztürk, D. (2021). Health literacy levels of women and related factors in Turkey. *Journal of Nursing Research, 29*(6), e161. https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000452

Aydemir, İ., & Özhan, A. (2011). Hasta hakları uygulamalarının hasta ve yakınları tarafından değerlendirilmesi. *Türk Sağlık Hizmetleri Dergisi, 8*(2), 45–58. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/pub/tsh/issue/48450/613705

Ban, S., Kim, Y., Seomun, G. A., & diğerleri. (2024). Digital health literacy: A concept analysis. *Digit Health, 10,* Article 20552076241287894. https://doi.org/10.1177/20552076241287894

Barbati, C., Maranesi, E., Giammarchi, C., Lenge, M., Bonciani, M., Barbi, E., Vigezzi, G. P., Dragoni, M., Bailoni, T., Odone, A., & Bevilacqua, R. (2025). The effectiveness of eHealth literacy interventions: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *BMC Public Health, 25*(1), 288. https://doi.org/10.1186/s12889-025-21354-x

Başar, D., & Öztürk, S. (2020). Assessing horizontal equity in the utilization of mental healthcare services in Turkey: A gender perspective. *Applied Health Economics and Health Policy, 18*(2), 299–309. https://doi.org/10.1007/s40258-019-00519-x

Bayık, A. (2000). Hasta hakları, etik ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,16*(1),57–72. Erişimadresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/49622/636060

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). Oxford UniversityPress. Erişim adresi: https://archive.org/details/principlesofbiom0000beau_k8c1

Belete, K. G., Fenta, E., Moges, N., Asmare, T. B., Zurbachew, N., Demissie, B., … & Teshome, D. (2025). Patients' awareness of their rights and factors associated with it: A scoping review, 2024. *BMC Medical Ethics, 25*(1), 862. Erişim adresi: https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-025-07431-0

Berhane, F., & Enquselassie, F. (2016). The lived experience of patients regarding patients' rights practice in Northern Ethiopia. *Patient Preference and Adherence, 10*, 1611–1620. https://doi.org/10.2147/PI.S103761

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine, 155*(2), 97–107. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Bhattad, P. B. (2022). *Promoting Patient Education and Health Literacy.* https://doi.org/10.7759/cureus.27336

Birhanu, Z., Gelaw, Y., & Debele, T. (2021). Patients' rights perspectives in Ethiopia: A cross-sectionalstudy. *PLoSONE, 16*(10), e0255390. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255390

Boz, M. K., & Çimen, M. (2025). E-sağlık okuryazarlığı ve hasta-hekim ilişkisi üzerine bir araştırma. *Healthcare*, 13(6), 632. https://doi.org/10.3390/healthcare13060632

Centers for Disease Control and Prevention. (2024a, October 16). *What is health literacy?* Erişim adresi: https://www.cdc.gov/health-literacy/php/about/index.html?utm_source

Centers for Disease Control and Prevention. (2024b, June 21). *Defining eHealth literacy.* Erişim adresi: https://www.cdc.gov/healthliteracy/ ?CDC_Aaref _Val=https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/defining.html

Choi, S. (2023). Health literacy in Korea: Findings from the 2023 national survey. *Journal of Health Communication, 28*(4),345–356. Erişim adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40635458/

Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000, August 11). *General comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. United Nations. Erişim adresi: https://www.refworld.org/legal/general/cescr/2000/en/36991

Council of Europe. (1997). *Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine (Oviedo Convention).* Erişimadresi:https://www.coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/oviedo-convention

Davas, A., & Etiler, N. (2024). Gender differences in cost-related unmet healthcare needs: A national study in Türkiye. *BMC Public Health, 24*, 2413. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19878-9

Demir, R. N., & Kocakaya, M. (2024). Hastaların sağlık okuryazarlığı ile hasta katılımı arasındaki ilişkide algılanan iletişim engellerinin aracı rolü: Kesitsel bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi, 43*(4), 55–67. https://doi.org/10.5336/healthsci.2024-103752

Dessalegn, K., Girma, B., Oumer, KE, Hunie, M. ve Belete, KG (2022). Tikur Anbessa İhtisas Hastanesi, Addis Ababa, Etiyopya'daki elektif cerrahi hastalar arasında hastaların hakları, ilgili faktörler ve bunların sağlık profesyonelleri tarafından hasta perspektifinden uygulanması konusundaki farkındalığı: kesitsel bir çalışma, 2021. *BMJ açık*, *12* (11), e060218. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060218

DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of general internal medicine*, *19*(12), 1228-1239. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x

Dikmen, A. U., Tabak, B. Y., Çalışkan, D., & Sezgin, D. (2018). Dünyada ve Türkiye'de sağlık okuryazarlığı. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi, 1*(1), 1–9. Erişim adresi:https://saglikokuryazarligidergisi.com/index.php/soyd/issue/download/2/5

Doane, D. P., & Seward, L. E. (2011). Measuring skewness: A forgotten statistic? *Journal of Statistics Education, 19*(2), 1–18. https://doi.org/10.1080/10691898.2011.11889611

Doğan, H. (2023). Etik yönden hasta hakları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 16, 26–30. Erişim adresi: https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/SD16-22-25.sayfalar_Hanzade_Dogan.pdf

Dong, Q., Liu, T., Liu, R., Yang, H., & Liu, C. (2023). Effectiveness of digital health literacy interventions in older adults: Single-arm meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research, 25*(1), e48166. https://doi.org/10.2196/48166

Durmuş, D., et al. (2021). *Differences in health literacy level of patients from public and private hospitals in Turkey*. BMC Public Health, 21, 1801. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.09.016

Ekinci, B., Tutgun Ünal, A., & Tarhan, M. (2021). Dijital sağlık okuryazarlığı üzerine bir alanyazın incelemesi. *Bayterek Uluslararası Akademik Araştırmalar Dergisi, 4*(2), 148–165. https://doi.org/10.48174/buaad.42.1

Ekmekçi, Z. (2024). Kültürlerarası duyarlılık düzeyini artırmada kültürlerarası iletişim eğitiminin yeri. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, 12*(3), 1455–1477. https://doi.org/10.19145/e-gifder.1519734

Eminağaoğlu, B. B., & Şen, B. (2024). Bireylerin hasta hakları ve sorumlulukları hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 24*, 219–240. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/4205174

Erdem, Ö., & Akgün, H. S. (2018). Hasta ve sağlık çalışanlarının, hasta hakları konusunda bilgi düzeyleri: Bir müdahale çalışması. *Sakarya Tıp Dergisi, 8*(3), 518–524. https://doi.org/10.31832/smj.448535

European Patients' Forum. (2017). *Patient rights in Europe*. Erişim adresi: https://www.eu-patient.eu/globalassets/library/toolkits/situational_analysis_balkans_2017.pdf

Fırat, M. (2017). Türkiye sağlık işletmelerinde hasta hakları ve sorumlulukları. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 157–173. Erişim adresi:https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/338175

Ghassab-Abdollahi, N., Ghorbani, Z., Kheirollahi, N., Nadrian, H., & Hashemiparast, M. (2024). Exploring the reasons for self-administration medication errors among illiterate and low-literate community-dwelling older adults with polypharmacy: a qualitative study. *BMC geriatrics*, *24*(1), 1010. https://doi.org/10.1186/s12877-024-05595-w

Gül, İ., Demir, S., & Coşkun, İ. (2022). E-sağlık okuryazarlığı ve çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışı üzerine bir araştırma. https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.64602

Haeri-Mehrizi, A., Mohammadi, S., Rafifar, S., Sadighi, J., Kermani, R. M., Rostami, R., Hashemi, A., Tavousi, M., & Montazeri, A. (2024). Health literacy and mental health: A national cross-sectional inquiry. *Scientific Reports, 14*(1), 13639. https://doi.org/10.1038/s41598-024-64656-7

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2021). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning. Erişim adresi: https://books.google.com.tr/books/about/Multivariate_Data_Analysis.html?id=0R9ZswEACAAJ&redir_esc=y

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR). (1976). United Nations. https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-3&chapter=4

Jávorné, R. E., Nagy, M., Molnár, E., Máthé, R. Z., Tóth-Batizán, E. E., Konečná, M., Zahatňanská, M., Mydlárová Blaščáková, M., Poráčová, J., Sedlák, V., & Sántha, Á. (2023). Health literacy and patient rights awareness in ethnic Hungarian mothers in Eastern Europe. *Central European Journal of Public Health, 31*(Suppl 1), S31–S39. https://doi.org/10.21101/cejph.a7894

Jordão, I., Paiva, P., Dias, P., António, N., & Parente, F. (2025). Health Literacy and Medication Adherence in Polypharmacy: A Systematic Review for Clinical Practice. *Cureus*, *17*(7). https://doi.org/10.7759/cureus.88301

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika, 39*(1), 31–36. https://doi.org/10.1007/BF02291575

Karasar, N. (2022). *Bilimsel araştırma yöntemi* (2022 basım). Nobel Yayın Dağıtım. Erişim adresi: https://www.nobelyayin.com/bilimsel-arastirma-yontemi-kavramlar-ilkeler-teknikler_1755.html

Kaya, N. (2018). *Hasta hakları bilgi düzeyi ile hasta güçlendirme arasındaki ilişki* (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/

Kaynak, S., Arat, N., Yardımcı, F., Şenol, S., & Yılmaz, H. B. (2022). Hemşirelik öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlık düzeyi ile klinik karar verme becerileri arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *38*(3), 229–237. https://doi.org/10.53490/egehemsire.1100418

Kıraç, R., & Öztürk, Y. E. (2020). Halkın sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişki. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 23*(2), 214–243. https://doi.org/10.18490/sosars.819000

Kim, S., Park, C., Park, S., Kim, D. J., Bae, Y. S., Kang, J. H., & Chun, J. W. (2025). Yaşlı yetişkinlerde dijital sağlık okuryazarlığının ölçülmesi: Geliştirme ve doğrulama çalışması. *Journal of Medical Internet Research*, *27*, e65492. https://doi.org/10.2196/65492

Korkmaz Aslan, G. (2025). E-sağlık okuryazarlığı eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisi: Yarı deneysel çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *17*(2). Erişim adresi: https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-e-saglik-okuryazarligi-egitiminin-hemsirelik-ogrencilerinin-e-saglik-okuryazarligi-duzeyine-etkisi-yari-deneysel-calisma-111041.html

König, L., & Suhr, R. (2023). The effectiveness of publicly available web-based interventions in promoting health app use, digital health literacy, and media literacy: Pre-post evaluation study. *Journal of Medical Internet Research, 25*, e46336. https://doi.org/10.2196/46336

Kurt, H. (2022). Hasta haklarına ilişkin değerlendirmeler. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, *(51)*, 201–228. https://doi.org/10.54049/taad.1139385

Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult

Literacy. U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics. Erişim adresi: https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf

Kwon, D. H., & Kwon, Y. D. (2025). Sağlık okuryazarlığı kalıpları ve etkileyen faktörler yaşa göre farklılık göstermektedir: Kesitsel bir çalışma. *BMC Public Health*, *25*(1), 1556. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22838-6

Lee, H. Y., Lee, J., & Kim, N. K. (2015). Gender differences in health literacy among Korean adults: do women have a higher level of health literacy than men?. *American journal of men's health*, *9*(5), 370-379. https://doi.org/10.1177/1557988314545485

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health, 8*(2), e000351. https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351

MacLeod, S. (2020). The Impact of Inadequate Health Literacy on Patient Outcomes. *Journal of Health Communication*, 25(3), 213-220. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.003

Madadin, M., Menezes, RG, Almazrua, AA, Alzahrani, BA, Alassaf, MA, Al-Hwiesh, AK ve Usman, MS (2023). Hastaların hakları konusundaki farkındalığı: Suudi Arabistan'daki bir eğitim hastanesinden bir içgörü. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, *94* (2), e2023059. https://doi.org/10.23750/abm.v94i2.14110

Marshall, N. (2025). *A systematic review of health literacy interventions for older adults. BMC Health Services Research*. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12457-7

Neter, E. ve Brainin, E. (2019). Uzun süreli rahatsızlıkları olan hastalarda sağlık okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları arasındaki ilişki. *Avrupa Psikoloğu*. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000350

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10883

Nock, A. M. (2023). *Health Literacy in Adults with Chronic Diseases in the United States. Journal of Health Communication*, 28(3), 215–223. https://doi.org/10.3390/nursrep13020072

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Nutbeam, D. (2008). Sağlık okuryazarlığının gelişen kavramı. *Sosyal bilimler ve tıp*, *67* (12), 2072-2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Odeh, A. (2024). *Exploring patients' rights awareness and implementations amongst hospitalized patients in Northern Palestine. BMC Medical Ethics*, 25(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12910-024-01139-4

Oman, D., et al. (2025). Digital literacy program for seniors reduces loneliness, boosts quality of life. *American Journal of Public Health, 115*(1), 45–52. Erişim adresi: https://publichealth.berkeley.edu/articles/spotlight/research/digital-literacy-program-for-seniors-reduces-loneliness

Osborn, C. Y., Paasche-Orlow, M. K., Bailey, S. C., & Wolf, M. S. (2011). *The mechanisms linking health literacy to behavior and health status*. American Journal of Health Behavior, 35(1), 118–128. https://doi.org/10.5993/AJHB.35.1.11

Osborn, CY, Paasche-Orlow, MK, Davis, TC ve Wolf, MS (2007). Sağlık okuryazarlığı: HIV sağlık eşitsizliklerini anlamada gözden kaçan bir faktör. *Amerikan önleyici tıp dergisi*, *33* (5), 374-378. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.07.022

Özsarı, H. (2024, 11 Kasım). Mustafa Kemal Atatürk ve sağlık politikaları. *Sigorta Gazetesi*. Erişim adresi: https://sigortagazetesi.com/ozsari-yazdi-mustafa-kemal-ataturk-ve-saglik-politikalari

Özsarı, H. (2025, 19 Şubat). 2014'den 2024'e sağlık okuryazarlığı. *Haluk Özsarı Blog*. Erişim adresi: https://halukozsari.com/2025/02/2014den-2024e-saglik-okuryazarligi

Özvarış, Ş. B., Güçiz Doğan, B., Konşuk Ünlü, H., Aktuna, G., İnandı, T., Kurt, A. Ö., … & Kutluk, M. T. (2021). The adaptation of Turkish health literacy scale for literate Syrian adult refugees living in Turkey: A reliability–validity study. *Conflict and Health, 15*(1), 65. https://doi.org/10.1186/s13031-021-00401-5

Paasche-Orlow, MK ve Wolf, MS (2007). Sağlık okuryazarlığını sağlık sonuçlarına bağlayan nedensel yollar. *Amerikan sağlık davranışı dergisi*, *31* (1), S19-S26. https://www.ingentaconnect.com/content/png/ajhb/2007/00000031/A00100s1/art00004

Pelikan, J. M., Ganahl, K., Röthlin, F., & Sørensen, K. (2012). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health, 22*(Suppl. 2), 105–110. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Resmî Gazete. (1928, 11 Nisan). *Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun* (Kanun No: 1219, Sayı: 863). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1219-20141119.pdf

Resmî Gazete. (1960, 19 Şubat). *Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi* (Sayı: 10436). Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10436.pdf

Resmî Gazete. (1987, 15 Mayıs). *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu* (Kanun No: 3359, Sayı: Erişim adresi: 19461). https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/19461.pdf

Resmî Gazete. (1993, 7 Eylül). *İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik* (Sayı: 21639). Erişim adresi: http://sakur.uludag.edu.tr/files/07.pdf

Resmî Gazete. (1998, 1 Ağustos). *Hasta Hakları Yönetmeliği* (Sayı: 23420). Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23420.pdf

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü [SGGM]. (2024). Türkiye'de dijital sağlık okuryazarlığı: Durum raporu 2024. T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://sggm.saglik.gov.tr/TR-107279/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi-raporu-yayimlandi.html?utm_source

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü [SGGM]. (2024, Aralık 27). Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçüldü. Erişim adresi: https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2020). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://sggm.saglik.gov.tr/TR%2C57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html?utm_source

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2025). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://sggm.saglik.gov.tr/TR-107279/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi-raporu-yayimlandi.html

Sağlık Bakanlığı. (1998, 25 Şubat). *Hasta Hakları Yönetmeliği* [Yönetmelik]. *Resmî Gazete*, (23223). Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/23223.pdf

Sağlık Bakanlığı. (2019). *Türkiye hasta hakları profil araştırması raporu*. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Erişim adresi: https://shgmhastahakdb.saglik.gov.tr/TR-80600/2019-yili-hasta-haklari-istatistigi.html?utm_source

Sağlık Bakanlığı. (2024). *Hasta hakları ve sağlık eğitimi politikaları*. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Erişim adresi: https://sggm.saglik.gov.tr/

Sağlık Bakanlığı. (2025). *Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihi*. Erişim adresi: https://www.saglik.gov.tr/ *(Erişim: 1 Eylül 2025)*

Salar, S., & Duran, S. (2023). Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yaşlı bireylerin e-sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(2), 396–412. Erişim adresi: https://doi.org/10.21020/husbfd.1268108

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., ... & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, *288*(4), 475-482. https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475

Serhatlıoğlu, S. G., & Kızılkaya, T. (2025). Sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi: Geleceğin ebeleri üzerine nicel bir araştırma. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 55–68. https://doi.org/10.59244/ktokusbd.1614890

Shahid, R., Shoker, M., Chu, LM, Frehlick, R., Ward, H. ve Pahwa, P. (2022). Düşük sağlık okuryazarlığının hastaların sağlık sonuçları üzerindeki etkisi: çok merkezli bir kohort çalışması. *BMC sağlık hizmetleri araştırması*, *22* (1), 1148. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9

Shi, Z., Du, X., Li, J., Hou, R., Sun, J., & Marohabutr, T. (2024). Factors influencing digital health literacy among older adults: A scoping review. *Frontiers in Public Health, 12*, Article 1447747. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1447747

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European journal of public health*, *25*(6), 1053-1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Stone, M. (2023). *A Novel Simulation Program for Interprofessional Health Literacy Training.* https://doi.org/10.3928/24748307-20230713-01

Sun, S., Lu, J., Wang, Y., Wang, Y., Wu, L., Zhu, S., Zheng, X., Lu, X., & Xu, H. (2022). Gender differences in factors associated with the health literacy of hospitalized older patients with chronic diseases: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health, 10*, 944103. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.944103

Svendsen, I. W., Damgaard, M. B., Bak, C. K., Bøggild, H., Torp-Pedersen, C., Svendsen, M. T., & Berg-Beckhoff, G. (2021). Employment status and health literacy in Denmark: A population-based study. *International Journal of Public Health, 66*, 598083. https://doi.org/10.3389/ijph.2021.598083

Sykes, S., Wills, J., Rowlands, G., & Popple, K. (2013). Understanding the concept of critical health literacy: A concept analysis. *BMC Public Health, 13*, 150. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-150

Şenyurt, Ş., & Korkmaz Aslan, G. (2023). Üniversite öğrencilerinde e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 15*(4), 1041–1050. https://doi.org/10.5336/nurses.2023-97661

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2023). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri saha araştırması raporu*. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Erişim adresi: https://sggm.saglik.gov.tr/TR-107279/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi-raporu-yayimlandi.html

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2024). *Türkiye sağlık okuryazarlığı raporu 2024*. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Erişim adresi: https://sggm.saglik.gov.tr/TR-107279/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi-raporu-yayimlandi.html

T.C. Sağlık Bakanlığı. (1998). *Hasta hakları yönetmeliği*. T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://inhak.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/12122019115653um_hastahaklari.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2005). *Hasta Hakları Uygulama Yönergesi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=59d37998-a285-11e7-9205-300896da83fe

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Hasta hakları uygulama kılavuzu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://shgmhastahakdb.saglik.gov.tr/TR,39938/hasta-haklari-uygulamalari-genelgesi.html

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014a). *Hasta Hakları Yönetmeliği (güncellenmiş)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014b). *Hasta Hakları Uygulamaları Genelgesi (2014/32)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://shgmhastahakdb.saglik.gov.tr/TR,39938/hasta-haklari-uygulamalari-genelgesi.html

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. Erişim adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SOYA%20RAPOR.pdf?utm_source

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Organizasyon şeması*. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://khgmcalisanhaklaridb.saglik.gov.tr/TR%2C33893/organizasyon-semasi.html?utm_source

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlık Hizmetleri Kalite Standartları Tebliği* Erişim adresi: https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-8850/saglikta-kalite-standartlari.html

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). *Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı (2025–2028)*. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Erişim adresi: https://sggm.saglik.gov.tr/TR-110010/saglik-okuryazarligi-eylem-plani-2025-2028.html

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025, Şubat 12). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: https://sggm.saglik.gov.tr/TR-107279/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi-raporu-yayimlandi.html?utm_source

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson. https://www.pearson.com/en-us/subject-catalog/p/using-multivariate-statistics/P200000003097/9780137526543?srsltid=AfmBOorJyuOSiC9wJQp22X0pS9m3s4Vcy9p3IjUiw2fcahX3v4MaG_gv

Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). *Sağlık okuryazarlığı araştırması* (6, pp. 42–47). Sağlık-Sen Yayınları. https://ankara7.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf

Tao, Z., Xu, Q., Zhu, Y., Mei, Q., Feng, H., Jin, Q., ... & Dong, Y. (2023). Relationship between health literacy and COVID-19 knowledge: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1058029. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1058029

Tekir, S. (2019). Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'nin kuruluşu ve erken Cumhuriyet dönemindeki faaliyetleri (1920–1930). *Belgi Dergisi, 2*(18), 1301–1326. https://doi.org/10.33431/belgi.547721

Thakuri, K. S., et al. (2023). Knowledge regarding patient's rights among hospitalized patients in Nepal. *Advances in Social Sciences and Management*, 13(1), 105-111. https://hspublishing.org/ASSM/article/view/105

Topal, A. (2009). *1982 Anayasasında temel hak ve özgürlüklerin sınırlandırılması ve sınırlamanın sınırını oluşturan anayasal ölçütler* (Yüksek lisans tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). YÖK https://acikerisim.ibu.edu.tr/items/9d43501b-b964-49b8-8008-fa7ed5bb71c8/full

Tunç, T., Demirci, H. F., & Ermiş, A. (2025). The mediating role of health literacy in the relationship between trust in public health authorities and distrust in health systems. *BMC Public Health*, 25(1), 967. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22123-6

Türk Tabipleri Birliği. (2009). *Hekimlik meslek etik kuralları*. Türk Tabipleri Birliği. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf

Türkiye İstatistik Kurumu. (2024, 31 Aralık). Erişim adresi: https://www.tuik.gov.tr/

UNESCO. (2005). *Universal declaration on bioethics and human rights*. UNESCO. Erişim adresi: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180

United Nations Human Rights Committee (UNHRC). (2018, August 30). *General comment No. 36: Article 6 (Right to life)*. Office of the High Commissioner for Human Rights. Erişim adresi: https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/general-comment-no-36-article-6-right-life

United Nations Human Rights Committee. (1982, April 30). *General comment No. 6: Article 6 (Right to life)*. Office of the High Commissioner for Human Rights. Erişim adresi: https://www.refworld.org/legal/general/hrc/1982/en/32185

United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. United Nations. Erişim adresi: https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Urstad, K., Wills, J., Rowlands, G., & Popple, K. (2022). Definitions and measurement of health literacy in health and medicine. *BMC Health Services Research, 22*, 1–13. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056294

Uysal, D., Altınayak, M., Çinibulak, M., & Kaya, E. (2025). E-sağlık okuryazarlığının uzaktan sağlık hizmeti sunumuna duyulan güvene etkisi. *Uluslararası Sağlık*

Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/4975089?utm_source

Ünal, Ö., Durmuş, A., & Kutlu, R. (2022). E-sağlık okuryazarlığının karar alma süreçlerine etkisinde hasta hakları farkındalığının aracı rolü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25*(4), 725–740. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2012083

Vasileia, E., Koulierakis, G., Fouskas, T., & Liarigkovinou, A. (2025). Health literacy and acceptance of COVID-19 preventive measures and vaccination in the European Union: A scoping review. *HLRP: Health Literacy Research and Practice, 9*(1), e46–e55. https://doi.org/10.3928/24748307-20250219-01

Verweel, L., Newman, A., Michaelchuk, W., Packham, T., Goldstein, R., & Brooks, D. (2023). The effect of digital interventions on related health literacy and skills for individuals living with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Medical Informatics, 174,* 105114. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105114

World Health Organization (WHO). (1946/1948). *Constitution of the World Health Organization*. WHO. Erişim adresi: https://www.who.int/about/governance/constitution

World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization. Erişim adresi: https://www.who.int/about/governance/constitution

World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization. Erişim adresi: https://www.who.int/about/governance/constitution

World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. World Health Organization. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion

World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. World Health Organization. Erişim adresi: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference

World Health Organization. (1994). *A declaration on the promotion of patients' rights in Europe*. WHO Regional Office for Europe. Erişim adresi: https://www.activecitizenship.net/multimedia/files/charter-of-rights/the-forerunners-of-the-charter/The-Declaration-on-The-Promotion-of-Patients-Rights-in-Europe.pdf

World Health Organization. (1994). *Declaration of Helsinki*. World Health Organization. Erişim adresi: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/

World Health Organization. (2008). *Patient safety: Global priorities*. World Health Organization. Erişim adresi: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44205/9789241598620_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2008). *Patients for patient safety: Global initiative for safe and quality health care*. World Health Organization. Erişim adresi: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety

World Health Organization. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report*. Geneva: WHO. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-on-the-road-to-universal-health-coverage-2019-monitoring-report

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705

World Health Organization. (2021). *Primary health care and patient education: Guidelines for member states*. Geneva: WHO. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1

World Health Organization. (2023). *Regional digital health action plan 2023–2030*. Erişim adresi: https://iris.who.int/items/004c2061-1409-48f2-9da5-55d566718342

World Health Organization. (2024, August 5). *Health literacy*. World Health Organization. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy

World Medical Association. (1981). *Declaration of Lisbon on the rights of the patient*. World Medical Association. Erişim adresi: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/

World Medical Association. (1995). *Statement on ethical issues concerning patients with mental illness*. World Medical Association. Erişim adresi: https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-ethical-issues-concerning-patients-with-mental-illness/

World Medical Association. (2005). *WMA Declaration of Lisbon on the rights of the patient*. World Medical Association. Erişim adresi: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/

Xu, Q., et al. (2025). Health literacy profiles correlate with participation in primary health care among patients with chronic diseases. *Frontiers in Public Health*, 13, 1628903. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1628903

Yang, R. (2024). Digital divide as a determinant of health in the U.S. older adult population. *Journal of Aging & Social Policy, 36*(2), 123–135. https://doi.org/10.1186/s12877-024-05612-y

Yusefi, A. R., Barfar, E., Daneshi, S., Bayati, M., Mehralian, G., & Bastani, P. (2022). Health literacy and health-promoting behaviors among inpatient women during COVID-19 pandemic. *BMC Women's Health, 22*, 77. https://doi.org/10.1186/s12905-022-01652-x

8. EKLER

EK-1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi

Sayın Katılımcı, sizleri hasta hakları bilgi düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılacak olan çalışmaya davet etmek istiyorum. Bu çalışmaya katılımınız sırasında verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak olup, ileride yapılacak araştırma programlarına yön vermek amacıyla bilgi olarak kullanılacaktır.

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Bölümü Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi
Aslıhan Ercivan

Demografik Özellikler:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: ( ) E / ( )K

3.Eğitim durumunuz (en son bitirilen okulu belirtiniz):

( ) İlkokul mezunu

( ) Ortaokul mezunu

( ) Lise mezunu

( ) Meslek Yüksekokulu mezunu

( ) Üniversite/yüksekokul mezunu

( ) Yüksek lisans mezunu

( ) Doktora mezunu

EK-1. (devam) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi

4. Mesleğiniz:

( ) Ev hanımı

( ) Emekli

( ) Öğrenci

( ) Memur

( ) Serbest çalışan

5. Sosyal güvenceniz:

( ) Yok

( ) SGK (Emekli sandığı, SSK)

( ) Yeşil Kart

( ) Diğer (lütfen belirtiniz) _____

6. Genel olarak kitap/gazete/dergi vb. okumaktan ne kadar hoşlanırsınız? Aşağıdaki cetvel üzerinde uygun rakamı daire içine alarak işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7.Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinizde diğer kişi/kişilerden yardım alıyor musunuz?

( ) Her zaman ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

8. Sağlıkla ilgili sizce en güvenilir üç bilgi kaynağını belirtiniz.( ) Sağlık çalışanı ( ) Radyo/televizyon ( ) Yazılı basın (gazete, dergi vb.)

( ) İnternet ( ) Aile üyeleri ( ) Arkadaş ( ) Kitap/broşür ( ) Diğer (lütfen belirtiniz) _____

9. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

( ) Mükemmel ( ) Oldukça iyi ( ) İyi ( ) Fena değil ( ) Kötü

EK-1. (devam) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi

10. Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?

( ) Evet ( ) Hayır Cevabınız evet ise nedir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

( ). Diyabet ( ) Hipertansiyon ( ) Kalp Hastalığı ( ) Böbrek hastalığı ( ) Astım ( ) Diğer (lütfen belirtiniz) _____

11. Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir sağlık kuruluşuna ayda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?

( ) Bir kez ( ) İki kez ( ) Üç kez ( ) Dört kez ve daha fazla

12. Herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?

( ) Aile sağlığı merkezi (Aile hekimi) ( ) Devlet hastanesi

( ) Üniversite hastanesi ( ) Özel hastane ( )Özel muayenehane

Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaşmak için aşağıdaki kaynakları ne sıklıkla kullanırsınız? Lütfen ilgili boşluğa X işareti koyunuz.

	HER ZAMAN	SIKLIKLA	BAZEN	NADİREN	HİÇBİR ZAMAN
GAZETE					
MAGAZİN					
İNTERNET					
RADYO/TV					
KİTAPLARVE BROŞÜRLER					
AİLE ÜYELERİ,ARKADAŞLAR VB.					
DOKTOR,HEMŞİRE,DİĞERSAĞLIK ÇALIŞANLARI					

EK-1. (devam) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi

	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok Zor	2. Zor	3. Kolay	4. Çok Kolay	5. Bilmiyorum
1.	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak.					
2.	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgi bulmak.					
3.	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak.					
4.	Hastalandığınız zaman profesyonel yardımı nereden alacağınızı bulmak.					
5.	Doktorunuzun size ne dediğini anlamak.					
6.	İlacınızın prospektüsünü anlamak.					
7.	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak.					
8.	Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatlarını anlamak.					
9.	Doktordan aldığınız bilginin size ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek.					
10.	Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek.					
11.	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek.					
12.	Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek.					
13.	Hastalığınızla ilgili karar verirken doktorun verdiği bilgiyi kullanmak.					
14.	İlaç tedavisinde talimatları takip etmek.					
15.	Acil bir durumda ambulans çağırmak.					
16.	Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek.					
17.	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak.					
18.	Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgiyi bulmak.					
19.	Olmanız gereken aşılar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak.					
20.	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolestrol gibi durumları önleme veya başa çıkma ile ilgili bilgi bulmak.					
21.	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak.					
22.	Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak.					
23.	Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak.					
24.	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi konularla ilgili sağlık uyarılarının ne kadar güvenilir olduğuna karar vermek.					
25.	Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek.					
26.	Hangi aşılara ihtiyacınız olduğuna karar vermek.					
27.	Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek.					
28.	Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek.					
29.	Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek.					
30.	Aileniz ve arkadaşlarınızın tavsiyelerine dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek.					
31.	Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek.					
32.	Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak.					
33.	Ruh sağlığınız için iyi olan aktiviteleri bulmak.					
34.	Yaşadığınız çevrenin nasıl daha sağlık dostu bir yer haline gelebileceği hakkında bilgi bulmak.					
35.	Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak.					
36.	İşyerinde sağlığınızı geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak.					
37.	Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak.					
38.	Gıda ambalajlarındaki bilgiyi anlamak.					
39.	Nasıl daha sağlıklı olunacağı ile ilgili medyadaki bilgiyi anlamak.					
40.	Akıl sağlığınızı nasıl koruyacağınızla ilgili bilgiyi anlamak.					
41.	Yaşantınızın sağlığınızı ve iyilik halinizi nasıl etkilediğine karar vermek.					
42.	Konut koşullarının sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğuna karar vermek.					
43.	Gündelik davranışlarınızdan hangisinin sağlığınızla ilgili olduğuna karar vermek.					
44.	Sağlığınızı geliştirmek için kararlar almak.					
45.	İstediğiniz zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak.					
46.	Sağlığınızı ve iyilik halinizi etkileyen yaşam koşullarınızı kontrol etmek.					
47.	Sosyal çevrenizde sağlık ve iyilik halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak.					

EK-2. Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Anketi

Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Anketi

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

EK-2. (devam) Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Anketi

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

EK-4. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER
Adı Soyadı: Aslıhan Ercivan
Doğum Tarihi:
Doğum Yeri:
Uyruğu:
Adres:
E-mail: