T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HASTA-HEKİM İLETİŞİMİNİN, HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Duru MERGEN EFE

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2023

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HASTA-HEKİM İLETİŞİMİNİN, HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Duru MERGEN EFE

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI:
Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i
TABLO DİZİNİ iii
KISALTMALAR viii
TEŞEKKÜR ix
ÖZET x
SUMMARY/ABSTRACT xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 2
2.1. HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ 2
2.1.1. İletişimin Tanımı ve Önemi 2
2.1.2. Sağlık İletişimi 2
2.1.3. Sağlık İletişimi Türleri 3
2.1.4. Hasta-Hekim İletişiminin Önemi 4
2.1.5. Hastayı Dinleme 4
2.1.6. Hasta-Hekim İlişkisi 5
2.1.7. Etkin İletişim İçin Hastaların Hekimlerden Beklentileri 6
2.1.8. Etkin İletişim İçin Hekimlerin Hastalardan Beklentileri 6
2.1.9. Güçlü Birinci Basamak 8
2.1.10. Aile Hekimlerinin Rolü 9
2.1.11. Etkin Hasta-Hekim İletişimi İçin Önerilen Teknikler 10
2.1.12. Hasta-Hekim İlişkisi Modelleri 11
2.1.13. Hekim Merkezli Yaklaşımdan Hasta Merkezli Yaklaşıma 12
2.1.14. Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar 14
2.1.15. Hasta-Hekim İlişkisindeki Sorunlar 17
2.1.16. Hasta-Hekim İletişiminin Düzeltilmesi İçin Öneriler 22
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 24
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi 24
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi 28
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması 33
2.2.4. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Tespiti 33

2.2.5. Dünyada Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Tespiti 36
2.2.6. Aile Hekimliği ve Sağlık Okuryazarlığı 38
2.2.7. İdeal Sağlık Okuryazarlığı 42
2.2.8. Düşük-Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sonuçları 43
2.2.9. Sağlık Okuryazarlığının İlişkili Olduğu Faktörler 46
2.2.10. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi 48
3. GEREÇ VE YÖNTEM 51
3.1. Araştırmanın Tipi 51
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 51
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 52
3.4. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri 52
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 52
3.6. Veri Toplama Araçları 52
3.6.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 52
3.6.2. Sosyodemografik Veri Anket Formu 53
3.6.3. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) 53
3.6.4. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) 54
3.7. Verilerin Toplanması 55
3.8. Veri Analizi 55
4. BULGULAR 55
4.1.Tanımlayıcı Analizler 55
4.2. Karşılaştırmalı analizler 60
4.2.1. PCAS Ölçeğiyle İlgili İstatistiksel Olarak Anlamlı Çıkan Bulgular 60
4.2.2. TSOY-32 Ölçeğiyle İlgili İstatistiksel Olarak Anlamlı Çıkan Bulgular 73
5. TARTIŞMA 98
5.1. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Kıyaslamalar 98
5.2. Hasta-Hekim İletişimi İle İlgili Kıyaslamalar 104
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 106
7. KAYNAKLAR 109
8. EKLER 120
Ek 1: Etik Kurul İzni 120

Ek 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 121
Ek 3: Anket Formu 122

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 56
Tablo 2. Katılımcıların Diğer Değişkenlere Göre Özellikleri 57
Tablo 3. PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanları Tanımlayıcı Analizi 58
Tablo 4. TSOY-32 ölçeği genel indeks puan ortalamalarının kategorizasyonu ve tanımlayıcı analizleri 58
Tablo 5. TSOY-32 ölçeğinin 2 alt boyutunun SOY düzeyi açısından incelenmesi ve tanımlayıcı analizleri 59
Tablo 6. TSOY-32 Ölçeğinin 2 Alt Boyutunun, Bilgiyle İlgili 4 Sürecin ve Ölçek Genel Puanlarının Tanımlayıcı Analizleri 60
Tablo 7. PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması 61
Tablo 8. PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Yaş Kategorizasyonuna Göre Karşılaştırılması 61
Tablo 9. PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması 62
Tablo 10. PCAS Ölçeği İletişim Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 63
Tablo 11. PCAS Ölçeği Kişisel Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 63
Tablo 12. PCAS Ölçeği Güven Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 64
Tablo 13. PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması 65

Tablo 14. PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Mesleğe Göre Karşılaştırılması 65
Tablo 15. PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması 66
Tablo 16. PCAS Ölçeği İletişim Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 67
Tablo 17. PCAS Ölçeği Kişisel Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 67
Tablo 18. PCAS Ölçeği Güven Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 67
Tablo 19. PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması 68
Tablo 20. PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Son 1 Yılda ASM'ye Başvurma Sıklığına Göre Karşılaştırılması 68
Tablo 21. PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Son 1 Yılda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilmesine Göre Karşılaştırılması 69
Tablo 22. PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaştığı İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılması 70
Tablo 23. PCAS Ölçeği İletişim Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaştığı İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 70
Tablo 24. PCAS Ölçeği Kişisel Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaştığı İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 71
Tablo 25. PCAS Ölçeği Güven Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaştığı İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 72
Tablo 26. TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması 74
Tablo 27. TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Yaş Kategorizasyonuna Göre Karşılaştırılması 75

Tablo 28. TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması 75
Tablo 29. TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 76
Tablo 30. TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 76
Tablo 31. TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 77
Tablo 32. TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması 78
Tablo 33. TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 78
Tablo 34. TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 79
Tablo 35. TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 79
Tablo 36. TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Mesleğine Göre Karşılaştırılması 80
Tablo 37. TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Mesleğine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 80
Tablo 38. TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Mesleğine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 81
Tablo 39. TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Katılımcıların Mesleğine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 82
Tablo 40. TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması 83
Tablo 41. TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 83

Tablo 42. TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 83
Tablo 43. TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 84
Tablo 44. TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması 84
Tablo 45. TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 85
Tablo 46. TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 85
Tablo 47. TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 86
Tablo 48. TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Son 1 Yılda ASM'ye Başvurma Sıklığına Göre Karşılaştırılması 87
Tablo 49. TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Son 1 Yılda ASM'ye Başvurma Sıklığına Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 87
Tablo 50. TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Katılımcıların Son 1 Yılda ASM'ye Başvurma Sıklığına Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 87
Tablo 51. TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Son 1 Yılda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilmesine Göre Karşılaştırılması 88
Tablo 52. TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaştığı İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılması 89
Tablo 53. TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanlarının Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaşılan İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 89

Tablo 54. TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaşılan İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 90
Tablo 55. TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaşılan İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 91
Tablo 56. PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden Aldıkları Puanların Kategorizasyonuna Göre Karşılaştırılması 92
Tablo 57. PCAS Ölçeği Fizik Muayene Alt Boyutu Puanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 92
Tablo 58. PCAS Ölçeği İletişim Alt Boyutu Puanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 93
Tablo 59. PCAS Ölçeği Kişisel Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 94
Tablo 60. PCAS Ölçeği Güven Alt Boyutu Puanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey) 95
Tablo 61. TSOY-32 Ölçeği Genel Puan Ortalamalarıyla PCAS Alt Boyut Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi 96
Tablo 62. Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Bazı Değişkenlerin Çoklu Lineer Regresyon Analizi 97
Tablo 63. Hasta-Hekim İletişiminin Değerlendirildiği PCAS Ölçeği Alt Boyutlarının, Sağlık Okuryazarlığı İle Çoklu Lineer Regresyon Analizi 98

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ark.: Arkadaşları

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

GA: Güven Aralığı

HMİ: Hasta Merkezli İletişim

PCAS: Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

TEŞEKKÜR

Tez sürecindeki katkılarından ve desteğinden bahsetmeden önce tüm asistanlık dönemimde çok değerli Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR hocamla yaptığım her türlü etkinlikten, her türlü akademik faaliyetten, tüm toplantı ve sohbetlerimizden çok keyif aldığımı belirtmek istiyorum. Bu bölümde aile sıcaklığını bana en çok hissettiren, tez sürecimde kıymetli vaktinin epeyce kısmını bana ayıran tez danışmanım sayın Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR hocama çok teşekkür ediyorum.

Aile hekimliği uzmanlığı asistan eğitimim süresinde sahip olduğu bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bilgiye nasıl ulaşacağımı bana öğreten, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. A. Dilek GÜLDAL, Prof. Dr. Vildan MEVSİM, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR, Doç. Dr. Makbule Neslişah TAN, Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ, Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM'a teşekkür ediyorum.

Asistanlık sürecinin bana kazandırdığı en güzel arkadaş olup, ince ayrıntılara beraber güldüğümüz, dertleştiğimiz, her zaman bana dayanak olan, iyiki yollarımız kesişmiş dediğim çok kıymetli arkadaşım Dr. Büşra İLKSÖZ'e teşekkür ediyorum.

EASM'lerimizdeki sorumluluk dönemine tesadüfen aynı EASM'de başlayıp iyiki birlikte sorumluluk yapmışız dedirtecek bir uyumla çalıştığımız, meslektaşım olmasından gurur duyduğum, hiçbir zaman desteğini esirgemeyen arkadaşım Dr. Engin ERBAŞ'a teşekkür ediyorum.

Asistanlık sürecinde birbirimize pozitif katkıda bulunduğumuz ve beraber uyum içinde çalışabildiğim asistan arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Ayrıca çok şey paylaştığımız EASM'lerimizdeki hemşirelerimize ve personellerimize teşekkür ediyorum.

Hayatımda yeni bir sayfayı beraber açtığım, sevgisini-saygısını-desteğini-samimiyetini-sıcaklığını bana her daim hissettiren, aynı zamanda kendimi çok şanslı hissettiren hayat arkadaşım çok değerli eşim Mehmet EFE'ye sonsuz teşekkür ediyorum ve ömrüm yettiğince etmeye devam edeceğim.

Bugün bu bölümden uzmanlığımı alabilmemin temelini oluşturan, hayatım boyunca hep destek olan canım annem Neriman MERGEN ve canım babam Hasan MERGEN'e; hep iyiki benim kardeşim dedirten kardeşim Osman MERGEN'e çok teşekkür ediyorum.

ÖZET

HASTA-HEKİM İLETİŞİMİNİN, HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Duru MERGEN EFE

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

E-posta: dr.mergen@hotmail.com

Amaç: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmek, hastaların perspektifinden hekimin hastayla olan iletişim kalitesini belirlemek, hasta-hekim iletişimiyle hastaların sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Evreni İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 18 yaş ve üzerindeki başvuran hastalar olan kesitsel analitik bir çalışmadır. Örneklem büyüklüğü; evreni bilinen örneklem hesaplama formülü kullanılarak, anlamlılık düzeyi %95, hata payı %5, prevalans %50 olarak en az 378 kişi olarak hesaplanmış ve 385 katılımcı analizlere dahil edilmiştir.

Dahil edilme kriterlerine uygun olan katılımcılara sosyodemografik veri anketi; Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32 (TSOY-32) uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 24.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların % 63,9'u kadın, % 69,9'u evli, % 36,1'i üniversite mezunu ve yaş ortalaması 41,63 ± 13,62 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %34,8'inin sorunlu-sınırlı; %30,1'inin yeterli, %21,6'sının yetersiz ve %13,5'inin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur. Hasta-hekim iletişiminin, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, gelir durumu gibi faktörlerin sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Hasta merkezli yaklaşımın artırılması ve hasta-hekim iletişiminin güçlendirilmesi önemlidir. Sağlık fakülteleri müfredatlarına iletişim dersleri eklenmeli, ayrıca tüm bireylere erken yaşlardan itibaren sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitimler verilmelidir. Toplumun sağlık okuryazarlığını artırma görevi sadece hekimlere değil, multidisipliner bir şekilde diğer kamu kurumlarına, medyaya, eğitimcilere bu konuda sorumluluklar verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, Hasta-hekim iletişimi, Sağlık okuryazarlığı

SUMMARY / ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION AND THE HEALTH LITERACY OF PATIENTS

Dr. Duru MERGEN EFE

Dokuz Eylul University, Faculty of Medicine The Department of Family Practice

Supervisor: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

E-mail: dr.mergen@hotmail.com

Aim: The aim of this study is to determine the health literacy level of the patients registered in Dokuz Eylül University Education Family Health Centers, to determine the communication quality of the physician with the patient from the perspective of the patients, and to examine the relationship between patient-physician communication and the health literacy of the patients.

Method: It's a cross-sectional analytical study whose population consists of patients aged 18 years and over who are registered to Izmir Dokuz Eylul University Education Family Health Centers. sample size; using the sample calculation formula of known population, the significance level was calculated as 95%, the margin of error 5%, the prevalence 50% as at least 378 people and 385 participants were included in the analysis.

Sociodemographic data questionnaire for participants who met the inclusion criteria; Primary Care Assessment Scale (PCAS), Turkish Health Literacy Scale -32 (TSOY-32) were applied. SPSS 24.0 program was used in the analysis of the data.

Results: 63.9% of the participants were female, 69.9% were married, 36.1% were university graduates, and the mean age was 41.63 ± 13.62. 34.8% of the participants were problematic-limited; It was found that 30.1% had sufficient, 21.6% insufficient and 13.5% excellent health literacy. Factors such as patient-physician

communication, age, educational status, marital status, occupation, and income were found to be associated with health literacy.

Conclusion: It's important to increase the patient-centered approach and strengthen the patient-physician communication. Communication courses should be added to the curricula of health faculties, and all individuals should be given training to increase health literacy from an early age. The task of increasing the health literacy of the society should be given not only to physicians, but also to other public institutions, media and educators in a multidisciplinary manner in this regard.

Keywords: Primary care, Patient-physician communication, Health literacy

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hasta-hekim iletişimi, sağlık bakım sürecinin önemli bir bileşenidir. Hasta-hekim görüşmesindeki iletişim niteliğinin, çeşitli memnuniyet ve sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Hastalar, daha bilgilendirici, daha fazla açıklama yapan, hastalarının endişelerine daha fazla duyarlılık gösteren, kendilerine güvence ve destek sunan, sağlık konularını daha iyi anlayabilen ve tedavi önerileri konusunda daha fazla kararlı olma eğilimi gösteren hekimlere yönelmektedirler (1).

Hekimliğin yalnızca bir eğitim, meslek ve iş olmasından öte bir toplumsal konum ve yaşam biçimi olması; hizmet verilen hastalarla olan ilişkiyi de çok yönlü ve özel kılmaktadır. Hekim, uğraş alanı olan hastasını yalnızca biyolojik özellikleri açısından değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleriyle de değerlendirmek durumundadır (2).

Etkin bir sağlık sisteminde, sağlık sorunlarının büyük bir kısmının birinci basamak sağlık kuruluşlarında çözümlenebildiği bilinmektedir. Araştırmalarda, birinci basamak sağlık hekimlerinin daha maliyet-ekin davrandığı saptanmış, bunun da hastalarla daha etkili iletişim kurmalarından kaynaklandığı değerlendirmelerinde bulunulmuştur (3).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, birtakım riskleri beraberinde getirmekte, verilen sağlık hizmetinin istenilen sonuca ulaşmasına engel olmaktadır. Bu alanda sağlanacak ilerleme sayesinde bireysel davranışlarda olumlu değişimler yaşanırken, toplumsal alanda da sağlık hizmetlerinin ve sağlığa ayrılan kaynakların rasyonel kullanımı mümkün olabilecektir. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, bireylerin daha sık hastaneye gitmelerine ve bunun sonucunda da daha fazla sağlık harcaması yapmalarına, gereksiz tedavilere maruz kalmalarına neden olmaktadır (4).

Bu bağlamda sağlık hizmeti verilen popülasyonun perspektifinden hasta-hekim iletişimi kalitesinin değerlendirilmesi, popülasyonun sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespit edilmesi, ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi ve eksikliklerin giderilmesi için atılması gereken adımların planlanması önem arz etmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ

2.1.1. İletişimin Tanımı ve Önemi

İletişim, Latince "communis" kelimesinden türetilmiş "communication" kelimesinin karşılığı olup; karşılıklı olarak paylaşmayı, birlikteliği ve toplumsallaşmayı içermektedir (5).

İletişimin tanımı; kaynak (mesajı veren) ile hedef (mesajı alan) arasında davranış değişikliği oluşturmak amacıyla bilgi, tutum, beceri, duygu ve fikirlerin paylaşılması için gerekli etkileşim sürecidir (6).

İletişim formal ve informal ortamlarda gelişmektedir ve özellikle bazı meslekler açısından çok daha önemli bir konumda bulunmaktadır (7).

Yapısı ve niteliği gereği zor olan sağlık hizmetlerinin, çalışma alanları içindeki yeri özel ve önemlidir. Sağlık hizmetinde çalışanlar mesleklerini ifa ederken çok farklı karakterdeki hasta ve/veya yakınları ile karşılaşmakta ve iletişim kurmak durumundadır. Bu kişilerle iletişim kurmak daha fazla beceri, özen ve efor gerektirmektedir. Çalışanların iletişim becerileri, hastaneye başvuran kişilerin kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde önemli rol oynamaktadır. Bireyin gereksinimlerini dikkate alıp bu doğrultuda iletişim kurmak ve bilgilendirmek, kaygı seviyesini azaltmakta ve güven ortamının oluşmasını sağlamaktadır (5).

2.1.2. Sağlık İletişimi

Akademik çalışmalara özellikle 1980 yılından beri yoğun şekilde konu olan sağlık iletişimi, 20. yüzyıla kadar ayrı bir disiplin olarak görülmemiştir. Toplumun "sağduyusuna" bırakılan bir konu olarak sağlık iletişimi; 20. Yüzyıl öncesinde sadece salgın hastalıklar hakkında toplumu bilgilendirme amacına hizmet etmiştir. 20. yüzyılın ortalarında geleneksel tıbbın yerine modern tıbbın yaygınlaşması, İkinci Dünya Savaşının toplum sağlığı üzerinde bıraktığı olumsuz etkiler, sağlığın önemli bir bireysel kaygı olarak ortaya çıkması ve sağlık alanında yapılan büyük yatırımlar sağlık iletişiminin bir disiplin olarak doğmasına neden olmuştur. Sağlık iletişiminin temel konusunun sağlıkla ilgili bilinç oluşturmak olduğunu söylenebilir (8).

Aynı zamanda sağlık iletişimi, hizmet sürecinde sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında kurulan iletişimin olumlu başlaması ve sorunsuz olarak devam etmesi doğrultusunda ortaya konan yapıcı müdahaleleri ve bu doğrultuda önem kazanan iletişim becerileri konularını ele almaktadır. İletişim becerilerinin sağlıkla ilgili fakültelerde öğretilmesi gerekliliğine dikkat çeken çalışmalar, hastalıkların teşhisi ve hasta yönetimi konularıyla kıyaslandığında iletişime daha az önem verildiğini göstermektedir (9).

Sağlık iletişiminde karşılaşılan durumlardan biri, hastaların sağlık problemleriyle ilgili hekime gitme aşamasında yaşadıkları sıkıntılardan kaynaklanmaktadır. Hastalar, hastalıklarına ilişkin endişelerle veya hekimle iletişim kuramayacağı düşüncesiyle herhangi bir sağlık merkezine başvurmak konusunda çekinebilmektedir. Konuya hekimler açısından bakıldığında, gün içerisinde pek çok sayıda hasta ile karşılaşan hekimlerin hastaları ile yeterli seviyede diyalog kuramadıkları bilinmektedir (4).

2.1.3. Sağlık İletişimi Türleri

Sağlık iletişimi farklı düzeylerde gerçekleşebilmektedir:

1. Kişisel iletişim düzeyi: Bireyin kendi sağlığı ile ilgili düşünceleri, davranışları ve ne tür bir sağlık davranışı sergileyeceğine karar vermesi düzeyidir.
2. Kişilerarası sağlık iletişimi: Bu düzeyde kişi içsel iletişimini bitirmiş ve bir hekime muayene olmuştur. Hasta-hekim iletişimi sağlık iletişiminin bu düzeyinde etkindir.
3. Grup iletişimi: Bireyin sağlık kurumlarında, sosyal medyada, vakıf veya derneklerde kendi hastalığını deneyimlemiş veya deneyimlemekte olan diğer kişilerden maddi veya manevi destek görmek amacıyla iletişim kurmasıdır.
4. Kitle iletişimi: Kitleyi, ortak yönleri bulunmayan bireyler meydana getirmektedir. Sağlık iletişiminin bu düzeyinde herhangi bir sağlık problemine dikkat çekmek, farkındalık oluşturmak ve bir davranış geliştirilmesini sağlamak amaçlanmaktadır (10).

Kişilerarası iletişim; iki katılımcı arasında yüz yüze ve çift yönlü görüşmelerden oluşan, birbirlerine karşı değişen rolleri ve ilişkileri olan iki insanı içeren, bir olay veya olaylar dizisinden ziyade devam eden süreci tanımlamaktadır.

Kişilerarası iletişimin, başkalarına bağımlılık gibi bir durumun da ortaya çıktığı hastalıkta, hasta/hasta yakını açısından önemi daha da artmaktadır. Hasta ve hasta yakını içinde bulunduğu durum nedeniyle geleceğe yönelik endişeler taşıyabilmektedir. Bu durumda hastanın bakım ve tedavisi ile yükümlü olan meslek üyelerine, iletişime uygun çevrenin oluşturulması ve hasta/hasta yakını ile etkili iletişimin kurulmasında önemli sorumluluklar düşmektedir (11).

Tüm iletişim türlerinin içerisinde yüz yüze iletişim, ikna edicilik seviyesi açısından bireye yönelik etkisi en yüksek ve güçlü olan iletişimdir. Sağlık iletişiminde bu süreç hasta-hekim iletişimiyle sağlanabilmektedir (12).

2.1.4. Hasta-Hekim İletişiminin Önemi

Hasta ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimin doğru ve etkin olması hem hasta açısından hem de sağlık çalışanı açısından önemlidir. İyi iletişim sayesinde hasta, takip ve tedaviye daha istekli olmaktadır. Sağlık çalışanından memnuniyeti artmakta olup; sağlık çalışanının da daha hızlı, stresi az, mutlu ve güvenli çalışmasını sağlamaktadır. Bu durumun sağlanmasında iyi, etkili ve saygılı iletişimin karşılıklı olması; toplumun da bu konuda bilinçlenmesi önemlidir (13).

Hasta-hekim iletişimi, sağlık bakım sürecinin önemli bir bileşenidir. Hasta-hekim görüşmesindeki iletişim niteliğinin, çeşitli memnuniyet ve sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Hastalar, daha bilgilendirici, daha fazla açıklama yapan, hastalarının endişelerine daha fazla duyarlılık gösteren, kendilerine güvence ve destek sunan, sağlık konularını daha iyi anlayabilen ve tedavi önerileri konusunda daha fazla kararlı olma eğilimi gösteren hekimlere yönelmektedirler (1).

Thiedke hekimlerin, hastalarının beklentilerini ortaya çıkarabilmek için yeterli zamanı ayırması, hastayla iletişimlerinin pozitif olması, hastaların düşüncelerini ve endişelerini ifade etmelerine olanak sağlaması gerektiğini belirtmiştir (14).

2.1.5. Hastayı Dinleme

İletişim, dinleme becerisinin etkin kullanımıyla gerçekleşmektedir. Dinleme türleri; bireylerin, bireysel farklılıkları ve ihtiyaçlarına istinaden, amaç, süre, ortam vb. faktörlere bağlı olarak kullanmayı tercih ettikleri dinleme faaliyetidir. Ayırt edici, estetik, etkili, eleştirel ve empatik dinleme literatürde öne çıkan sınıflamalardan

bazılarıdır. Hekim-hasta ilişkisinde etkili bir iletişim için; hekimin aldığı eğitim, bilgi ve tecrübesi kadar, dinleme becerisi de önemlidir. Bireylerin; dinleme becerilerinin eğitimle geliştirilebilmesi için, hangi dinleme türüne sahip olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Günümüz koşullarında; sağlık hizmetinin sunumunda, hasta başına ayrılan süre kısıtlılığı ve artan iş yükü ile, hekimlerin dinleme tercihleri de "işi vaktinde yetiştirme" yönünde değişim göstermiş gibi gözükmektedir. İletişimsizlik ya da kötü iletişim sağlık alanında zararlara neden olmaktadır. Kaliteli sağlık hizmetinin sağlanması için; iyi dinleme ile desteklenen etkili iletişim gerekmektedir. Birey etkili bir dinleyici olmadan önce; kendisiyle yüzleşmiş, iç görüsü gelişmiş ve kişisel sorunlarını çözmüş olmalıdır. Bireyin kendine vakit ayırması kendini dinlemesini ve tanımasını sağlar (15).

2.1.6. Hasta-Hekim İlişkisi

Hekimliğin yalnızca bir eğitim, meslek ve iş olmasından öte bir toplumsal konum ve yaşam biçimi olması; hizmet verilen hastalarla olan ilişkiyi de çok yönlü ve özel kılmaktadır. Hekim, uğraş alanı olan hastasını yalnızca biyolojik özellikleri açısından değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleriyle de değerlendirmek durumundadır (2).

Hekimler tanılarının % 60-80'ini iyi bir hasta-hekim görüşmesi ile koymakta, buna fizik muayene bulguları da eklenince bu oran % 90'a yükselmektedir. Halbuki hastalar psikososyal ve psikiyatrik problemlerinin 2/3'ünü tanımlayamamakta, hastaların yaklaşık yarısında yakınmalar hekim tarafından tam olarak fark edilmemekte, ana sorunun ne olduğu ile ilgili hasta - hekim arasında bir fikir birliği oluşmamakta ve yarısından çoğu da hekim önerilerine uymamaktadır (16).

Bireyin sağlığa olan eğilimi, endişesi ve korkuları dolayısıyla oluşan farklılıklar, hekimi ile kurduğu iletişimde değişkenlik gösterir. Güven ortamının oluşmadığı bir süreçte hasta, hekimle tam olarak bir iletişime girmekten kaçınır. Hekimin hastaya güven verdiği durumlarda ise hasta hekimi bir nevi sırdaşı olarak görür ve hiç kimseye söylemek istemediği problemlerini hekimiyle rahatlıkla paylaşabilir. Hasta ihtiyacı olduğu zamanlarda hekimine kolayca ulaşırsa bu durum hastaya psikolojik destek sağlar, ona güven verir ve onu rahatlatır. Dolayısıyla hekimin

hasta üzerinde kurduğu güven duygusu aynı zamanda sağlık iletişiminin de başarısına direk etki edecektir (12).

Hastalarıyla daha iyi iletişim kuran hekimlerin, sağlık hizmet sunumu daha iyidir. Özellikle doğru teşhisi koymak için bilgi paylaşımında, tıbbi uygulamalarda izin alma ve öngördüğü tedaviye tavsiyelerde sağlık hizmet sunumu ve sağlık hizmetinden yararlanım artmaktadır. Hastalığın tedavisinde, hekim ve hastanın fikir birliği arasında güçlü bir bağ vardır. Psikolojik destek, hastanın zihinsel sağlığını geliştirerek hem hastalığın mali yükünü azaltmakta hem de hasta memnuniyetini arttırmaktadır (17).

Yapılan bir çalışmada katılımcıların %28'i hekimleriyle iyi bir iletişim kurabildiklerini söylerken, %17'si kesin olarak hekimleriyle iletişim kuramadıklarını, %8'i bu konuda kararsız olduklarını, %34'ü iyi iletişim kurabilmelerinin hekimin yaklaşımına göre değiştiğini, %11'i ise hekimlerin genellikle kendilerini dinlemedikleri ve yeterli bilgilendirme yapmadıkları için aralarında iyi bir iletişim kurulamadığını düşündüklerini söylemiştir (17).

2.1.7. Etkin İletişim İçin Hastaların Hekimlerden Beklentileri

Hekim hastaya karşı güler yüzlü, sevecen, anlayışlı ve şefkatli yaklaşmalıdır. Hekim alçak gönüllü olmalıdır, hasta hekimin karşısında kendini rahat hissetmelidir. Hekim hastanın konuşmasına izin vererek, sorunlarını rahatça anlatmasını sağlamalıdır. Hekim hastasını dinlemeli ve ilgi göstermelidir. Hekim hastalarına değer verdiğini hissettirmelidir. Hastayla kırıcı olmadan, korkutmadan konuşmalıdır. Açıklayıcı ve bilgilendirici olmalıdır. Hekim bilgili ve tecrübeli olmalıdır. Hastaların kaygılarını gidermeye çalışmalıdır. Özel hastalarla diğer hastalar arasında ayrım yapmamalıdır. Hekimler hastalarla konuşurken tıbbi dil kullanılmamalıdır (18).

2.1.8. Etkin İletişim İçin Hekimlerin Hastalardan Beklentileri

Hasta sorunlarını rahatça ifade edebilmeli, sorulan sorulara net cevaplar verebilmelidir. Hekimden hiçbir şeyi gizlememelidir. Hekimine güvenmeli, onun kararlarının ve uygulamalarının dışına çıkmamalıdır. Hekimlerin çalışma koşullarını, iş yoğunluğunu anlamalı ve anlayış göstermeli, gereksiz yere hekimin zamanını

almamalıdır. Hasta, hekimden ilgi beklentisini abartmamalıdır. Saygılı, anlayışlı, uyumlu ve nazik olmalıdır (18).

Hekimlerin iletişim biçimi hastalar üzerinde birçok psikolojik yansıma oluşturmaktadır. Hastalıklar, bireylerin hastalık durumuna ve sonuçlarına ilişkin yeterli bilgisinin olmadığı ve hekimlerin bu konuda yeterli bilgi paylaşımına gitmemeleri nedeniyle bireyler üzerinde psikolojik gerginlik yaratan özel durumlardır. Bahsi geçen psikolojik gerginlikler özelikle hekimlerin görüşme zamanın kısıtlılığı, hastaların hastalıklara ilişkin aktarılan bilgileri anlayacak düzeyde olmamaları, hekimlerin kişilik yapılarından kaynaklanan kısıtlı iletişim becerisi ya da hastaları ile kendileri arasındaki sosyo-ekonomik farklılıklar (yaş, eğitim, kültür vb.) gibi faktörler nedeniyle hekimlerin; hastalıkların teşhisi ve tedavisi sürecine yoğunlaşmalarına ve hastaların psikolojik gerginliklerini göz ardı etmelerine sebep olmaktadır. Fakat hastaların tedavi sürecinde hissettikleri endişeyi, gerginliği azaltmak, ihtiyaçları olan duygusal desteği sağlamak hekimlerden ve sağlık hizmetlerinden memnuniyeti sağlayan en önemli faktördür. Hekimlerin hastaları ile kurdukları iletişiminden memnuniyetin, hastaların ve hekimlerin demografik özeliklerine göre farklılaşabileceği öngörülmektedir. Yürütülen çalışmalar, hastaların yaşı, eğitim düzeyi, cinsiyetleri, ırkı, sosyo ekonomik düzeyleri gibi demografik özelliklerinin hekimlerinin kendileri ile kurdukları iletişimden beklentilerini değiştirdiği buna bağlı olarak memnuniyet düzeyini etkilediğini ortaya koymuştur. Yaş değişkenine ilişkin olarak yürütülen çalışmalarda, hastaların yaşı ilerledikçe hastalanma oranı ve hekimi ziyaret sıklığının arttığı dolayısıyla hekimlerin yaşlı hastalar ile daha fazla etkileşime ve iletişime geçtikleri, buna bağlı olarak bu gruptaki hastaların hekimleri ile girdikleri iletişimden memnuniyetlerinin daha fazla olduğunu belirtilmektedir. Aynı kapsamda hekimlerin sosyo-ekonomik düzeyi kendileri ile aynı ya da benzeşik hastalar ile iletişim kurmayı yeğlediklerini buna karşın kendilerine göre eğitim düzeyi düşük hastalar ile teşhis koyma süreci dışında fazla zaman harcamak istemedikleri belirtilmektedir. Benzer şekilde hastaların cinsiyetlerinin iletişimden memnuniyeti etkilediği; kadınların hastalığa ve tedavisine ilişkin araştırmayı sevdiği, bu konularda konuşmaya daha istekli olduğu, bu nedenle hekimlerin iletişim tarzlarını daha titiz değerlendirdiklerini buna karşın erkeklerin ise yapı gereği konuşmaktan çekindiği hekimin aktardığı bilgiler ile yetindiği belirtilmiştir (19).

Kendisini birçok nedenler sebebiyle ifade edemeyen hasta ile zaman yetersizliği nedeniyle acele eden hekim arasında iletişim sorunu ortaya çıkabilir. Hekim ve hastanın ortak amacı; hastanın sağlığına kavuşması ve sürdürülebilir hale getirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, fiziksel, sosyal, psikolojik ve davranışsal açıdan tam bir iyilik haline getirilmesidir. Dolayısıyla aynı amaç için yola çıkan hekim ve hasta, tanı ve tedavi sürecinde de ortak hareket etmek, iş birliği yapmak, birlikte karar almak ve uygulamak sorumluluğu içindedirler. Hasta-hekim ilişkisinde üzerinde durulan dört önemli nokta; hasta-hekim etkileşimin amacı, hekimin yükümlülüğü, hasta değerlerinin rolü ve hasta özerkliği kavramıdır. Bu dört önemli nokta hasta ile hekim arasındaki iletişimin temelini oluşturur(13).

2.1.9. Güçlü Birinci Basamak

Etkin bir sağlık sisteminde, sağlık sorunlarının büyük bir kısmının birinci basamak sağlık kuruluşlarında çözümlenebildiği bilinmektedir. Araştırmalarda, birinci basamak sağlık hekimlerinin daha maliyet-ekin davrandığı saptanmış, bunun da hastalarla daha etkili iletişim kurmalarından kaynaklandığı değerlendirmelerinde bulunulmuştur. Akademik araştırmalara göre; hastalara koyulan kesin tanıların yaklaşık % 70 kadarı hastaların hikâyesine dayanmaktadır. Dinleme becerisini daha iyi kullanan sağlık çalışanları daha doğru kararlar vermektedir. Hastalarla iletişim becerisi bir öğrenme sürecidir. Dinleme becerilerini aktif olarak kullanan sağlık çalışanları, zamandan tasarruf etmektedir. Çünkü, iyi bir hasta öyküsü alma, yanlış hastalıkla uğraşma veya hastanın mükerrer olarak aynı hastalık için aynı doktoru ziyaret etmesini de önleyecektir (3).

Birinci basamak; ilk başvurulan birim olmak, sürekli hasta bakımını teşvik etmek, kapsayıcı bir yapıya sahip olmak ve ekipler arası koordinasyonu sağlamak gibi temel niteliklere sahiptir. Hasta ile yaşam boyu iletişim içinde olma felsefesini temel almaktadır. Güçlü birinci basamağa sahip olan ülkelerde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk sayılarının belirgin miktarda azaldığı ve aile hekimlerinin, hastaların büyük çoğunluğunun sağlık ihtiyaçlarına yeterli seviyede cevap verebildikleri görülmektedir (20).

2.1.10. Aile Hekimlerinin Rolü

Sağlıkta iletişim, aile hekimlerinin hasta başına ayırdığı zamanın daha fazla olması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin anahtar işlevi görmesi sebebiyle aile hekimliğinde diğerlerine göre daha etkilidir. Aile hekimliğinin disiplinler arası bir sağlık yaklaşımı olduğu düşünüldüğünde bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımını öngörür. Güvene dayalı iletişim kurar, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır. Hasta merkezli oluşunun yanında bütünleştirici, sürekli, aile ve topluma yönelik olması aile hekimliği uygulamasının önemli yapı taşlarındandır. Gittikçe artan orandaki yaşlı nüfusun temel sağlık hizmeti gereksinimleri, onları tanıyan ve kolay ulaşabilecekleri aile hekimleri vasıtasıyla çok daha etkili bir şekilde karşılanabilecektir. Aile hekimi; koruma, tedavi ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceklerini bilen ve topluma karşı da mesleki sorumluluğunun olduğunun bilincinde olan hekimdir. Sağlık hizmeti sunumunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitim verilerek geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimlerin ve diğer sağlık elemanlarının özendirilerek, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması yoluyla koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkeler ikinci basamakta yığılmaya engel olacak, bu sayede ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalar için yeterli zaman ayrılmasını sağlamış olacaktır. Dolayısıyla doğru zaman yönetimi açısından kurulacak iletişim boyutu bir kez daha hasta ve hekim açısından önemini ortaya koymaktadır (12).

Aile hekimliği yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin sağlık hizmeti sunar ve sağlık sisteminin giriş noktasında bulunmaktadır. Aile hekimlerinden beklenen hastaların sorunlarını, isteklerini, kaygısını anlamak ve önerilerde bulunarak doğru sağlık hizmeti almasına yardımcı olmaktır. Birinci basamak yönetiminde hastalarla ilk teması yönetmek, birey merkezli bakımda hasta ile etkili bir iletişim kurarak öncelikleri belirleyip ortak hareket etmek, anamnez, fizik muayene ve tetkikler ile amaca yönelik bilgi toplayarak özgün sorun becerisini kullanmak, hastanın birden fazla hastalığının, akut ve kronik durumların beraber yönetiminde kapsamlı yaklaşım göstermek, bireyin ve toplumun sağlık gereksinimleri arasındaki dengeyi kurmak,

bireyi bilişsel duygusal sosyal ve kültürel açıdan bütüncül yaklaşımla değerlendirebilmek etkin bir iletişim ile olasıdır (21).

ASM'lere hastalar muayene, kontrol, çeşitli sağlık raporları, enjeksiyon, pansuman, aşılama vb. çok çeşitli sebeplerle başvurmaktadır. Randevu sisteminin ülkemizde tam olarak oturmaması nedeniyle de özellikle belli saatlerde, bazı ASM'lerde tam gün yoğunluk oluşabilmektedir. Bu yoğunluk sağlık çalışanlarında tükenmişliğe neden olmaktadır. Tükenmişliğin bir sonucu olarak hekimlerin empati becerisini kullanma yetisi azalmaktadır. ASM'lerdeki yoğunluk ve hastaların bekleme süreleri, birim başına düşen nüfus azaltılarak ve etkin bir randevu sistemine geçilerek düşürülebilir. Aile hekimliği sisteminde randevulu hasta kabulü ile hastaların bekleme süreleri kısaltılarak hasta-hekim görüşmesini olumsuz etkileyebilecek faktörlerin bir kısmı elimine edilebilir (21).

2.1.11. Etkin Hasta-Hekim İletişimi İçin Önerilen Teknikler

Tıbbi öykü alırken etkili iletişimi desteklemek üzere hekimlerin kullanması için genel önerileri destekleyip özetleyen teknikler önerilmiştir. İngilizce LISTEN kısaltmasıyla tanımlanan yöntem bunlardan biridir:

L→ Etkin dinleme

I → Kişiler arası etkileşim

S→ Somatik, duyusal, algı ve hassasiyet

T→ Düşünce, biliş, zeka, sorun çözme, günlük yaşam, kişisel bakım

E→ Duygu, duygulanım, anlamlılık, uyum, tutarlılık

N→ Normal, şimdiki durum, kaynaklar, kişisel güçlülükler, iyileşme sürecine katılım (1).

Hasta- hekim iletişiminde sözsüz iletişimi hekimlerin kullanması için genel önerileri destekleyip özetleyen bir akronim önerilmiştir. Önerilerin İngilizce karşılıklarının baş harfleriyle oluşturulmuş bir akronim olan SOFTEN kelimesiyle tanımlanan yöntem şu şekildedir:

S→ Gülümsemek

O→ Ulaşılabilir şekilde oturmak

F→ Hastaya doğru eğilmek ve yaklaşmak

T→ Hasta ile temas

E→ Göz teması

N→ Baş ile hastanın ara ara onaylanması (1).

2.1.12. Hasta-Hekim İlişkisi Modelleri

Szasz ve Hollender, hasta-hekim ilişkisinde üç tür ilişki şekli tanımlamaktadır: 1. Etkinlik-edilgenlik temeline dayanan ilişki, 2. Yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan ilişki, 3. Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki (2).

Szasz ve Hollender'in psikoanalitik yaklaşımla tanımladığı hasta-hekim ilişkisi modelinden sonra, hastanın tıbbi kararlardaki rolü üzerinde hasta özerkliği ile sağlığı, hastanın değerleri ile hekimin değerleri arasındaki çatışma, ideal hasta-hekim ilişkisinin nasıl olması gerektiği sorusunu ortaya çıkardı. Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel bu sorudan yola çıkarak hasta-hekim ilişkisinde dört tür ilişki şekli tanımlamıştır: 1. Paternalistik model, 2. Bilgilendirici model, 3. Açıklayıcı model, 4. Görüşmeci model (10).

Emanuel ve Emanuel bilgi alışverişi, karar verme ve tedavi sürecinde hasta hekim ilişkisini açıkladığı dört model şu şekildedir:

1)Paternalistik model**:** Bu modelde hasta katılımı sınırlıdır ve hekim hastanın koruyucusu gibi davranmaktadır. Hekim hasta için neyin en iyi olduğunu söylemekte ve uygulamaktadır.

2)Bilgilendirici model: Hasta hekim iletişimindeki amaç, ilgili tüm bilgileri hastaya sunmaktır. Bu bilgiler ışığında hasta kendi değerlerine göre en iyi tedavi seçeneğini tercih edebilir duruma gelmektedir. Hekim burada yetkin teknik bir uzman gibi davranmaktadır.

3)Yorumlayıcı model: Hasta hekim iletişiminin amacı hastanın değerlerini yani ne istediğini belirlemek ve ortaya çıkan değerlerden yola çıkarak, mevcut tedavi yöntemlerinden birinin hasta tarafından seçilmesine yardım etmeyi içermektedir. Bilgilendirici hekim de olduğu gibi yorumlayıcı hekim de mümkün olan tedavilerin faydası ve riskleri ve mevcut durum hakkında hastayı bilgi ile destekler niteliktedir. Hekim bu modelde danışman gibi davranmaktadır.

4)Müzakereci model: Hastaya yardım etmek için klinik durumda fark edilebilen sağlık ile ilgili en iyi değerler belirlenmekte ve seçilmektedir. Hasta bilgilendirilerek ikna

edilmekte ve sonucunda seçtiği tedavi uygulanmaktadır. Hekim burada arkadaş ve ya öğretmen gibi davranmaktadır (9).

Paternalist modelde, hekim hastaya en iyi tedavi yöntemini belirtmekte ve hastayı seçici bilgilendirmeyle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu modelde hekim hasta için en iyiyi kendisinin bildiği iddiasındadır. Bilgilendirici modelde hekim alternatifleriyle beraber tedavi yöntemlerini hastaya sunar ve bunlardan bir tercih yapmasını hastadan talep eder. Bu modelde doktor, hastaya kendi kararını vermesi için yardımcı olan "teknik uzman" konumundadır. Yorumlayıcı modelde, hekim hastasının ne istediğini anlamaya çalıştıktan sonra bunu hastasına açıklayarak paylaşır ve hastasının ne istediğini hastasıyla birlikte yorumlar. Yorumlayıcı modelde en iyi tedavi yöntemine, "hastayla birlikte" karar vermeye çalışılır. Son model müzakereci model olup, karşılıklı görüşme sonucu hekim hastasına en iyi ve olması gerektiğine inandığı tedavi yöntemini söyler ve hastasıyla bu durumu tartışarak, onun kafasındaki soru işaretlerini kaldırmaya çalışır ve bunun neticesinde de hastasının tatmin olmasını sağlar (3).

"Hastalık yoktur hasta vardır" sözü her hasta için aynı ilişki modelinin kurulması yerine hastaya göre ilişki türünün belirlenmesi olarak da yorumlanabilir. Her hastayla kurulacak ilişkinin türü farklı olabilir. Ancak bu ilişki türü belirlenirken öncelikle hastanın yararına dayanılarak hareket edilmesi gerekli görülmelidir (2).

2.1.13. Hekim Merkezli Yaklaşımdan Hasta Merkezli Yaklaşıma

Günümüzde bilgiye erişimin artmasıyla birlikte, kişilerin kendi sağlıklarını yönetmeye ve hastalıklardan korunmaya odaklanması, sağlık alanında da bilgi araştırılmasını ilgi çekici hale getirmiştir. Hasta ile hekimin ortak karar aldığı, modern hasta-hekim iletişimine doğru bir eğilim meydana gelmiştir. Bu iletişim şekli çerçevesinde, hastanın aktif katılımının sağlanması ve bilinçli olması çok önemlidir (22).

Toplumsal kalkınma ile birlikte sosyo-ekonomik düzeyin artması, yaşam kalitesini arttıran tıp teknolojileri, hasta haklarının gelişmesi, hastaların hakları konusunda bilgi düzeylerinin artması, hak arayışı anlayışının gelişmesi, insan haklarına verilen değerin hekim ve hasta hastalar açısından pozitif bir etki yaratması,

hukuksal boyutta hekim ve hastalara sorumluluk ve yaptırımların uygulamalarının yaygınlaşması, hukuksal zorunluluklar, endüstriyel alandaki kalite anlayışının sağlık hizmetlerine uygulanması ve yayılması, sağlık okuryazarlığındaki artış, kamu kurumlarının iletişim merkezleri aracılığıyla şikayet mekanizmalarının varlığı hekim-hasta ilişkisini Emanuel'in paternalistik modelinden uzlaşmacı modele doğru dönüştürmektedir. Sağlık hizmetlerindeki yeterli ve etkili iletişimden de beklenen Emanuel'in uzlaşmacı modeli çerçevesindeki iletişim şeklidir. Bu da hekim hasta arasındaki memnuniyeti arttıracak bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (17).

Hekim hasta ilişkisinde iki farklı paradigma söz konusudur: hekim merkezli ve hasta merkezli. Daha yaygın olan hekim merkezli tıp uygulamalarında, teşhis-tedavi sürecinde aktif, yönlendirici, hatta belirleyici olan hekimdir. Hasta merkezli tıp uygulamasında ise, hastalara sorunlarını rahatça ifade edebilmeleri için yeterli süre verilir, kafalarındaki her türlü soruyu sormaları için cesaretlendirilir, yakınmaları ve sağlığı hakkında ayrıntılı sorular sorularak hastanın hastalığıyla ilgili tüm algı, düşünce ve yorumları öğrenilir. Hekim hasta yerine karar vermek yerine, hastanın doğru kararı verebilmesi için onu bilgilendirmeli, farklı seçenekleri, alternatif yaklaşımları olumlu ve olumsuz yönleri ile birlikte hastaya açıklamalıdır (16).

Alışılagelmiş hekim odaklı tıp uygulamalarında teşhis-tedavi sürecinde aktif, yönlendirici ve belirleyici olan hekimdir. Burada hekim mevcut bilgi ve birikimlerinin doğrultusunda hastayı muayene eder, teşhis ve tedavi için gerekli bulduğu tetkik ve müdahaleleri planlar ve hastanın bunlara uymasını beklemektedir. Hasta tümüyle inisiyatifi hekime verir ve edilgen bir konumda bulunmaktadır. Hasta odaklı tıp pratiğinde ise hasta tamamen hekim otoritesi altında bulunmamaktadır. Hastaya problemlerini rahatça ifade edebilmesi için yeterli süre verilir; aklındaki her türlü soruyu sormaları için cesaretlendirilir. Şikayetleri, ruhsal ve bedensel sağlığı hakkında ayrıntılı sorular sorularak hastanın tüm düşünce, algı, tutum ve yorumları öğrenilir. Hekim bir yandan tanı koymaya çalışırken; diğer yandan hastalığın hasta tarafından nasıl algılandığını, hastanın yaşamında nasıl değişiklikler meydana getirdiğini, onun için ne anlam ifade ettiğini öğrenmeye çalışmaktadır. Yani hekim, hasta perspektifine önem vermektedir (23).

Hasta merkezli iletişimin (HMİ) amacı; hekimlerin, hasta değerleri, ihtiyaçları ve tercihleri ile uyumlu bakım sağlamalarına ve hastaların sağlık ve sağlık bakımı ile

ilgili kararlara aktif katılımlarını sağlamalarına yardımcı olmaktır. HMİ, yüksek kaliteli sağlık bakımının, merkezi bir bileşeni olarak yaygın bir şekilde desteklenmektedir. Ancak HMİ'nin, ne olduğu ve nasıl ölçüleceği açık değildir. Bu anlamda HMİ, dört iletişim alanı içerir: Hastanın bakış açısı, psikososyal içerik, hasta-hekim arasındaki ortaklığı ve anlayışı geliştirmek, güç ve sorumluluk paylaşımıdır. Birincisi hasta bakış açısı; hastanın endişelerini, düşüncelerini, beklentilerini, ihtiyaçlarını ortaya çıkarmak ve anlamayı içermektedir. İkincisi psikososyal içerik, hastayı kendine özgü psikososyal bağlam içerisinde anlamayı içermektedir. Üçüncüsü hasta-hekim otaklığı, hastaların sorunlarının çözümünde ortak bir anlayışa ulaşmayı ve hastanın değerleriyle uyumlu olan hasta tedavisine ulaşmayı içermektedir. Dördüncüsü güç ve sorumluluk; hastalara, istedikleri dereceye kadar seçimlerine katılarak güç ve sorumluluğu paylaşmalarına yardımcı olmayı içermektedir (24). Hasta odaklı iletişimin, geleneksel paternalizm yerine hekimler ile hastalar arasında bir çözüm ortaklığı kurulmasına katkı sağladığı belirtilmektedir (25).

Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta güvenliği konuları oldukça önem kazanmış ve hasta odaklı sağlık bakım hizmeti kaliteli sağlık hizmeti sunumunun temel bileşeni olarak belirlenmiştir. Hasta odaklı sağlık bakım hizmeti hastanın değerlerine, ihtiyaçlarına ve tercihlerine yönelik olarak; hasta, hasta yakını ve sağlık hizmeti sunucuları arasında işbirliğine dayanan bir bakım hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Hasta ile sağlık hizmeti sunucuları arasında etkili iletişim kurulması, hasta odaklı sağlık bakım hizmetinin temel gerekliliğidir (26).

Strupp'un hasta-hekim ilişkisinde ileri sürdüğü vazgeçilmez dört temel etmen olan "Sabır - Eşduyum-Anlayış-Saygı"ya "İlgi"de eklenebilir. Erişkin bir hastayı, kendisi ve hastalığı konusunda olgun bir sorumluluk taşımaya doğru eğitirken, hastanın bağımlılık gereksinimlerini, hekimden destek alma isteklerini de göz önünde bulundurmak gereklidir. Gerektiğinde hekim sorumluluk üstlenme yürekliliğini göstermelidir (27).

2.1.14. Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar

Hekim ve hastası arasındaki ilişki birçok faktörün etkisi altındadır. İlişkinin özelliğini belirleyen, bazen hekim özellikleri olabildiği gibi bazen de hasta özellikleri

olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelliği genelde ilişkinin kurulduğu toplum ve ortama göre değişkenlik göstermektedir (28).

Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar birkaç başlık altında toplanabilir:

1. Hasta hekim arasında kurulan ilişki modeli
2. İletişim
3. Bütüncül yaklaşım (hastanın biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi)
4. Güven
5. Hekimin ve çağın hastalık kavramı, tanı ve tedavi yöntemleri
6. Hekimden kaynaklanan durumlar
7. Hastadan kaynaklanan durumlar
8. Hastalıktan kaynaklanan durumlar
9. Sağlık sisteminden kaynaklanan durumlar
10. Bilimsel ve teknik gelişim-teknoloji
11. Tıp etiği eğitimi (29).

Hasta ve hekimin ortak amacı hastanın içinde bulunduğu sağlık sorununu çözüme kavuşturmaktır. Bu amaç doğrultusunda bilgi alışverişi en önemli unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekim ve hasta iletişiminde hastanın açık, net ve samimi cevaplar vermesi hastalığın tanısının ortaya konulmasında kolaylık sağlamaktadır. Çünkü doğru tanıların konulmasında %56-85 oranında hastaların geçmişte yaşadığı hastalıkların bilinmesi etkili olmaktadır. Bu bilgi alışverişinin sağlıklı olabilmesi için hekimin hastaya karşı daha duyarlı yaklaşması ve onu daha rahat hissettirecek bir ortam yaratması gerekmektedir. Hekimler hastanın rahat edeceği ortamı sadece sözlü değil sözsüz iletişimle de sağlayabilirler. Sözsüz iletişimde, hekimin hastasını dinlerken başka şeyle ilgilenmemesi, acele davranmaması, göz teması kurması gibi davranışları hastayı rahatlatmakta ve başlayacak olan tedavisinin ilk aşamasını oluşturması açısından oldukça önemli görülmektedir (30).

Hasta- hekim ilişkisinde hastanın hekimine güven duyması tanı ve tedavi sürecinin etkinliği için birinci koşuldur. Bilinmeyen ve yabancı olandan korkmak insanın doğasında vardır. İlk karşılaşmada hekimde de, hastada da bir yabancı ve bilinmeyenle karşılaşmış olmanın korkusu ve çekincesi olabilmektedir. İletişim

sırasında hasta, kendi şikayetleri, tanısı, prognozu ya da tedavisi ile ilgilenirken, hekim de, doğru tanı - tedavi ile ve hastaya bu durumu nasıl açıklayacağı ile ilgilenir. Hasta ve hekimin bakış açılarının ortak noktası hastayla ilgili çıktılardır (16).

Empatinin iletişim kalitesini ve derinliğini artıran önemli unsurlardan biri olduğu bilinmektedir. Mesleki gereklilik olarak hastalarla devamlı birebir iletişim kurmakta olan hekimlerin bu konuda yetkin olması önemlidir. Etkili empatik iletişim, hasta-hekim ilişkisinin terapötik etkinliğini artırmakla beraber; empatinin uygun kullanımı, klinik görüşmeyi kolaylaştırır, bilgi toplamayı arttırır ve hastayı onurlandırır (31).

En etkili ve güvenilir iletişim olan empatik iletişim, insanın başkalarına bağımlı olduğu hastalık dönemlerinde çok daha önemli boyutlar kazanır. Bu yaklaşımla hastanın iletişime katılması desteklenir. Böylece hekimin, hastanın içinde bulunduğu durumu anlamasını sağlamak, hekimin hasta bakımındaki etkisini artırmak ve hasta ile hekim arasındaki uyumu desteklemek olanaklı olur (17).

Hekimin kendine gösterdiği önem, temizlik ve ilişkilerdeki jest ve mimikler de hasta hekim arasındaki ilişkilerde etkili olmaktadır (32).

İletişimin yanında, güven duygusu da hastalarda hekim algısını değerlendirmek için irdelenmesi gereken bir faktördür. Hekimin hastasına karşı her zaman dürüst davranacağı ve hekimin kendisine güvenen hastasının haklarını gözeteceği beklentisi ile hasta; bedenini, iç dünyasını, kendisi ile ilgili sırlarını hekimi ile paylaşır ve mahremiyetine hekimin girmesine izin vermektedir. Hasta ile hekim arasında gelişen kaliteli güven sonucunda hasta tedaviden yarar görmektedir (33).

Muayene ve tedavi sürecinde güven duygusunu inşa ederken hekime birtakım sorumluluklar düşmektedir. Hekim hastanın yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyokültürel durumunu dikkate almalıdır. Hekim terminolojik terimleri daha az kullanarak hastanın anlayabileceği bir dil ve üslupla iletişim sürecini şekillendirmelidir. Ancak bu durum bazen göz ardı edilebilmektedir. Bazı durumlarda hasta hekimin söylediğini anlayamamasına rağmen utandığı, çekindiği veya korktuğu için hekime tekrar sormaz veya soramaz. Bu durum hekim-hasta iletişiminde bir engel teşkil etmektedir. Bu yüzden hekimin muayene sürecinde hastaya birçok soru yöneltmesi, hastayı dikkatle dinlemesi gibi farklı yöntemlerle bu problemleri çözmesi gerekmektedir. Aksi takdirde

hekim ile hasta arasında istenen düzeyde iletişim sürecinin sağlanması pek de mümkün olmayacaktır (12).

Sağlık sisteminin pek çok çıktısı hekim-hasta iletişiminin niteliğinden yakından etkilenmektedir. Hekim-hasta ilişkisi sadece konunun taraflarını değil, geniş anlamda tüm toplumu ilgilendiren önemli bir olgudur. Karşılıklı iyi bir ilişkinin kurulması, sadece bilgi transferi ve tedavi ile ilgili süreçleri değil, aynı zamanda hekim tatmini, hasta memnuniyeti, toplum sağlığı gibi konuları da yakından etkilemektedir (34).

2.1.15. Hasta-Hekim İlişkisindeki Sorunlar

Tüm insani ilişkilerde olduğu gibi, hasta-hekim ilişkisinde de çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Tanıların %70'inin iyi bir hasta-hekim görüşmesi sonucunda konduğu kabul edilmekte, doğru kurulabilen iletişim sayesinde hasta memnuniyetinin arttığı ve tıbbi müdahalelerden olumlu sonuç alma şansının arttığı bilinmektedir (35).

Sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki iletişim doğası gereği sorunludur. Sağlık profesyonelleri açık bir şekilde iletişim kurmak için terminolojiyi kullanma eğilimindedirler. Hastalar, tıbbi terminolojiye aşina olmadıkları ve kendi sağlık sorunlarıyla meşgul oldukları için tıbbi bilgileri anlamakta zorlanmaktadırlar. Tüm okuryazarlık seviyelerindeki insanlar sağlık bilgilerini anlama ve kullanma konusunda sorun yaşamaktadır (36).

Hekim hasta görüşmesinde, hastanın kaygıları hekim tarafından anlaşılmadığında veya problem açıklığa kavuşmadığında hastada anksiyete oluşmasına neden olmaktadır. Hekim ile hasta arasında yeterli iletişim sağlandığında hastanın hissettiği psikolojik baskı azalmaktadır. İletişim becerilerinin yeterince kullanılmadığı, hastaların hekimi tarafından tam olarak dinlenmediği durumlarda, hastalar da hekimleri dinlememektedir. Karşılıklı anlaşmazlıkların baş gösterdiği bu durumda hekimler daha fazla ekonomik kayıp ve zaman kaybına neden olan laboratuvar/tetkik sonuçlarına göre hastayı değerlendirme yoluna gitmektedir. Bunun sonucunda etkili bir iletişim ile daha kolay tanı koymak yerine, hasta memnuniyetinin azaldığı, daha fazla efor ve maliyetin meydana geldiği kısır döngüye girilmektedir (37).

İletişim kişilerarası ilişkilerde anahtar görevi görür ve kişilerarası süreçte zaman zaman iletişimi güçleştiren durumlar yaşanabilmektedir. Kişilerarasında yaşanan ve iletişimi engelleyen zor durumların; hekimden, hemşireden, hastadan, hastalıktan, tedavinin başarısızlığından, sağlık sistemindeki sorunlardan ve sosyal destek yetersizliği gibi etkenlerden kaynaklandığı belirtilmiştir. Literatürde, iletişimi engelleyen davranışları olan hastalar "zor hasta" olarak tanımlanmaktadır (38). İletişimsizlik ya da kötü iletişim sağlık alanında geri dönüşü olmayan zararlara neden olmaktadır. Ayrıca, bu durum sağlık çalışanından kaynaklı ise, toplumda sağlık çalışanlarına ve hastaneye karşı olumsuz yargılar oluşması yanında güvensizliğe de neden olabilmektedir. Hastadan kaynaklı ise de, sağlık çalışanları ile çatışma yaşanır ve sağlık çalışanları tarafından zor hasta gurubu olarak değerlendirilmektedir. Hastanın iyileşme ve uyum süreci uzamaktadır. Olumsuz iletişim her iki tarafı psikolojik yönde etkiler (13). Günümüzde, sağlık çalışanları ve hastalar arasında kronik bir iletişimsizlik sorunu yaşandığı açıkça görülmektedir. Sağlık çalışanları aleyhine açılan davalarda görülen artış trendine ilave olarak CİMER gibi şikâyet hatlarına yoğun talep de bu iletişimsizliğin basit yansımaları olarak karşımıza çıkmaktadır (14).

Yapılan araştırmalarda hastaların büyük bir çoğunluğunun hekim ile karşılıklı iletişiminden memnun olmadığı, bu memnuniyetsizliğin kaynağının da teknik yetersizlikten ziyade etkisiz iletişimden kaynaklandığı görülmüştür (39).

Gelişen teknoloji ve değişen sağlık sistemleri de bu iletişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Nitekim hekim-hasta ilişkisinin insanî vasfı ikinci planda kalmakta; hasta tetkik ve tahlil edilecek, teknik ve tıbbi bilgiler ışığında, bozulan kısmı "onarılacak" bir nesne konumuna indirgenmeye çalışılmaktadır. Oysa hekim hastayla ilişkisinde, karşısındakinin sadece organlardan ibaret bir beden olmadığını dikkate aldığı ve duygularını, düşüncelerini göz ardı etmediği sürece onu bedenen ve zihnen sağlığa kavuşturabilecektir (34).

Başol, hastanelerde yaşanan iletişim sorunlarını dört maddeye ayırmıştır:

1. Hekimden kaynaklı durumlar: Hasta, doktorun odasına girdiğinde doktorun beden dili, kıyafeti, dış görünüşü, oturma pozisyonu; kullandığı kelimeler, karakteri, tutumu hasta-hekim arasındaki iletişimi etkilememektedir. Bunların yanı sıra doktorun maddi

ve manevi iş doyumu, o gün içinde bulunduğu ruh hali, hasta sayısı, mesleğe bakış açışı ve tükenmişlik durumu da yine hastaya olan yaklaşımında anahtar rol oynamaktadır.

2. Hastalardan kaynaklı durumlar: Hastanelere (tedavi masraflarını karşılayacak ekonomik güce ve statüye bakılırsa özellikle devlet hastaneleri) gün içinde farklı demografik, sosyokültürel, kişilik yapısı, gelir seviyesi ve inanç düzeylerinden tedavi olmaya gelmektedir. Her kişi aynı davranışa, aynı hastalığa aynı tepkiyi vermemektedir; aynı tepkiyi vermesi de beklenmemelidir. Bu gibi nedenlerle hasta-hekim ya da hasta-sağlık çalışanları arasında gerilimler yaşanmaktadır.

3. Hastalıktan kaynaklı durumlar: Hastalık sadece fiziksel sorunlardan ibaret değildir, hastanın psikolojisini etkilemekte, sosyal yaşamını kısıtlamakta ve ekonomik açıdan da sarsmaktadır.

4. Sistemden kaynaklı durumlar: İnsanlar hastalık sürecinin getirdiği çeşitli sorunlarla baş edebilmek için desteğe ihtiyaç duymaktadır. Devletin desteği ve sağlık güvencesi bu durumda öne çıkmaktadır. Ne yazık ki sağlık güvencesi olmayan, yetersiz olan, sağlık hizmetlerinden herkes gibi yararlanamayan bireyler de vardır ki sağlık sistemindeki bu eşitsizlik iletişim sorunlarına da yol açmaktadır (10).

Hekimlerin hastalarıyla olan ilişkilerinde tıbbi terminolojiyi sıkça kullanmalarının iletişim sorunlarına neden olduğu sıklıkla dile gelse de yaşanan sorunları sadece hekimlere ve onların tıbbi terminoloji kullanmalarına yüklemek doğru değildir. Çünkü gönderme becerisinin sözcükler, beden dili ve sesten oluştuğu göz önünde bulundurulursa; iletişimde kelimelerin payı sadece %10, ses tonu % 30, beden dili ise %60 olarak açıklanmaktadır. Sözsüz iletişimi meydana getiren unsurları ise fiziksel özellikler (hekim, hasta ve bulunulan ortama ait), dil özellikleri (sesin yüksekliği, konuşmanın hızı gibi), beden dili, kişiye ait özellikler (yaş, cilt rengi ve sağlık durumu gibi), dokunma, artefaktlar (giysi ve aksesuarlar) ve çevresel faktörler (mobilya, dekor vb.) olarak sıralamak mümkündür (34).

Son zamanlarda istenen tetkikler ve yapılan ameliyatlar artmış fakat hekimlerin hastalarla olan görüşme süreleri kısalmıştır. Nitelikten çok nicelik önem kazanmış, bu durum doktorlara olan güveni ve hastalarla iletişimi olumsuz yönde etkilemiştir. Randevu ile hastaneye gelme, yeşil kart uygulamaları, sosyal güvenlik kurumlarının

birleşmesi gibi olumlu gelişmelerin yanı sıra performans sistemi hastalar ile hekimleri karşı karşıya getirmiştir. Uzun saatler yoğun çalışma temposuna maruz kalan hekimlerle sıra beklemiş ve rahatsızlığı sebebiyle sabrı azalmış hastaların iletişimi elbette ki karşılıklı toleransı, her iki tarafın da empati kurmasını gerektirmektedir. Hekimler zaman baskısı altında daha çok hastaya bakmak, teşhis ve tedavi etmek zorunda kalırken kısa zaman içinde muayenesi biten hastalar kendileriyle yeterince ilgilenilmediği kanısına varmakta ve zaman zaman da şiddete başvurmaktadır (40).

Kurumlarda her zaman iletişim sorunları yaşanabilir. Çalışanlar hem hastalarla hem de kendi aralarında çeşitli iletişim kazaları ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Problemin kaynağı her ne sebepten olursa olsun bu durum sonuçları itibari ile sağlık kurumlarında kişilerarası iletişimde büyük sorunlara neden olabilir. Sağlık çalışanları, sağlık kurumlarında iletişimi olumsuz yönde etkileyen ya da iletişime ket vuran birincil unsurların teknik sebeplerden ziyade insani sebepler olduğunu vurgulamaktadır. İnsan kaynaklı olabilecek iletişim kazaları ast/üst, yatay/dikey ilişkilerin oluşturduğu ilişkiler bağlamında; yanlış anlama, algılama ve yorumlama gibi nedenlere bağlı olarak alınma, darılma, öfke, tavır koyma, öç alma, hatta mobbinge varan pek çok sebep insan kaynaklı iletişim akışını engelleyen davranışlar olarak gösterilebilir. İnsan merkezli iletişim problemleri kurum içi çalışanlar arasında oluşacağı gibi dışarıdan gelenlerden de (hastalar ve hasta yakınları) kaynaklanabilmektedir. Sağlık çalışanlarının yaşadığı iletişim sorunlarına ilişkin bulgular irdelendiğinde yaşanan iletişim sorunlarının geneli; önyargı, empati eksikliği, dinlememek, talimatlara uyulmaması, benmerkezcilik ve göz teması kurulmaması çalışmaya yansıyan sebepler olarak gösterilmiştir (8).

Sağlık kültürü açısından konuya odaklanıldığında hekim ile hasta/hasta yakını arasındaki iletişimsizliğin temel kaynaklarından birinin kültür olduğu görülür. Özellikle hekimlerin kültürel habitusları ile toplumun kültürel dokusu arasındaki uyuşmazlık temel bir sorun olan eksik iletişimi doğurmaktadır (11).

Nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması da iletişimin başarısını olumsuz etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, birtakım riskleri beraberinde getirmekte, verilen sağlık hizmetinin istenilen sonuca ulaşmasına engel olmaktadır. Bu alanda sağlanacak ilerleme sayesinde bireysel davranışlarda olumlu değişimler yaşanırken, toplumsal alanda da sağlık hizmetlerinin ve sağlığa

ayrılan kaynakların rasyonel kullanımı mümkün olabilecektir. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, bireylerin daha sık hastaneye gitmelerine ve bunun sonucunda da daha fazla sağlık harcaması yapmalarına, gereksiz tedavilere maruz kalmalarına neden olabilmektedir (4).

Günümüzde, bilginin elde edilmesi ve erişiminin artımıyla birlikte, kişilerin kendi sağlıklarını yönetmeye ve hastalıklardan korunmaya odaklanması, sağlık alanında da bilgi araştırılmasını ilgi çekici hale getirmiştir. Günümüzde hasta ile hekim ortak karar aldığı, modern hasta-hekim iletişimine doğru bir eğilim vardır. Bu iletişim şekli çerçevesinde, hastanın aktif katılımının sağlanması ve bilinçli olması çok önemlidir. Hasta, hekime başvurmadan önce ya da hekimden hastalığını öğrendikten sonra arama davranışını gerçekleştirir. Elde edilen sağlık bilgisinin içeriği ve kalitesi, hastanın tıbbi bilgiyi kullanma ve kendileriyle ilişkilendirme becerisine göre, bu davranış olumlu ya da olumsuz sonuçlanabilir. Doğru sağlık bilgisi kişilere destek verici bilgi sağlar, kişilerin sağlık durumlarıyla ilgili şüphelerinin azalmasını ve daha kolay başa çıkmalarına yardımcı olur. Bilgi arayan hastaya, hastalığıyla ilgili yetki ve sorumluluk sağlar, utandırıcı sorularına cevap bulmaya çalışır ve hekime düşen bilgi verme yükünü azaltabilmektedir. Buna ek olarak internet, kendilerini benzer sağlık durumlarında bulan, hastalara sağlık güçlüğü çeken bireyler için güçlü, yüksek erişilebilir bir destek tabanı oluşturan geniş bir hasta topluluğu sağlamaktadır. Ayrıca, artan hasta bilgisinin hekim hatalarını azaltmaya yardımcı olması mümkündür. Bilgi edinen hastalar sağlık hizmetleri kaynaklarını daha doğru kullanabilir ve kendilerine önerilen tedavi planlarına uyma olasılıkları daha yüksektir. Bilgi sayesinde hastaların öz-farkındalığı gelişerek hastalıkları üzerindeki kontrolü artabilir. Bunun yanında doğru olmayan ya da yanlış yorumlanan sağlık bilgisi ise sağlık davranışlarını ve sağlık sonuçlarını tehlikeye atabilir ya da klinik müdahaleler için uygun olmayan talepler ile sonuçlanabilir. Son zamanlarda hastalar hekime gelmeden önce daha fazla bilgiye erişebilmektedir. Karmaşık bilgiler edinmiş meraklı hastalara da hekimin sınırlı vakti vardır. Hastaların gereksiz soruları, gereksiz test ve tedavi isteklerinden kaynaklanan zaman ve para kaybına yol açmaktadır. Sağlık bilgisi arama davranışı, hasta-hekim ilişkisini de etkilemekte ve bazı konularda hekimi endişelendirmektedir; çünkü hastanın bilgi kaynağı yanlış olabilir, yanlış anlayabilir ya da öğrendiği bilgi yanlış olabilir. Hastanın kafasında birçok soru oluşabilir ve bu da hem görüşmenin

uzamasına hem de hastada gereksiz anksiyeteye sebep olabilir. Ayrıca hastanın hekime duyduğu güven etkilenebilir ve olumsuz bir durumda hasta ve hekim arasında tartışmalar nedeniyle, hasta memnuniyetsizliği ile sonuçlanabilir. Bu nedenlerle hekimler, sağlık bilgisi arayıp gelen hastaya kendilerine göre en uygun iletişim stratejisini uygularlar: Hekim hastanın söyleyeceği bilgiyi reddedebilir, bilgiyi yok sayabilir veya bilgiyi kabul edebilir (41).

Hastaların, medyanın da etkisinde kalarak yersiz yere ileri teknoloji gerektiren bazı testler talep etmeleri, doktorlarla bu konuda çeşitli tartışmalara girmeleri, doktorları mutsuz kılarken, hastalar da taleplerinin karşılanmadığından yakınmaktadırlar (3).

2.1.16. Hasta-Hekim İletişiminin Düzeltilmesi İçin Öneriler

Sağlık hizmeti verilen kurumlara müracaat eden hasta ve yakınlarının çok farklı yaşam tarzına, tecrübesine ve diğer bireysel özelliklere sahip olması iletişim problemlerinin sağlık personelinin yanı sıra bireylerin de iletişim becerileriyle ilişkili olduğunu düşünmemizi gerektirmektedir. Bu aşamada bireylerin bilgi seviyesi, bireysel özellikleri kimi zaman inançları iletişim problemlerinin çözümü noktasında önem kazanmaktadır (9).

Sağlık iletişimi alanında yapılan bilimsel çalışmalar arasında Uluslararası Sağlık İletişimi Konferansında iletişim uygulamaları ve sağlık iletişimine yönelik hazırlanan Toronto Mutabakat Bildirisi sağlık iletişiminde yaşanan problemlerin çözümüne katkı sağlayacak niteliktedir. Bildiride yer alan başlıklar şu şekildedir: 1. Medikal uygulamalarda iletişim problemleri önemli ve yaygındır. 2. Hasta kaygısı ve memnuniyetsizliği belirsizlik ve bilgi, açıklama ve geribildirim eksikliği ile ilişkilidir. 3. Doktorlar genellikle hastaların almak isteği bilgi türünü ve miktarını yanlış anlamaktadır. 4. Klinikle ilgili iletişimin geliştirilmesi olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. 5. Çözülemeseler bile, hasta kaygılarını anlamak ve açıklamak kaygıda düşüşe neden olmaktadır. 6. Hasta tarafından daha büyük katılım, memnuniyeti, uyumu sağlamakta ve tedavi sonuçlarını iyileştirmektedir. 7. Yeterli bilgi aldıklarını anladıkları zaman ciddi hastalığı olan hastalarda psikolojik endişenin düzeyi daha azalmaktadır. 8. Aşırı derecede uzatmadan, ilgili tekniklerin öğrenilmesi şartıyla klinik

uygulamalarında faydalı klinik iletişimi düzenli olarak mümkündür ve normal klinik karşılaşmalar sırasında elde edilebilmektedir (9).

Son 25-30 yılda tüm dünyada Tıp Fakültesi öğrencilerine yönelik olarak iletişim becerilerinin, içgüdüsel olarak zaman içinde kazanmalarını beklemek yerine, yapılandırılmış bir programla kazandırılmasının gerekli olduğu görüşü hakim olmaya başlamıştır (42).

Araştırmalar, tedaviye uyum, hastanın tedaviye aktif olarak katılımı ve başarılı sağlık sonuçlarına ulaşmak için sağlık hizmeti veren kişinin empati becerisini, profesyonel-hasta etkileşiminde anahtar unsur olarak tanımlamaktadır. Hekimlerin kötü haber vermek, ilaç kullanmaya karşı direnç gelişimiyle baş edebilmek, etik sorunları barındıran özel durumları hasta ve hasta yakınlarıyla paylaşmak, sorunlu hastayla uğraşmak, ölümcül hastalar ve yakınlarıyla tanı sürecini paylaşmak gibi zor durumlarda hekimlik uygulamaları için eğitimleri süresince hazırlanmaya gereksinim duydukları kabul edilmektedir. Bu anlamda, hekimin hastasıyla kurduğu ilişkinin temeli olarak kabul edilen iletişim becerilerinin klinik bilgi ve beceri eğitimini destekleyecek şekilde tıp eğitimi programlarına yerleştirilmesi önerilmektedir (43). Hekimlerin temel tıp eğitimlerinin yanında davranış, iletişim ve empati gibi konularda da eğitim alması gerekmektedir. Özellikle empatinin tıp fakültelerine eğitim müfredatına eklenmesi önerilmektedir (10).

Hasta-hekim ilişkilerinin geliştirilmesi için öncelikle tıp fakültesi öğrencilerinin ve hekimlerin etkileşimsel farkındalıklarının, video çözümlemeleri kullanarak, yansıtıcı ve geribildirim içeren bir modelle gelişimi sağlanmalıdır (44). Bir çalışmada sanatsal faaliyetlerle ilgilenmenin sosyalleşme, paylaşım ve iletişim kurma becerilerine dayalı olarak hasta–hekim iletişimini geliştirmede önemli katkılar sağladığı tıp öğrencileri tarafından ifade edilmiştir (45).

Tıp fakültesi öğrencilerin bir çoğunun tıp fakültelerine başlamadan önce aile sağlığı merkezlerini ve aile sağlığı merkezlerinin kimlere hizmet verdiğini bilmedikleri görülmüştür. Oysa birinci basamak sağlık kurumları olan ASM'leri tanıma ülke sağlık sistemini tanıma anlamına gelmektedir (46).

Bir çalışmada; hasta hekim ilişkilerinde sağlıklı bir iletişim kurmak için hekimlere yöneltilen sorulara alınan yanıtlar sonucunda; sağlık iletişimi eğitimlerinin hem hekimlere hem de hasta ve hasta yakınlarına belli programlar çerçevesinde

verilmesi gerekliliği öne çıkmaktadır. Zira hastanın iletişim araçlarını doğru kullanmayı öğrenmesi; hekimlerin ise hasta ve hasta yakınlarına yaklaşımlarının bu eğitimler üzerinden yürütülmesinin çok önemli sonuçlar doğuracağı anlaşılmaktadır (12).

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Sağlık okuryazarlığı, ilk kez Simond tarafından 1974 yılında kullanılmış ancak bunu takiben çok uzun yıllar kullanımı kısıtlı kalmış bir kavramdır (47).

1986 yılında ise Ottawa'da yapılan Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı sonrası sağlık okuryazarlığı kavramı yaygınlaşmıştır. Konferansta, toplumun sağlıkla ilgili bilgilerinin düzenlenmesi ve toplumunda buna uygun davranış geliştirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu sayede sağlık okuryazarlığı kavramının öne çıkması sağlanmıştır. 1990'lı yıllardan itibaren sağlık okuryazarlığının halk sağlığı alanındaki önemi giderek artmıştır. Daha sonra 1998 yılında DSÖ "Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğünde" sağlık okuryazarlığı, "Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" olarak yeniden tanımlamıştır. 2000'li yıllarda Amerika ve Avrupa'da sağlık okuryazarlığı kavramı ile ilgili araştırmalar giderek artmıştır. Ülkemizde ise 2011 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirmesi Sözlüğünde sağlık okuryazarlığı, "Bireyin toplum ve kendi sağlığını iyileştirmek amacı ile yaşam tarzı ve koşullarında değişiklik yapabilmesinde gerekli beceri, bilgi ve kendine güven düzeyine ulaşması" olarak tanımlanmıştır (48).

1. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda kabul edilen Ottawa Sözleşmesi çağdaş sağlık anlayışı için mihenk taşı olmuştur. Çağdaş sağlık anlayışı ile sağlığın korunması ve geliştirilmesinin öncelikliliği, sağlık hizmetinin sürekliliği ve ekip anlayışı, sağlıklı bir toplum için sektörler arası işbirliği kavramlarının yanı sıra toplum katılımı olarak özetlenen herkesin kendi sağlığından ve toplum sağlığından sorumlu olduğu ve sağlık hizmetlerinin sunumunda aktif rol alması gerektiği kabul edilmiştir (49).

Ottawa Birinci Sağlığın Geliştirmesi Konferansı'nda, evrensel boyutta sağlığın geliştirilmesi tartışılırken, sağlığı geliştirme çalışmalarının yalnızca sağlık sektörünün sorumluluğunda olmadığı, multisektörel bir çalışma ortamına ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Ottawa Şartnamesi'nin 30. yılında düzenlenen Şangay 9. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda (2016) ise, ana temalardan biri olarak 'sağlık okuryazarlığına' yer verilmiştir (50).

Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmek ve karar verebilmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlama konularındaki istekleri ve kapasiteleridir (51).

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin yaşamları boyunca sağlıklarını ve hayat kalitelerini iyileştirmeleri, hastalıklardan korunmaları ve sağlıklarını geliştirmeleri konusunda gereken kararları verebilmeleri için ihtiyaç duydukları tıbbi bilgilere ulaşmaları, bu bilgileri anlamaları, değerlendirmeleri ve uygulamaları konusunda da bireylerin bilgisini, motivasyonunu ve becerisini gerektiren bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (52).

Sağlık okuryazarlığı, bir bireyin doğru sağlık kararları verebilmesi için temel sağlık bilgisine ve hizmetlerine ulaşması, sağlık profesyonelleri ile iletişim kurması, işleme koyması ve anlama kapasitesine sahip olması demektir. Başka bir ifade ile sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını tehdit eden riskleri azaltmak, yaşam kalitesini artırmak ve sağlıkları üzerindeki seçimlerini ifade etmek amacıyla sağlık bilgisi ve kavramlarını araştırmak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdikleri geniş ve kapsamlı beceri-yetkinlikleri anlamına gelmektedir. Okuma, dinleme, analitik düşünme, analiz etme ve karar verme becerilerinin yanı sıra sağlık durumlarına bu becerileri uygulamayı gerektiren sağlık okuryazarlığı reçeteler, ilaç kutuları, randevuları, sağlık broşürleri, doktorların talimatları, önerileri ve onam formları, karmaşık sağlık sistemlerini anlamayı içermektedir (53).

Sağlık okuryazarlığının daha kapsamlı tanımı, "sağlıklı olmayı sürdürme ve bu duruma katkıda bulunmayı sağlayan yollarla; bireylerin enformasyona erişim, anlama ve kullanma yeteneği ile motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler" olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir. Sağlık iletişiminde sağlıkla ilgili

enformasyonların karmaşık olması kaçınılmaz olarak karşılaşılan bir durumdur, bu nedenle çoğu birey sağlık enformasyonlarını kendileri için anlaşılmaz birer bariyer gibi görmektedir. Düşük sağlık okuryazarlık seviyesine sahip bir bireyin bu materyalleri okuyarak sağlık sorunlarını, sağlık sistemini veya hak ve sorumluluklarını anlaması güç olacaktır. Bireylerin metinleri okumaya çalışmaları, sağlık konusundaki bilgilerinin artmasına neden olmamaktadır. Bu durumda hastaların bu bilgileri değerlendirmek üzere bazı temel becerilere sahip olmaları süreç açısından önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti veya tedavinin güvenilirliği, kalitesi, tedavinin göreceli riskleri veya yararları ile ilgili analiz, ilaç alımında doz takibi, test/tahlil sonuçları ve doğru ve güvenilir sağlık enformasyonuna ulaşma konusu, bireyin sağlık okuryazarlığı ile ilgilidir. Bireyin görsel olarak grafik, resim ve benzerlerini anlama; bilgisayar-internet kullanma; bilgi edinme ve uygulama; sayı hesaplama veya sayısal sonuç çıkarabilme becerilerine sahip olması, hasta veya hasta yakınlarının sağlık enformasyonlarına ulaşmasını ve verilen tedaviyi uygulamasını kolaylaştırmaktadır. Sağlık enformasyonlarını ve materyalleri bireyin okuma, yazma, konuşma ve hesaplama becerilerine her zaman uygun olmadığından, temel okuryazarlık becerisi ne kadar yüksekse sağlık okuryazarlık düzeyinin de o oranda yüksek olacağı ve böylece bireyin anlama düzeyinin de yüksek olacağı varsayılmaktadır (54).

Son yıllarda ‘kişisel sağlık okuryazarlığı’ ve ‘örgütsel sağlık okuryazarlığı’ olmak üzere 2 temel kavram çerçevesinde yeni tanımlar ortaya çıkmıştır. Buna göre kişisel sağlık okuryazarlığı; bireylerin kendilerinin ve başkalarının sağlıklarıyla ilgili kararlar almak ve eylemlerde bulunabilmek için bilgi ve hizmetlere ulaşma, bunları anlama ve kullanabilme becerilerine sahip olma derecesidir. Örgütsel sağlık okuryazarlığı ise kuruluşların kendilerine ve başkalarına sağlıkla ilgili kararları ve eylemleri bildirmek için gerekli bilgi ve hizmetleri bulma, anlama ve kullanma hakkına sahip olma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Bu yeni tanımlar kişileri, kendi sağlıklarının yanı sıra toplumların sağlıklarına da odaklanmaya teşvik etmektedir. Ayrıca örgütsel sağlık okuryazarlığı ile sağlık bilgisi ve sağlık hizmeti sunucularının da sağlık okuryazarlığını geliştirmede birtakım sorumluluklara sahip oldukları vurgulanmaktadır (55).

Tarih boyunca yaşanan sosyal değişimler, tıp teknolojisindeki gelişmeler ve iletişim teknolojilerindeki ilerlemeler, bireylerin sağlık ve sağlıklı yaşam algısını

önemli ölçüde değiştirmiştir. Yirminci yüzyılda tıp alanında yaşanan önemli gelişmelerle yeni ve etkin tedavi yöntemleri ortaya çıkmış, tedavinin yanı sıra hastalıklardan korunma programları da önem kazanmıştır. Ayrıca, yirminci yüzyılda enfeksiyon hastalıklarının yerini kronik hastalıkların almasıyla birlikte, sağlıklı bir yaşamın devam ettirilmesinde sağlık hizmeti sunanlar ve sağlık merkezleri kadar, bireyler ve aileleri de önem kazanmıştır. Beslenme biçiminin düzenlenmesi ve egzersiz gibi yaşam biçimi değişiklikleri, günümüzde hastalıklardan korunma ve hastalığı tedavi etme yöntemleri olarak kabul görmektedir (54).

Artık kişilerin hem bireysel, hem bölgesel, hem de küresel boyutta sağlık sorunları ve sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi sahibi olmaları, sorumluluklarını bilmeleri gibi yeni rolleri vardır. Sağlıkla ilgili bilgi sahibi olmanın önemi ve sağlık bilgisinin bu öznel niteliğinden dolayı ‘‘sağlık okuryazarlığı’’ kavramı ortaya çıkmış, sağlık okuryazarlığı başta sağlıkla ilgili kişi, kurum ve kuruluşlar olmak üzere birçok kesimin ilgi alanı olmuştur (56).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık örgütlerinin giderek daha fazla dikkatini çekmeye başlamıştır. Akreditasyon kuruluşları sağlık hizmeti sunan kuruluşlarının sağlık okuryazarlığı konusundaki performanslarını değerlendirmek için yeni standartlar geliştirdiler. Birleşmiş Milletler sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik hedeflere katıldıklarını açıklamış ve olumlu sağlık sonuçlarının alınması için sağlık okuryazarlığının önemli bir faktör olduğunu ve bu bakımdan sağlık okuryazarlığının artırılması için uygun eylem planlarının geliştirilmesi konusunu benimsediklerini duyurmuştur (57).

Türkiye’de 2014 yılı sağlık okuryazarlığının ülke çapında ele alınması açısından önemli bir yıl olmuştur. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Eğitim, Araştırma ve Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından “Sağlık okuryazarlığı e-öğrenim sertifika programı” uygulanmaya başlanmıştır. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü 2016 yılında, sağlık hizmetinde birincil başvuru noktası olan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına yönelik “Sağlık Okuryazarlığı Eğitici Eğitimi Programı” başlatmıştır. Programla, aile sağlığı merkezi çalışanlarında farkındalık oluşturarak sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan hasta ve yakınlarıyla iletişimin güçlendirilmesi ve memnuniyetin artırılması hedeflenmiştir. Program kapsamında, 81 ilin halk sağlığı müdürlüklerinde ve toplum sağlığı

merkezlerinde görev yapan 400 hekime eğitim verilmiştir. Yaklaşık iki ay süren eğitimi tamamlayan hekimlerin görev yaptıkları ildeki diğer hekimleri eğitmelerinin sağlanacağı ifade edilmektedir (58).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Günümüz sağlık sisteminde bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarını benimsemeleri, verilen sağlık hizmetleri hakkında bilgilenmeleri, kendi sağlıkları ile ilgili kararlar verebilmelerinde etkin olmaları, sorumluluk ve haklarını bilmeleri beklenmektedir. Ne var ki tanı sürecinin karmaşık olması, sürekli gelişen ve değişen teknoloji, kültürel farklılıklar, sınırlı okuryazarlık düzeyi, yaşa bağlı fiziksel ve bilişsel değişiklikler gibi etkenler bireylerin öz bakımlarını, öz-etkililiklerini, sunulan hizmetlerin kullanımını, sağlık ekibi ile iletişimi etkileyebilmektedir. Tüm bu süreçlerde sağlık bilgilerini arama ve anlama, sağlık bilgisi ve hizmetini sunanlar ile iletişim kurmada bireylerin sağlık okuryazarlığı önemli bir diğer etken olarak ortaya çıkmaktadır (59).

21. yüzyıla ait bilgi toplumları, sağlıkta karar verme ikilemi ile karşı karşıyadır. İnsanlar, karmaşık yaşam ortamları ve sağlık hizmetleri sistemleri aracılığıyla sağlıklı yaşam tarzı seçimlerini yapmakta giderek daha fazla zorlanmakta ve bu görevlerin yerine getirilmesi konusunda ne yazık ki iyi hazırlanmamakta ya da desteklenmemektedirler. Modern olarak nitelendirilen toplumlar sağlıksız yaşam tarzlarını aktif olarak pazarlamakta, sağlık sistemleri en iyi eğitimli insanlar için bile git gide daha zor olmaktadır. Ayrıca eğitim sistemleri insanlara bilgi sağlamak için bilgiye erişmek, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için yeterli becerilere sahip olmakta yetersiz kalmaktadır (60).

Günümüzde teknolojinin gelişimiyle beraber hem bilgi yoğunluğu artmış hem de bilgi kaynaklarına ulaşım kolaylaşmıştır. Bu sebeple bilgiye ulaşmanın yanı sıra doğru olan bilgi kaynaklarını seçmek çoğu zaman kolay olmamaktadır. Sağlık okuryazarlık seviyesi arttığı zaman bireyler daha doğru bilgiye daha kısa sürede erişebilmektedirler. Sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek olan bireyler hastalıklardan korunmak ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili konularda daha doğru ve bilinçli adım atmaktadırlar. Sağlık okuryazarlık seviyesi azaldıkça bireyler koruyucu sağlık hizmetlerini çok daha az kullanmakta, hastalık döneminde sağlık bakımı almak

konusunda gecikmekte ve böylece sağlık bakım maliyetleri artmakta ve bu bireylerde mortalite yüksek olmaktadır (61).

Sağlık personeli ile hasta arasındaki yüz yüze iletişimle başlayıp, kitle iletişim araçlarına kadar uzanan geniş bir yelpazede gerçekleşen sağlık iletişiminde, bireylerin sağlıkla ilgili enformasyonları doğru anlamaları kadar, edindikleri bilgileri uygun biçimde kullanmaları noktasında kilit rol oynayan sağlık okuryazarlığı, bilgiye erişimin giderek kolaylaştığı, bireylerin internet aracılığıyla sürekli enformasyon bombardımanına maruz kaldığı göz önüne alındığında önemi giderek artan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (62).

Medya aracılığıyla sunulan sağlık enformasyonunda ciddi sorunlar ortaya çıkmakta, yoğun bilgi bombardımanına maruz kalan bireyler hangi bilgilerin gerçek olduğu konusunda şüpheye düşmektedir. Sosyal medya kanalıyla hedef kitlelere ulaşan bilgiler söz konusu olduğunda durumun ciddiyeti daha da artmakta, bu platformlarda öneriler uzmanların yanı sıra hastaların kendi deneyimlerini bir başka hastaya aktarması şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Hastalığına çare arayan kişiler medya yoluyla edindiği bu bilgileri çok fazla araştırmadan kabullenip, kendi ya da bir yakını üzerinde deneme yoluna gitmektedir. Örneğin tüm dünyada genel bir halk sağlığı sorunu haline gelen obezite konusunda çözüm reçeteleri sunan çok farklı enformasyon ile karşılaşmak mümkündür. Özellikle internet ortamında yer alan zayıflamaya yönelik diyet listeleri, spor programları, bitkisel ürünler ya da ilaçlar insan sağlığını tehdit ederek, ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Henüz sonuçlanmamış araştırmaların medya tarafından kesin tedavi yöntemleri gibi sunulması, her şeyden önce hastaların zarar görmesine yol açmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler hangi bilgilerin gerçek, hangilerinin kurgu olduğu konusunda sağlıklı bir değerlendirme yapamamaktadır (62).

Bilgiye ulaşıyor olmak, edinilen bilginin anlaşıldığını, doğru yorumlanabildiğini, yerinde ve etkin kullanılmasını garantilememektedir. Özellikle bilgiye ulaşma imkanı daha fazla olduğu düşünülen genç popülasyonda yapılan çalışmalarda gençlerin sağlık bilgisine ulaşmada sorun yaşamamakla birlikte ulaşılan bilgiyi etkin bir şekilde sentezleyemedikleri vurgulanmakta ve her ulaştıkları bilgiyi sorgulamadan güvenli kabul ettikleri söylenmektedir (63).

Zaman içerisinde yaşanan toplumsal değişimler, tıp teknolojisindeki gelişmeler ve iletişim teknolojilerindeki ilerlemeler, bireylerin sağlık ve sağlıklı yaşam düşüncesini önemli ölçüde değiştirmektedir. Günümüzde sağlık alanında tanı ve tedavi sürecinin karmaşıklığı, sürekli gelişen ve değişen teknoloji, kültürel farklılıklar, sınırlı okuryazarlık düzeyi, yaşa bağlı fiziksel ve bilişsel değişiklikler bireylerin sağlık hizmetlerini kullanmalarını ve bu sırada sağlık personeli ile iletişimlerini etkilemektedir. Sağlıklı yaşam, tanı, tedavi ve sağlık hizmeti sunan personel ile iletişim süreçlerinde sağlık okuryazarlığının önemi ortaya çıkmaktadır (64).

SOY, okuma yazma becerilerinin ötesinde sağlıklı davranışlar, ilaçların doğru kullanılması, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağını bilmek, aydınlatılmış onam formlarını anlamak ve imzalamak, öz bakım ve hastalık yönetimi hakkında kararlar verebilme, evdeki tıbbi cihazları doğru kullanabilme, bakım veren rolünü doğru üstlenebilme gibi sağlık bilgilerini kavrama ve değerlendirme yetisini kapsamaktadır. SOY kavramı, her ne kadar bireysel sağlığı önceliyor olsa da toplum sağlığının iyileştirilmesi için de gerekli görülmektedir (65).

Gelişmiş sağlık okuryazarlığı bireylere daha iyi bir otonomi ve bireysel güçlenme sunacak ve bireylerin yaşam kalitesini artıracaktır. Toplumsal düzeyde halk sağlığında sürdürülebilir değişimlere ve daha fazla eşitliğe yol açabilecektir (57).

Sağlık okuryazarlığı, salgın dönemi gibi durumlarda daha da önem arz etmektedir. Yine yakın zamanda COVID-19 salgını bize gösterdi ki; SOY hem bulaşıcı olmayan hem de bulaşıcı hastalıklar için oldukça önemlidir. Bireylerin, salgın durumlarında alınan kurallara (karantina gibi) uyum göstermesi için SOY düzeyinin arttırılması gerekmektedir. Bir ülkenin sağlık politikalarının esas hedeflerinden biri sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi olmalıdır (66).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması, salgın yönetimini kolaylaştıracaktır. Sağlık okuryazarlığı, COVID-19 ile ilgili güvenilir bilgiler ile konudaki yanlış bilgiler arasında ayrım yapılmasını kolaylaştırır, sağlık bilgileri ve sağlık hizmetlerinin etkin kullanımına yardımcı olur, toplumu koronavirüs ve COVID-19 pandemisi sırasında bilinçli sağlık kararları alma, sağlıklı ve koruyucu davranışlar uygulama konusunda güçlendirir (67).

SOY seviyesi bağışıklama ile de ilgilidir. SOY ve influenza aşı alımı arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur, ancak SOY ve pnömokok aşılama durumu

arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Genç bireylerde HPV aşılaması ve SOY ile aşılama bilgisi ve farkındalığı arasında anlamlı bir pozitif ilişki olduğunu gösterilmiştir. Yüksek SOY düzeyine sahip olmak, bireylerin aşılama hakkında doğru kaynaklardan bilgi edinebilmelerine yol açmakta bu sayede de toplumsal bağışıklığın oluşturulması ve hastalıkla mücadele edilebilmesi için avantaj sağlamaktadır (68).

Günümüzde kronik hastalıklar önem sırasında üst sıralardadır. Kronik hastalıkların kontrolü bulaşıcı hastalıklar kadar kolay değildir. Çünkü kronik hastalıklar çevresel ve kişisel faktörlerden etkilenmektedir. Bu süreç sağlık okuryazarlığını daha da önemli hale getirmektedir (69).

Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıklarda öz yönetim konusunda hayati rol oynamaktadır. Kronik hastalıkların kontrolü için bireylerin sağlık bilgisini anlayabilmesi ve değerlendirebilmesi ile gerektiğinde sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacağını bilmesi gereklidir. Bu alanlardaki bilgi ve becerilerin eksikliği, birçok hastanın hastalığı üzerinde kendi kendine etkili bir öz yönetim kurmasına engel olmaktadır (57).

Kronik hastalıklarda sağlık okuryazarlık düzeylerine ilişkin çalışmalar da benzer şekilde hastaların hastalık belirtilerini ve seyrini tanımada yetersiz oldukları, eğitim kitapçıklarını okumada zorlandıkları, reçeteleri anlamakta yetersiz oldukları, sınırlı bir işlevsel sağlık okuryazarlığına sahip olanların hastalıkları hakkında bilgilerinin zayıf olduğunu ortaya koymaktadır (70).

Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık hizmetlerinin yanı sıra kişilerin de aktif rol alması gerekmektedir. Hipertansiyon kontrolünde sağlık okuryazarlığının önemli bir yordayıcı olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlığı, edinilen bilgileri anlama ve kullanma hastalık yönetiminin önemli bir parçasıdır. Kardiyovasküler hastalıklarda daha düşük iskemik risk ve ilaç uyumunu arttırmada etkilidir. Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi bireylerin hastalıklarının tanı ve tedavisini anlayabilmelerinde ve etkin tedavi almalarında önemli bir engeldir. Hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerini arttırmaya yönelik eğitim programları hazırlanmalıdır. Hastaların bilgi birikimi hedef alınarak, aynı zamanda ilaç uyumsuzluğuna bağlı gelişebilecek komplikasyonları da önlemeye yönelik hazırlanan bu programlarda; yazılı materyal ve resimlerin kullanımı, multimedya görüntüleri ile hastanın kavramasının kolaylaştırılması, etkili sözlü iletişime önem verilmesi,

hastaların kendi kendilerini izlemleri ve sağlık profesyonellerinin hastaları düzenli takibinin sağlanması önerilmektedir (71).

Hastaların sağlık durumları çoğunlukla kendilerinin kronik hastalıklarının yönetim ve tedavisinde görev almalarına bağlı olduğu için, kronik hastalıklarda sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı olma arasındaki etkileşim önemlidir. Hasta için yapılan bilgilendirmeler hasta tarafından yeterli anlaşılmadığında, kronik hastalıkların tedavisi hasta ve hasta yakınları için daha da zorlaşmaktadır. Kronik hastalığı olan hastaların SOY düzeyi arttırılmasında hastalar için uygulanabilecek hastalık yönetimi yaklaşımlarının başarılı sonuçlar verdiği gösterilmiştir. SOY düzeyi, algılanan sağlık durumu ile de bağlantılı olup, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, aktif olarak sağlıklarıyla ilgili bilgi edinmesi ve sağlıklarının daha kötüye gittiğini hissetme durumunda sağlık problemlerini çözmek için eyleme geçme olasılığı daha yüksektir. SOY düzeyi düşük olan hastaların muayene işlemleri bittiğinde bir sonraki kontrole ne zaman geleceklerini ve bu süreci nasıl takip edeceklerini bilmedikleri vurgulanmaktadır. Kronik bir hastalığı olanlarda tekrarlayan başvurular beklenebilir bir sonuç gibi görünse de, bu durum yeterli ve anlayabilecekleri bir hizmet alamadıkları için, tekrarlayan başvurulara ihtiyaç duymalarından kaynaklanabilmektedir (72).

Sağlık okuryazarlığı önemi tartışılırken şu dört özellik unutulmamalıdır:

1) Sağlık okuryazarlığı, insanların bilgiyi arama, erişip bilgiyi kullanmalarına ve sağlıkları üzerinde söz sahibi olmalarına olanak sağlar.

2) Sağlık okuryazarlığı halk sağlığının geliştirilebilmesi için bir zorunluluktur. Sağlık okuryazarlığı seviyesini yükseltmek, genel nüfus sağlığını geliştirmek için gereklidir.

3) Sağlık okuryazarlığı beşeri sermayenin önemli bir parçasıdır. Düşük sağlık okuryazarlığı sağlık eşitsizliklerini artırmaktadır.

4) Sağlık okuryazarlığı kritik bir ekonomik konudur. Kıt kaynakların olduğu dünyamızda sağlık harcamaları da gelişen teknoloji ve değişen sağlık talebi doğrultusunda artış göstermektedir (73).

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Nutbeam (2000), sağlık okuryazarlığını "Temel/işlevsel, interaktif/iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı" olmak üzere üç şekilde sınıflandırmıştır. Temel/işlevsel sağlık okuryazarlığı bireylerin okuma ve yazmadaki becerilerini etkin olarak kullanabilmesi durumudur. Sağlık riskleri ya da sağlık sistemini nasıl kullanacağı, okuma yeteneğini aktif olarak nasıl gerçekleştirileceğini göstermektedir. İnteraktif/iletişimsel sağlık okuryazarlığı ileri düzeyde gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerilerini, sosyal becerilerle birlikte, bilgiyi elde etme ve kullanabilmeyi, farklı iletişim yollarından anlam çıkarma ve bu bilgileri yeni duruma uygulayabilmeyi içermektedir. Kişilerin iyi bir iletişim kurabilmesi ve daha ileri düzeydeki okuryazarlık için bilişsel ve sosyal becerilerin önemini ortaya koymaktadır. Eleştirel sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili bilginin kritik olarak analiz edilmesinde, sağlık kararlarının uygulamaya geçirilmesinde kullanılacak ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri kapsamaktadır. En ileri düzey olarak bilinen eleştirel sağlık okuryazarlığı ise, sağlıklı ilgili olan bilgilerin eleştirel olarak değerlendirilmesini ve kullanılmasını sağlamaktadır. Eleştirel sağlık okuryazarlığına sahip bireyler sağlıkla ilgili normal değerler ile yaşamsal değerlerin anlamını bilirler ve normalden sapma durumunda davranışlarında değişikliğe giderler (59).

2.2.4. Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Tespiti

Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumundaki değişim nedeniyle bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin sorumlulukları artmıştır. Bireylerin tedavi ve bakımları için daha fazla sorumluluk almada aktif olmaları beklenmektedir Bu yönüyle bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi önem kazanmaktadır (59).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi, bu düzeyin iyileştirilmesinin temel basamağıdır. Nitelikli sağlık bilgisine ulaşan kadınlar alışkanlıklarını ve yaşamlarını bu bilgiler ışığında değiştirerek kendilerinin, çocuklarının ve dolayısıyla toplumun sağlığını geliştirecek davranışlara yönelmelerini sağlayacaktır (74).

Ülkemizde sağlık okuryazarlığına ilgi artsa da çalışma sayısı oldukça sınırlı sayıdadır. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili en kapsamlı çalışma 2014'te Tanrıöver ve ark. yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'dır. Bu araştırmaya göre

katılımcıların %24,5'nin yetersiz, %40'ının sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (75).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalara son yıllarda ilginin artığı ve alan yazında yer verildiği görülmektedir. Bu ilgiyle paralel olarak, ülkelerin ulusal sağlık okuryazarlığı düzeyini saptamaya ve geliştirmeye yönelik çalışmalara hız verilmiştir. Ülkemizde de benzer çabaların yansıması olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık okuryazarlığının ulusal düzeyde ölçülmesi amacıyla ölçek geliştirme/ uyarlama ve ölçüm çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmaların sonunda hem Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği dilimize uyarlanmış hem de ulusal düzeyde ölçüm yapan yeni bir ölçek Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) geliştirilmiştir (76).

Literatürde bildirilen sağlık okuryazarlığı düzeyleri ülkeler arasında ve kullanılan ölçüm yöntemi ve ölçeğe göre farklılık göstermektedir. Türkiye'de Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi 2014'te % 35, 2016'da % 47 olarak bildirilmiştir. 2016'da Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılarak yapılan çalışmada katılımcıların % 31'inin yeterli/mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifade ile ülkemizde her 10 kişiden 7'sinin, yetersiz veya sorunlu olarak nitelenen sağlık okuryazarlığına sahip olduğu söylenebilir (76).

Ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı tarafından TSOY-32 ölçeği kullanılarak yürütülen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Çalışması (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018)'nın bulguları şu şekildedir: Türkiye'de nüfusun % 30,9'unun sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz, % 38'inin sorunlu-sınırlı, % 23,4'ünün yeterli, % 7,7'sinin ise mükemmel düzeydedir. Toplamda nüfusun % 68,9'u sağlık okuryazarlığı ile ilgili sorun yaşamaktadır. Aynı çalışmada, Ülkemizde yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi sıklığı % 30,9 olarak tespit edilmiş olup, sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu bölgeler, Güneydoğu Anadolu Bölgesi (% 33,3), Akdeniz Bölgesi (% 35), Ege Bölgesi (% 37,9), Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi (% 42,7) ve Ortadoğu Anadolu (% 54,2)'dir. İstanbul (% 29,5), Batı Anadolu (% 29,7) ve Doğu Karadeniz (% 30,2) ise yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı açısından Türkiye ortalamasının altında yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığının neden olduğu sağlık maliyetlerini belirlemek oldukça güç olmakla birlikte Sağlık Finansmanı Raporu (2020)'nda, Türkiye'de hastalık yükünü azaltmada en etkili yöntemin sağlık

okuryazarlığı ve sağlığın korunmasına yönelik teşvik, promosyon ve benzeri halk sağlığı uygulamalarının olduğu belirtilmiştir (77).

Literatürdeki başka bir araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelendiğinde ise % 19,9'unun yetersiz, % 34,9'unun sorunlu, % 29,7'sinin yeterli ve % 15,5'inin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır. Güner ve ark. (2020) TSOY-32 ölçeğini kullandıkları çalışmalarında; % 16,9'unun yetersiz, % 34,9'unun sorunlu, % 27,5'inin yeterli ve % 20,8'inin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğunu saptamışlardır. Altun ve Özkan (2020) aynı ölçeği kullandıkları çalışma sonucunda % 33,6'sını yetersiz, % 31,0'ının sorunlu, % 23,9'unu yeterli ve % 11,5'ini mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduklarını belirtmişlerdir. Özkan ve ark. (2020) % 18,8'ini yetersiz, % 47,8'ini sorunlu, % 24,5'ini yeterli ve % 8,9'unu mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulmuşlardır (78).

Başka bir araştırmada katılımcı ebeveynlerin TSOY-32 toplam puanı ortancası 32,3 olarak hesaplanmış ve "sınırlı-sorunlu" sağlık okuryazarlığı grubuna dâhil olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı puanlarının eğitim düzeyi yüksek, gelir düzeyi iyi ve çalışan ebeveynlerde anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır. Çocuğunun takip ve izlemlerini "düzenli olarak kendi yaptıran" ebeveynlerin, "doktor çağırınca izlemlerini yaptıran" ebeveynlerden daha yüksek sağlık okuryazarlığı toplam ve bileşen puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ailelerin sağlık okuryazarlığı bilgi düzey puanları beklenenden düşük saptanmıştır. Bu çalışma sağlıklı bir toplum inşası için sağlık okuryazarlığının sağlık ile ilgili sorumluluk bilinci ile ilişkili bir faktör olduğunu göstermektedir (79).

Ülkemizde aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalar arasında yapılan bir araştırmada ise evlilerde, bilinen bir hastalığı olanlarda veya evde kronik hastalığı olan bireylerle yaşayanlarda ilaç kullanımın daha düzenli olduğu; erkek hastalarda, lisansüstü eğitime sahip olanlarda ve gelir seviyesi yüksek katılımcılarda sağlık okuryazarlığının daha iyi olduğu bildirilmiştir (80).

Ülkemizde üreme çağındaki 400 kadınla yürütülen bir çalışmada sağlık okuryazarlığı oranlarının çok düşük olduğu görülmüştür. Gebe kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise kadınların % 42,8'inin yeterli, % 41,7'sinin sınırda, % 15,5'inin ise yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Klimakterik dönemin özellikleri göz önüne alındığında bu dönemde kadınların kendi sağlıklarına ilişkin daha fazla sorumluluk almaları gerektiği aşikardır (81).

Bir araştırmada hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı ortalaması 50 üzerinden 31,3 ± 10,3'tür. Hastalar genel sağlık okuryazarlığı indeks puanına göre nitelendirildiğinde yaklaşık her beş hastadan ikisi (% 41,9) yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde iken her beş hastadan üçü (% 58,1) ise yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Daha yaşlı, eğitim düzeyi, hane halkı geliri ve sosyal statü algısı daha düşük, il merkezinde yaşamayan, istihdam durumu çalışmayan olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha düşüktür (82).

Mersin'de 2018'de hipertansiyonlu bireylerle yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığının "sınırlı" düzeyde ve % 61.2'sinin tansiyonunun yüksek olduğu bildirilmiştir (83).

Bir çalışmada pediatri hemşirelerinin sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Ayrıca kendilerini sağlık okuryazarlık bakımından yeterli olduğunu ifade eden hemşirelerin daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre TSOY ölçeği toplam puan ortalamasının 36.52 ± 11.55 olduğu bulunmuştur. Verilere göre pediatri hemşirelerinin % 13,3'ü yetersiz, % 15,8'i sorunlu-sınırlı, % 31,7'si yeterli ve % 39,2'si mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olarak belirlenmiştir (84).

2.2.5. Dünyada Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Tespiti

Sağlık okuryazarlığına ilişkin çalışmalar Avrupa'da da yaygınlık göstermeye başlamıştır. Kanada, Danimarka, Avustralya, Filipinler, Almanya, Birleşik Krallık gibi ülkelerde sağlık okuryazarlığına ilişkin farklı ölçekler ve farklı perspektiflerden yapılan değerlendirmeler ile sağlık okuryazarlığının düzeyi ve sağlık okuryazarlığına etki eden faktörlere ilişkin çalışmalar yapılmıştır. Avrupa Birliği üyesi sekiz ülke için gerçekleştirilen Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketinin bulgularına göre ankete katılım gösteren bireylerin % 48'inde sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırlı olduğu tespit edilmiştir. İskandinav ülkelerinde ise bu alanda yapılan çalışmaların yetersizliğinin farkındalığı ile 2012 yılında sağlık okuryazarlığı bilincinin geliştirilmesine yönelik İskandinav sağlık okuryazarlığı ağı kurulmuş olup, İskandinav

bakış açısıyla araştırma, politika ve uygulamada ilerlemeler sağlamak için harekete geçilmiştir (77).

Yeterli sağlık okuryazarlığı hastalık riskini azaltırken aynı zamanda sağlıklı olmanın bir gereği olarak ortaya çıkmaktadır. Yeterli sağlık okuryazarlığında egzersiz yapma oranı % 36,6, sağlık okuryazarlığı yetersizliğinde egzersiz yapma oranı % 29 olarak tespit edilmiştir. Yeterli sağlık okuryazarlığı meyve sebze tüketme oranını % 47,4 etkilerken, yetersiz sağlık okuryazarlığında bu oran % 29,3 seviyelerinde kalmaktadır. Sekiz Avrupa ülkesinde 15 yaş ve üzerinde olan 8 bin kişi ile yapılan çalışmada Hollanda'da % 23,7 ve Bulgaristan'da % 53,7 oranında katılımcının sağlık okuryazarlığı düşük çıkmıştır. Polonya % 42,2 ile yeterli ve çok iyi puan alırken İspanya % 36,9 ile en düşük seviyede bulunmuştur (85).

Yetersiz okuryazarlık becerilerinin gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de şaşırtıcı bir şekilde yaygın olduğu görülmektedir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nın sonuçlarına göre, araştırmaya katılan kişilerin % 12'sinin yetersiz genel sağlık okuryazarlığı seviyelerine ve % 35'si ise sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahiptir. Ülkemizde ise sağlık okuryazarlığı konusunda yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Türkiye'de sağlık okuryazarlık ortalamalarının her alanda düşük olup Avrupa ortalamalarının altında olduğu bilinmektedir (64).

Avrupa'da iyi düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip ülke Hollanda olarak belirlenmiş ve nüfusun % 71'inin yeterli-mükemmel düzeyde okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. En düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip ülke Bulgaristan olarak belirlenmiş ve nüfusun % 38'inin yeterli-mükemmel düzeyde okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (76).

Yapılan çalışmalara bakıldığında Avrupa ülkelerinde elde edilen sonuçların sağlık okuryazarlığı açısından daha iyi olduğu görülmekte; öte yandan Japonya'da yapılan araştırma, bir ülkenin gelişmişlik seviyesinin yüksek olmasının sağlık okuryazarlığı seviyesinin de yüksek olduğu anlamına gelmediğini kanıtlar niteliktedir (56).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi gelişmiş ülkelerden Kanada'da % 48, Avusturalya'da % 30, Yeni Zelanda'da % 50 oranında bildirilmiştir. Güneydoğu Asya bölgesinden beş ülkeye (Myanmar, Singapur, Malezya, Laos, Tayland) ait 11

çalışmanın dahil edildiği sistematik derlemede düşük sağlık okuryazarlığı oranı ortalama % 55,3 (%1,6- %99,5) olarak saptanmıştır (86).

Danimarka'da yapılan bir çalışmada her 10 koroner arter hastasından birinin sağlıkla ilgili bilgileri anlamayı zor bulduğu ve sağlıkla ilgili bilgileri anlamada güçlük çeken bireylerin yüksek tedavi yükünden muzdarip olduğu gösterilmiştir (87).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ulusal bir çalışmada, yetişkin nüfusun % 53'ünün sağlık okuryazarlığının orta düzeyde, % 36'sının yetersiz, % 22'sinin temel düzeyde olduğu saptanmıştır. Avrupa Birliği'ne üye sekiz ülkede yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında % 2 ile % 27 arasında değişen oranlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı saptanmıştır (47).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Örneğin, Amerika'da yetişkin nüfusun yaklaşık % 50'si sağlık bilgilerini anlama ve hayata geçirmede zorluk yaşamaktadır (88). ABD'de ulusal erişkin okuryazarlığı çalışmasına göre ise % 12 yeterli, %53 orta düzeyde, %22 temel düzeyde, %14 temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığı saptanmıştır (68).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda bütün ülkelerde genel eğitim düzeyi arttıkça sağlık okur-yazarlığı puanının arttığı saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı puanı yüksek olan kişilerin sağlık düzeyleri de daha iyi olarak belirtilmiştir. Sağlık okur-yazarlığı ile ilgili olarak 8 Avrupa ülkesinde yapılan çalışma sonucunda, genel olarak sağlık okuryazarlığının düşük olduğu, ülkeler arasında farklılıklar olduğu, ülke içinde de bazı grupların bu bakımdan daha duyarlı olduğu ortaya çıkmıştır. Ülkeler toplam olarak değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların % 12'sinin bu konuda yetersiz ve % 35'inin de problemli düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Genel eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruplarda, azınlık gruplarında, yakın zamanda göç etmiş olanlarda, genel sağlık düzeyi düşük olanlarda, uzun süreli sağlık sorunu olanlarda ve yaşlılarda sağlık okur-yazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (51).

2.2.6. Aile Hekimliği ve Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık ve okuryazarlık kavramları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Okuma yazma bilmeyen bir bireyin sağlık alanında kendini ifade edebilmesi, sağlığını

yönetmesi oldukça zordur. Ancak yüksek okuryazarlık düzeyine sahip olan bir bireyin, sağlık okuryazarlığı düzeyinin de kesinlikle yüksek olacağının düşünülmesi doğru değildir. Yapılan araştırmalardan da yola çıkılarak düşük okuryazarlığa sahip bir bireyin sağlık okuryazarlığının da düşük olması beklenirken, yüksek okuryazarlığa sahip her bireyden yüksek sağlık okuryazarlığı beklenemeyeceği sonucuna varılmıştır (89).

Sağlık okuryazarlığı seviyesinin tespitinde yüksek eğitimli kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğunu düşünmek yanlış bir hareket noktası olacaktır. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin bireyin eğitim düzeyi ile doğrudan bir bağlantısı bulunmamaktadır. Düşük eğitim seviyesine sahip bireyler utanma, sessiz kalma, yardım talep etmekten çekinme gibi davranışlar sergileyerek sağlık okuryazarlık seviyelerinin ortaya çıkmasını istememektedirler (54).

Sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz olan bireylerin sağlık personeline kendi durumlarını anlatma becerilerinin, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan kişilere oranla, daha zayıf olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz olan bireyler; mahcubiyet, korku, güvensizlik ve öz saygı eksikliği gibi duyguların etkisi altında gerçek bilişsel kapasitelerini gizlemeye çalışmaktadır. Birçok hasta doğru anlatamayacağı ve anlatılanı anlamayacağı endişesi ile sağlık hizmeti sunanlarla sınırlı iletişim kurmaktadır. Hastanın kendine olan güveninin eksikliğinin yanı sıra, sağlık hizmeti sunanlar ve hasta arasındaki ilişkideki güç farkı nedeniyle, bazı hastalar soru sormamakta ya da yanlış anladıkları tedavi talimatları için açıklama istememektedir. Utanma, korku, kendini ifade edememe endişesi bireyin sağlık hizmeti sunanlarla iletişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Örneğin sağlık okuryazarlığı yetersiz seviyede olan bir hastaya verdiği enformasyonların anlaşıldığından emin olmak üzere doktorun "verdiğim bilgileri lütfen bana okuyun" talebi genellikle "gözlüğüm yanımda değil", "evde okurum" ya da "şimdi okumak istemiyorum" gibi çeşitli bahanelerle sıklıkla geçiştirilmeye çalışılmaktadır. Bunun yanı sıra, gücün doktor tarafında olduğu bu asimetrik iletişim biçiminde hasta, pasif iletişim pozisyonunu üstlenmekte; tam cevap verememekte ya da soru soramamaktadır. Benzer bir şekilde, bazı hastalar doktorla anlaşamadığında sessiz kalmayı tercih etmektedir. Sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz hastalar, doktorun sabırsız veya kızgın olması durumunda korku nedeniyle soru sormamakta, açıklama isteyememektedirler (54).

Modern çağın şartlarından doğan güçlükler, sağlık hizmeti sunumundaki yapısal zorluklar ve kişilerin uyum problemleri sağlıklı yaşam çabalarını zora sokmaktadır. SOY düzeyi düşük toplumlarda daha az sağlıklı seçimler yapıldığı, sıklıkla riskli davranışların benimsendiği, kendini idare etme düzeyinin azaldığı, hastalanma ve hastaneye yatış sayılarının yüksek olduğu bilinmektedir. Bu sebeplerden dolayı sağlık sektörü daha çok insan ve finans kaynağına ihtiyaç duymaktadır. Özellikle birinci basamak koruyucu-tedavi edici sağlık hizmetlerinin kişiler tarafından yeterince ve doğru kullanılmaması, dahası gereksiz ikinci ve üçüncü basamak başvuruları bir taraftan sağlık harcamalarını diğer taraftan da bu sağlık kuruluşlarındaki iş yükünü artırmakta, hizmet kalitesini ise olumsuz etkilemektedir (65).

Sağlık okuryazarlığı, insanların uygun sağlık kararları almak için sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, işleme koyma ve anlama bilgi ve yeterliliklerini gerektirir. Hiç kimse tamamen sağlık okuryazarı değildir ve bir noktada herkesin, güçlü eğitim sistemlerine sahip ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde bile önemli sağlık bilgilerini anlama, karar alma veya arada kalma konusunda yardıma ihtiyacı vardır. Düşük sağlık okuryazarlığı yaşama olasılığı en yüksek olan gruplar yaşlılar, düşük eğitim düzeyine sahip olanlar, öğrenme bozuklukları olanlar, işsiz bireyler ve göçmenler olarak sayılabilir (68).

Bireylerin sağlık hizmetlerinden gereksinimlerine göre yararlanmaları gerekir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip yaşlılar, azınlıklar, düşük eğitimliler ve düşük gelirliler sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizliklerle karşılaşmaktadırlar. Genel eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gruplarda, azınlık gruplarında, yakın zamanda göç etmiş olanlarda, genel sağlık düzeyi düşük olanlarda, uzun süreli sağlık sorunu olanlarda ve yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (59). Dezavantajlı grupların; sağlık tesislerinde ilgili birime ulaşma, hekimlerin söylediklerini anlama, randevu takibi, ilaçlarını düzgün kullanma gibi konularda sıkıntı yaşadıkları görülmektedir (90).

Literatürde düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin, genellikle genel sağlık durumunun daha kötü olduğu bildirilmektedir. Bunun nedeni, düşük gelir, zor yaşam ortamları yanı sıra sağlıklarını iyileştirebilecekleri yollar hakkında daha az bilgi sahibi olmaları ve tarama programları gibi hayat kurtaran olanaklardan

yararlanma ihtimallerinin daha düşük olmasıdır. Bununla birlikte sağlık çalışanları, düşük sağlık okuryazarlığının azaltılmasında önemli bir role sahiptirler. Sağlık sisteminin ilk temas noktası olan yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye sağlık hizmeti ve koruyucu hekimlik hizmeti sunan aile hekimliğinde, sağlık okuryazarlığı etkili hasta hekim ilişkisinin oluşmasında önemli etmenlerdendir. Buradan yola çıkarak öncelikle SOY düzeyi açısından durum tespitinin yapılması, sonra SOY'u geliştirecek stratejiler oluşturulması gerekmektedir (91).

Sağlık okuryazarlığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sağlık eğitiminin birincil hedefi, erken çocukluk döneminden itibaren tüm yaş gruplarında toplumun sağlık bilincini yükseltmeye ve sağlık okuryazarlık düzeyini artırmaya yönelik bir araçtır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin herhangi bir sağlık hizmeti gereksiniminde sisteme ilk girişlerini sağlayan, toplumdaki tüm bireylere koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren, sağlık sorunu olsun veya olmasın bireylerle ve toplumla tüm yaşam boyu devam edecek şekilde uzun süreli bir ilişki kuran, toplumun veya bireyin sağlığını korumak ve geliştirmek için hizmet veren tüm kurum veya kişilerin sunduğu hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan hizmetler bütünüdür. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmet sunumunda en önemli rol aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına düşmektedir (57).

Aile sağlığı merkezleri, bireylerin her türlü sağlık hizmeti alımı için, sıklıkla sağlık sistemine ilk giriş noktaları olması nedeniyle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önde gelen kurumlarıdır. Aile hekimleri de; ihtiyaç duyulan hizmetlere erişim, uygun sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve sağlığa ilişkin yapılan bilgilendirmelerde önemli görevler yerine getirmektedir. Tekrarlayan hasta görüşmeleri ile kendilerine kayıtlı bireylerin SOY düzeylerini belirleyerek, buna uygun etkin müdahaleler sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Bireylerin SOY düzeylerinin yükseltilmesi, toplum sağlığının geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin etkin kullanılmasına ve ortalama yaşam süresinin artışına imkan verecektir (92).

Türkiye'de sağlık okuryazarlığına yönelik araştırmalara bakıldığında hastanelere başvuran hastalar üzerinde odaklanıldığı görülmektedir. ASM'lerine

başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik az sayıda araştırma bulunmaktadır. Yanlış yönlendirmelerden kaynaklanan zaman kaybının, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına gerekli olmadığı halde başvurulmasının ve gereksiz sağlık maliyetlerinin önlenmesi açısından öncelikle aile hekimine başvurulması önemlidir (56).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden üçüncü basamak ve palyatif hizmetlere kadar tüm basamaklar sağlık okuryazarlığından beslenebilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bileşenlerinden birisi de koruyucu sağlık hizmetleridir. Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı koruyucu sağlık hizmetlerinde de aksamalara sebep olmaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olan bireylerin daha az oranda kanser tarama programlarına başvurmaları hem bireysel sağlık hem de toplumsal sağlık hem de maliyet açısından sosyal sağlıkta olumsuz sonuçları beraberinde getirmektedir. İngiltere'de kolorektal kanser taraması için bireylere önceden evlerine yazılı afişlerle bilgilendirici kamu spotları gönderilmektedir. Buna rağmen kolorektal kanser taramasına başvuru oranları azdır. Bunun sebebi ile alakalı yapılan çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı en büyük sebep olarak tanımlanmıştır. Tayvan'da 5682 yetişkin bireyle yapılan çalışmaya göre meme kanseri taraması dahilinde olan, kendi kendine meme muayenesi yapmak yada düzenli mamografi çekmek gibi tarama programlarına bireylerin daha az katılması en çok yetersiz düzey sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmiştir (61).

2.2.7. İdeal Sağlık Okuryazarlığı

Sınırlı sağlık okuryazarlığı yetişkinlerin çoğunun hayatını etkilemesine rağmen toplumsal gruplar arasında sınırlı sağlık okuryazarlığının şiddeti ve yaygınlığı bakımından bazı farklılıklar vardır. Bazı gruplar diğerlerine oranla daha fazla sınırlı sağlık okuryazarlığına sahiptir. ABD Sağlık Bakanlığına göre ülkelerinde yaşayan yetişkinler arasında diğerlerine oranla daha fazla sınırlı sağlık okuryazarlığa sahip bu gruplar; 65 yaşının üstündeki yetişkinler, beyazların dışındaki ırk ve etnik gruplar, son mülteci ve göçmenler, yüksekokul veya lise seviyesinden daha düşük öğrenim seviyeli kişiler, yoksulluk seviyesinin altında gelire sahip kişiler, anadili İngilizce olmayan kişilerdir (57).

Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin sağlık hizmetlerini kullanımının, hastanede yatış süresinin ve hastanede bakım maliyetinin daha az olduğu, sağlıklı yaşam davranışları geliştirdikleri ve sorun çözme becerilerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (93).

Bireylerin öğrenim durumları benzer olsa dahi farklı anlama becerisine sahip olabilmektedir. Bu sebeple sağlık alanındaki bilgiler yönünden kişiyi değerlendirirken sadece öğrenim durumunun değil, sağlık okuryazarlık düzeyinin de göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir. Yapılan araştırmalar bireylerin sağlık durumlarını belirlemede sağlık okuryazarlık düzeylerinin demografik özelliklerinden daha etkili olduğunu göstermiştir (74).

İdeal sağlık okuryazarlığına sahip bir bireyden beklenenler şunlardır: Sağlık bilgilerini araştırmalı ve değerlendirmelidir. Günlük karmaşık tıbbi tedavilerin uygulanması dâhil olmak üzere kendi kendine bakım için gerekli olan talimatları anlamalı ve uygulamalıdır. Sağlığın iyileştirilmesi için gerekli yaşam tarzı değişiklikleri planlanmalı ve uygulamalıdır.Bilgiye dayanan sağlığı geliştirici kararlar almalıdır. Gerektiğinde sağlık hizmetlerine nasıl ve ne zaman erişileceğini bilmelidir. Başkalarıyla sağlığı geliştirici aktiviteleri paylaşmalı ve toplum içerisinde sağlık ile ilgili sorunları ele almalıdır (64).

2.2.8. Düşük-Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ve Sonuçları

Bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin (fonksiyonel, bilişsel ve eleştirel becerilerinin) yüksek olması, sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetini alan hastalar arasındaki sorumlulukların paylaşılmasına ve her iki tarafın iletişiminde doğru sonuçlara ulaşabilmeyi sağlar. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan hastalar ise sağlık hizmetlerine erişimde ve bu hizmetleri kullanmada birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu sorunlar hastayı olduğu kadar, sağlık hizmetlerini de olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda, düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler hem kendileri, hem toplumdaki diğer bireyler hem de sağlık hizmetlerinin yönetimi açısından birtakım maliyetlerin oluşmasına sebebiyet verebilmektedirler. Öte yandan, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde semptomatik dönemde sağlık bakımı arayışında gecikmeler olduğu bilinmektedir (64).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük kişilerin sağlık bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ve kronik hastalıkları yönetme becerilerinin düşük olduğu bilinmektedir. Örneğin bir insülin kullanımı olan diyabet hastası polikliniğe başvurduktan sonra ilgili polikliniklerde hekimi ya da hemşiresi tarafından diyabet eğitimine tabi tutulmaktadır. Ancak sağlık okuryazarlık düzeyi sınırda ya da düşük bireyler ilgili eğitimden sonra insülin iğnelerini yapamamakta bu işlemi yaptırmak için acil servise başvurmakta ya da yanlış uygulamalar yaptığından kan şekeri seviyesi düzelmemektedir. Dolayısıyla hastaneye başvuru sıklığı artmaktadır. Bu da yine sağlık kuruluşundaki hasta yoğunluğunu ve sağlık harcamalarının artmasına sebebiyet vermektedir (94).

Bireyin kendisi ya da ailesi için hangi sıklıkta, ne tür sağlık sorunlarında, hangi sağlık kurumuna ve uzmanlık alanına başvuracağı, bu başvuru sonucunda verilen tedavileri nasıl uygulayacağı, bu başvurunun ekonomik yükü ve sağlığı üzerindeki sonuçlarını nasıl değerlendirileceği soruları sağlık okuryazarlığı ve hizmet kullanımı açısından incelenmektedir. Yapılan araştırmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyinin koruyucu sağlık hizmetleri, hastane ve acil servis kullanımı üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, tarama programları, aşılama, egzersiz ve rutin sağlık kontrollerini yeterince önemsemedikleri öne sürülmektedir. Erkeklerin 50 yaşından sonra kalın bağırsak taraması, kadınların meme kanseri için 40 yaşından sonra mamografi çektirmesi gerekliliğinin toplum tarafından bilinmemesi ya da ihmal edilmesi bu duruma örnek olarak verilebilir (95).

Hastanın sağlık okuryazarlığı düzeyi hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıklarda tedaviyi anlama ve tedaviye uyma kapasitesi konusunda belirleyici olmaktadır. Türkiye'de 2012 yılında kişi başına hekime müracaat sayısı ortalama 8.2 olarak gerçekleşmiştir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı'na üye olan ülkelerin ortalamasının 6.6 olduğu (Sağlık Bakanlığı, 2013) dikkate alındığında sağlık hizmetine başvurunun yoğun olduğu Türkiye'de, hizmet taleplerinin ne kadar yerinde olduğunun ve doğru kullanıldığının belirlenmesi, sistemin yönetilmesi açısından da önemlidir (95).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, hastalarda algılanan sağlık durumu ile ilişkilidir. Acil servise tekrarlı başvuru oranlarının sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilişkisine bakmak için yapılan bir çalışmada, bireylerin kendi sağlık durumlarını yeterli

algılayamadıklarından dolayı hastanelere özellikle acil servislere başvuru oranlarının fazla olduğu ve bu durumun sağlık okuryazarlığı düzeyiyle yakından ilişkili olduğu bulunmuştur. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi sağlık durumunun yanlış algılanmasından kaynaklanan aksaklıkların da önüne geçilmesini sağlar. Düşük sağlık okuryazarlığı, kronik hastalığı olan bireylerde koruyucu sağlık uygulamalarını yapmamaya, hastalık prognozunun olumsuz seyretmesine neden olur. Bireyin mevcut hastalığının seyrini kontrol edebilmesi, kontrolleri, ilaç yönetimi ve mevcut sağlık durumundaki bozulmaları anlayabilmesi, bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile doğrudan ilgilidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük ve kronik hastalığı olan bireyler hastalıklarını ve tedavi sürecini anlamakta zorluk çekmektedirler. Diyabet ve hipertansiyon hastalarına yönelik yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin tansiyon değerlerinin normal aralıklarını, diyetin ve egzersizin kan basıncına etkisini bilmedikleri; diyabet hastalarının da hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmadıkları tespit edilmiştir (75). Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan hastaların, anti-hiperglisemik terapiler kullanarak hipoglisemiye karşı ciddi oranda savunmasız kaldıkları tespit edilmiştir. Hipoglisemiyi azaltmak ve hasta güvenliğini teşvik etmek sınırlı sağlık okuryazarlığı olanlar için uygundur ancak desteğe ihtiyaçları olabilmektedir. Örneğin, yetersiz sağlık okuryazarlığı olan hastalarda kan şekeri test sonuçlarının kaydını tutma oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (96).

Bir çalışmada yatarak tedavi gören hastaların akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalıkları ve SOY düzeylerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Toplumun bilinçlendirilmesi; hastaların bilinçsiz ilaç kullanma sıklığının azaltılması; hekime gereksiz ilaç yazdırma baskısının azaltılması, tanı koyma sürecinde hekime daha sağlıklı bilgi vermesinin sağlanması ve verilen tedaviye uyumunun artırılması açısından çok önemlidir (97).

Sağlık okuryazarlığının kadınların üreme bilgisi, sonuçları ve davranışları üzerindeki etkisi üzerine yakın zamanda yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı zayıf olan kadınlarda emzirme oranlarının ve doğum öncesi vitamin takviyesi kullanımının daha düşük olduğu gösterilmiştir (98).

Düşük sağlık okur-yazarlık düzeyinden olumsuz şekilde etkilenen birimlerden biri de acil servislerdir. Acil servis hizmetinde esas olan, en acil olana en kısa süre

içerisinde bu hizmeti vermektir. Acil olmayan hastaların başvurusu yoğunluğu artırmaktadır. Ülkemizde, acil servislerde yaşanan hasta yoğunluğu, hem ulusal hem de yerel bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunun temelinde sosyolojik (hastalarda acil durum kavram algısı),yönetsel ve fiziksel ortam yetersizliği gibi sebepler karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, gerçek dışı acil başvuruları, bu sorunu büyütmektedir (95). Bir toplumdaki gerçek dışı acil başvurular ver mükerrer acil başvurular, hastaların "aciliyet" kavramını doğru bir biçimde algılayamadığını göstermekte olup bu durum, sağlık okuryazarlığı düzeyi, hasta eğitimi düzeyi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyi ile yakından ilişkilidir (100).

2.2.9. Sağlık Okuryazarlığının İlişkili Olduğu Faktörler

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalarda, hasta-hekim ilişkilerinin önemine dikkat çekilmekte; ilişkilerin güçlü olmasının daha iyi sağlık çıktılarını oluşturması açısından önemli olduğu belirtilmektedir. Sağlık çıktısı ile sözü edilen, tedaviye daha iyi uyum, bakımla birlikte memnuniyetin artması ve sağlık sonuçlarının iyileşmesidir. Bu açıdan bakıldığında, sağlık okuryazarlığının tek yönlü olmadığı; bilgi veren hekim ve bilgiyi alan hasta arasında iletişim gerektirdiği söylenebilmektedir (99).

Sağlık okuryazarlığının düşük olması aynı zamanda hasta-hekim iletişimini de olumsuz etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar genellikle doktorlarıyla pasif iletişim tarzını benimsemekte, karar alma sürecine katılmamakta ve hekimleri ile etkileşimlerinin tedavileri için yararlı olmadığını belirtmektedirler (100).

Sağlık profesyonelleri için SOY; iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını sağlayan bir öğe olarak belirtilmektedir. Sağlık profesyonelleri için sağlık bilgilerini sağlık hizmeti kullanıcılarına iletmek açısından güçlükler mevcuttur. Bu güçlükler arasında sağlık hizmeti kullanıcılarının sınırlı okuryazarlık düzeyi, kültürel farklılıklar, yaşa bağlı fiziksel ve bilişsel değişiklikler, dinleme, öğrenme ve hatırlamayı etkileyen duygusal durumlar, hekim-hasta ilişkisi için ayrılan sürenin yetersizliği, hastanın veya bilgi almak isteyenin içinde bulunduğu duygudurum (korku, ağrı vb.), tanı koyma sürecinin karmaşıklığı, sürekli yenilenen ve büyüyen araştırma bulguları sayılabilir (49).

Sağlık hizmetlerinde başarıyı sağlamak için en önemli etken hasta ve sağlık çalışanları arasındaki iki yönlü iletişimin kuvvetli olması ve hasta merkezli bir anlayışa sahip olmaktır. Tıbbi koşulların karmaşıklığı sağlık personeli ile hasta arasındaki

iletişimi güçleştirir. İletişimin önündeki bir diğer engel ise sağlık çalışanı ile hizmet alan arasındaki bilgi asimetrisinin olmasıdır. Sağlık personelinin deneyimsizliği ve uygun tıbbi dili kullanamaması hastanın onu yanlış anlamasına neden olur. Hem hastanın hem de sağlık personelinin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olması ortak bir dil kullanarak anlayış eksikliğini ve kültürel farklılıkları ortadan kaldırmış olur (101).

Sağlığın temel belirleyicilerini genetik, cinsiyet, yaş, yaşam biçimi (beslenme, egzersiz, sigara vb), eğitim, barınma, iş, sağlık hizmetleri, su, sanitasyon, genel sosyo-ekonomik ve çevresel durum oluşturmaktadır (102).

Sağlık okuryazarlığını bireyin sosyo-ekonomik düzeyi, demografik özelliği, iş ortamı, dil, kültür, medya kullanımı, genel okuryazarlık düzeyi gibi birçok faktörler etkilemektedir. Amerikan Ulusal Tıp Akademisi bireylerin sağlık sistemleri, eğitim sistemleri, kültürel ve sosyal faktörlerin sonucunda sağlık okuryazarlığının ortaya çıktığını belirtmiştir. Bireysel özellikler ve sağlık sistemi arasındaki etkileşim sonucunda sağlık okuryazarlığı ortaya çıkar. Bu yüzden etkileyen faktörler bireysel faktörler ve sistemsel faktörler olarak ikiye ayrılır. Sağlığın temel belirleyicileri bireysel faktörleri oluşturmaktadır. Bireysel faktörler; görme, işitme ve konuşma becerileri, hafıza ve anlamlandırma, sosyal ve bilişsel becerilerden oluşmaktadır. Tüm bu becerilerin ve yeteneklerin azalması da düşük sağlık okuryazarlığını ortaya çıkartmaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığı koruyucu sağlık hizmetlerinin az düzeyde kullanımı, bireyin sağlık durumunu anlamasında yetersizlik, öz- bakım yetersizliği, sağlık bakım masraflarında artma ve mortalitede artış gibi durumlara neden olmaktadır (48).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı, yüksek sağlık maliyetleri ile ilişkilidir. Örneğin, Kanada'da 2009 yılında toplam sağlık hizmetleri bütçesinin yaklaşık % 3 ila 5'ini oluşturan 8 milyar ABD dolarından daha pahalıya mal olmuştur. 1998'de ABD Ulusal Yaşlılık Akademisi, sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeylerinden kaynaklanan ek sağlık hizmet maliyetlerini 73 milyar dolar olarak tahmin etmiştir (60).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine bakılarak sağlık harcamalarının 2017 yılında % 17,4 oranında artarak, 140 milyar 647 milyon TL'ye ulaştığı görülmektedir. Bu artışın yaşanmasında kişilerin sağlık hizmeti kullanımındaki dikkatsizliği önemli bir etkendir. Türkiye de 2008 yılında acil servise

başvurusu sayısı 80 milyon olarak gerçekleşmiş ve Sosyal Güvenlik Kurumu, durumu acil olmayan hastalarına acil servis kullanımına yönelik katkı payı ödeme uygulamasını başlatmıştır (89).

Bireylerin aile ve arkadaş yapısı, çevresel ve politik ortamı, yaşadığı coğrafi bölge, konuştukları dil ve yaşadıkları ülkede göçmenlik durumları gibi etmenler sağlık okuryazarlığını etkileyen kültürel faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (57).

Sağlık okuryazarlığına ilişkin incelenen makalelerde değerlendirilen en yaygın demografik değişkenlerin başında eğitim, sağlık durumu, gelir ve yaş olduğu görülmektedir. Ancak yapılan çalışmalar arasından bulunan sonuçlar arasında farklılıklar görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı ve eğitim arasındaki ilişkiyi bakıldığında; bazı araştırmalarda bir ilişki bulunmazken bazı araştırmalarda ise anlamlı ilişkiler bulunmuştur (103).

2.2.10. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi

Bireylerin sağlık profesyonellerine karşı daha anlaşılır olabilmek, sağlık kararlarına katılımda daha aktif rol alabilmek, daha kaliteli sağlık hizmetinden yararlanabilmek için sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması gerekir. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin sayılarının arttırılması öncelikle toplumsal iyileşmelere ve ardından dünyada iyi sağlık sonuçlarına ulaşmaya katkı sağlayacaktır. Bu nedenle iyileştirme çalışmaları ulusal ve uluslararası düzeyde önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığı sistem içerisinde, sağlığın geliştirilmesi ile ilgili hizmetler arasında yer almaktadır. Bu açıdan sağlık sistemi içerisinde yer alan bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin belirlenerek iyileştirilmeye yönelik çalışmalar yapılmasının, sağlık hizmetlerinin yararına olduğu düşünülmektedir (64).

Sağlıklı toplumların oluşmasının temeli sağlıklı ailelerin oluşmasıdır. Sağlıklı aile oluşumunda ise kadın ve çocuk sağlığının önemli yeri vardır. Çocukların sağlıklı olması tanımı, gebelik süresinde başlayarak, bebeklerin sağlıklı doğmaları ve büyüme gelişmelerini sağlıklı geçirmelerine bağlıdır. Bu sebeple kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi, hastalıkların önlenmesi ve çocuk sağlığının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (74).

Çocuklar ve ergenler sağlıkla ilgili kendi kavram ve davranışlarını geliştirirken sağlık okuryazarlığı bilinci oluşturulmaya çalışılmalıdır. Bu durum çocukların doğru

sağlık bilgilerine ulaşabilme, süreci takip edebilme ve anlayabilme becerileri ile gerekli durumlarda sağlık hizmeti alma ve sağlığın geliştirilmesi ile hastalıkların önlenmesi tedbirlerine dahil olmalarına katkı sağlayacaktır. Sağlık okuryazarlığı bilinci oluşturulurken ebeveynlerin çocuklarına model olmaları, çocuklarının davranışları üzerinde etkilidir. Koruyucu sağlık hizmetlerini bilmeme, sağlık hizmetlerine erişememe, yetersiz beslenme, obezite, kötü ağız sağlığı, sigara içme ve hareketsiz yaşam gibi yetersiz ve/veya olumsuz sağlık okuryazarlığına ve davranışlarına sahip ebeveynlerin çocuklarının da benzer davranışlara sahip olduğu yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Ebeveynlerinin olumsuz sağlık davranışlarını değiştirilmesini sağlayabilmeleri açısından da çocukların sağlık okuryazarlığı bilincine sahip olmaları gerekmektedir çünkü sağlık okuryazarlığı öğrenilebilen ve geliştirilebilen bir olgudur (104).

Yetişkinler kendi sağlık davranışlarına yön verebilirler. Ancak çocukların sağlık davranışları, tamamen ebeveynlerine bağlıdır. Çoğunlukla anne, erken çocukluk döneminde çocuğa birinci basamak sağlık hizmeti bakımı yapmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek anneler, sağlıklı çocuklar yetiştirmektedir. Bir ulusun sağlık seviyesinin yüksek olması o ulusun gelişmişliğinin göstergesidir. Toplum sağlığının artmasında ya da azalmasında özellikle kadınların bilgi seviyesinin önemi büyüktür. Ebeveynlerin küçük yaşta çocuklarına da kazandıracağı bilinç, çocuğun gelecekteki sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını etkiler. Sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde kadınların eğitim düzeyinin genelde düşük olması doğrudan çocuk sağlığını etkilemektedir. Özellikle kadınların bilinç düzeyi çok önemlidir; çünkü sağlık okuryazarlığı düzeyleri yalnızca kadınların kendi sağlık davranışlarını değil, aynı zamanda gebelik dönemi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde çocuklarının sağlığını da doğrudan etkilemektedir (105).

Gebelik dönemi, kadının sağlık hizmetlerini daha sık kullandığı ve sağlıkla ilgili temel bilgi ve davranışları öğrenmeye daha açık hale geldiği bir dönemdir. Bu dönem sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak için bir fırsattır. İlk adım olarak kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyesi belirlenmesi, seviyenin iyileştirilmesindeki ilk adımdır. Böylelikle gebelere verilecek olan eğitim etkinliği artacaktır. İlerleyen zamanlarda kendi yaşam tarzı davranışlarını değiştirerek ailelerinin ve halkın sağlık seviyesin iyileştirip yükseltecek davranışları benimseyeceklerdir. Toplumun sağlık seviyesinin

yükseltilmesinde ve geliştirilmesinde, kadının sağlık davranışları belirleyicidir. Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan gebelerin gebelik ile ilgili sağlık bilgileri azdır. Aynı zamanda daha olumsuz yönde sağlık davranışlarında bulunurlar. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük olduğu için, gebelikte karşılaşılan fetal anomaliler hakkında daha az bilgileri vardır. Bu anomalileri taramak adına yapılan prenatal tarama testleriyle ilgili bilgileri düşüktür. Sigaranın fetüs sağlığı üzerine zararlı etkileriyle ilgili bilgileri azdır ya da hiç yoktur (105).

Gebelik döneminde kadınların sağlık hizmeti alma sıklıkları artmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanan gebelerin sağlıkla ilgili konuları, anlama ve kavrama düzeylerinin bilinmesi sorunu tanımlayarak, gebelere verilecek olan sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin etkinliğini artıracaktır. Böylece daha iyi sağlık bilgisine kavuşan gebeler hayat tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek kendilerinin, ailelerinin ve dolayısıyla toplumun sağlığını iyileştirecek davranışlara yönelecektir (106).

Çocukların sonraki yıllarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkilenebileceği için sağlık okuryazarlığı eğitimi çocukluk döneminde başlanmalıdır. Literatüre bakıldığında çocuk merkezli sağlık eğitiminin çocuğun yaş ve gelişimsel özelliklerine göre verilmesi gerektiği bildirilmektedir. Okullar ve bakım ortamları, sağladıkları destekleyici ortamlar ve müfredat aracılığıyla çocukların sağlık okuryazarlığını geliştirme fırsatlarına sahiptir (88).

Çocukların sağlık okuryazarlığının desteklenmesiyle yetişkinlere göre daha olumlu sonuçlar bekleneceği ifade edilmektedir. Yapılan araştırmalarda sağlık okur yazarlığının sağlık davranışları üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle okul çocuklarının ve adolesanların sağlık davranışlarının geliştirilmesi için öncelikle sağlık okuryazarlıklarının geliştirilmesi önemlidir. Sağlık okuryazarlığını geliştirmede; sağlık hizmeti sunucularının önemli görevleri vardır. Okulda yapılan sağlık eğitimlerinde konular, sağlık okuryazarlığı yaklaşımıyla verilmesi sağlanmalıdır. Öğrencilerin yaşına göre uygun pedagojik yöntemler kullanılarak sağlık, sağlık davranışlarının geliştirilmesi ile ilgili eğitimler verilmelidir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için bilgiyi yorumlayabilme ve karar verebilme becerilerinin geliştirilmesiyle ilgili müdahalelere de eğitim programları içinde yer verilmesi önemlidir (48).

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın geliştirilmesi için karşılanması gereken en önemli alandır. Bedenen, zihnen, sosyal, duygusal ve bilişsel yönden iyilik hâlinin devam ettirilebilmesi için hastalık ve sağlık algısının oluşması ve bilgi birikiminin artmasında yaşanılan sosyal ve kültürel yapı (gelenek, görenek, inanç, vb.) ve kazanılan deneyimler rol oynamaktadır. Bu da kişilerin çocukluk çağından itibaren sağlıkla ilgili konularda eğitilmelerini gerektirmektedir. Çocuk ve adolesanlara yaşlarına, beceri ve kapasitelerine uygun olarak temizlik ve özbakım, beslenme, uyku, güvenli cinsel davranış, tütün, alkol ve madde bağımlılığından korunma, ekran bağımlılığından korunma, trafik kazalarından korunmak için gerekli olan güvenli davranışlar, ihmal ve istismardan korunma gibi konularda eğitim verilmelidir. Bu eğitim sayesinde sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı kapsamında çocuk ve adolesanların doğru bilgi, olumlu tutum ve davranış kazanmaları için çeşitli yaşam becerilerinin kazandırılması sağlanabilir. Tüm bu sürecin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik bakış açısının içinde yer almasıyla toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi yükselecek, toplumun sağlık hizmetlerini anlayıp kullanabilmesi kolaylaşacak; böylece sağlıklı yaşam yılları ve kalitesi artacak, sağlıkta eşitsizlikler giderilebilecektir (107).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel analitik tipte çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir il merkezinde Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı merkezlerinde yapılmıştır. Etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra veriler Kasım 2021 tarihinde toplanmıştır.

Bu araştırma için 2021/19-05 numaralı etik izin 23.06.2021 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evreni, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran 18 yaş ve üzeri erişkinler olarak belirlenmiştir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ndeki 18 yaş ve üzeri erişkinlerin toplam sayısı 20.866'dır.

Örneklem büyüklüğü; evreni bilinen örneklem hesaplama formülü kullanılarak [$N=N.t^2.p.q/d^2$ (N-1)+ $t^2.p.q$] en az 378 kişi olarak hesaplanmıştır.

Anlamlılık düzeyi: %95, Hata payı: %5, Prevalans: %50 olarak alınmıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran 18 yaş ve üzeri erişkinler gönüllülük çerçevesinde çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Dahil edilme kriterleri:

18 yaş ve üzeri olmak

Çalışma için gönüllü olmak

Okuryazar olmak

Dışlama kriterleri:

Zihinsel engel mevcut olması

İletişim problemi olması

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Sağlık okuryazarlığı düzeyi

Bağımsız değişkenler: Hasta-hekim iletişimi, sosyodemografik özellikler, diğer faktörler

3.6.Veri Toplama Araçları

3.6.1.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu formda araştırmacının amacı ve araştırmada uygulanacak yöntemler hakkında gönüllülere bilgi verilmektedir. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeleri

durumunda doldurdukları ve imzalarının yer aldığı bölümlerden oluşmaktadır. Formda ayrıca kişisel verilerin gizli tutulacağı ve kimlik bilgilerinin kullanılmayacağı gibi bilgiler de yer almaktadır. (Ek-1)

3.6.2. Sosyodemografik Veri Anket Formu

Araştırmaya katılan bireylere litertaür taraması yapılarak tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Sosyodemografik veri formu; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, aylık gelir durumu, kronik hastalığı olma durumu, son 1 yılda ASM'ye başvurma sıklığı, son 1 yılda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu ve sağlıkla ilgili bilgilere ulaştığı ilk kaynakla ilgili toplam 10 sorudan oluşmaktadır. (Ek-2)

3.6.3. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS)

PCAS, ABD'nin Boston eyaleti Massachusetts bölgesinde ikamet eden çalışanlarda, 6094 kişilik bir örnekte uygulanarak geliştirilmiş ve uluslararası geçerliliği yapılmış, birinci basamak ölçme ve değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Manisa'da Lağarlı ve arkadaşları tarafından 2014'te yapılmıştır. Cronbach alfa değeri (iç tutarlılık katsayısı) 0.80-0.90 olarak bulunmuştur. Hiçbir boyuta ait olmayan tarama amaçlı iki soru ile birlikte toplam 51 sorudan ve 11 alt boyuttan oluşan ölçek, uluslararası geçerlilik çalışmasında yedi boyuta indirgenmiştir. Ölçekle yapılmış olan bazı çalışmalarda yapısal ve süreç özellikleri iki özet boyutta toplanmıştır. Ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm "yapısal özet boyut"; kişisel yaklaşım, hizmet memnuniyeti ve güven ise "hekim-hasta ilişkisi özet boyutunu" oluşturmaktadır.

Çalışmamızda ölçeğin "Hekim-hasta ilişkisi özel boyutu" kullanılacaktır. Bu özel boyut; Fizik muayene (1 soru), İletişim (6 soru), Kişisel yaklaşım (5 soru), Güven (8 soru) ve 1 tane tarama amaçlı soru olmak üzere toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

Ölçek soruları 6'lı Likert tipindedir (En küçük=1, En yüksek=6). Puan arttıkça, özellik daha "iyi" olmaktadır. Hasta-hekim ilişkisi özel boyut puanı; bu boyutu oluşturan soruların ortalamalarının toplanmasıyla hesaplanmaktadır. Boyut puanları 0-100 puan sistemine dönüştürülmektedir.

3.6.4. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

TSOY-32, on beş yaş üzeri ve okuryazar olan kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Okyay ve arkadaşları tarafından 2016'da yapılmıştır. TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4'lük bir matrise dayanarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris "Tedavi ve hizmet" ile "Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi" olmak üzere iki boyutu; "Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma", "Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama", "Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme", "Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama" dört süreçten oluşan toplam sekiz bileşeni içermektedir. Ölçekte "Tedavi ve hizmet" boyutuyla ilgili 16 soru, "Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi" boyutuyla ilgili 16 soru olmak üzere toplam 32 soru bulunmaktadır.

Ölçeğin Cronbach alfa değeri (genel iç tutarlık katsayısı) 0.927 olarak saptanmıştır. Birinci boyut olan "Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu"nun Cronbach alfa katsayısı 0,880'dir. İkinci boyut olan "Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu"nun Cronbach alfa katsayısı 0,863'dür.

Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili iki boyut(tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili dört bilgi edinme sürecini (ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma/uygulama) içermektedir. Her madde 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor olacak şekilde 4 derecelidir. "Fikrim yok" ifadesi için 5 kodu kullanılacaktır. Puan hesaplarına geçilmeden önce, kodlar 1-4, 4-1 olacak şekilde yeniden kodlanmalıdır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde aşağıdaki formül yardımıyla standardize edilmiştir:

Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

Ölçekte 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmektedir:

(0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından hastalar ile görüşülerek ASM ortamında yüz yüze toplanmıştır. Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından çalışmanın amacına yönelik bilgilendirilmiş ve onam formu imzalatılmıştır.

3.8. Veri Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde IBM SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 24.0 programı kullanılmıştır. Tüm veriler için tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır.

Karşılaştırmalarda, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi, kategorik değişkenler ile sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise t testi ve anova testi ya da gerekirse bu testlerin non-parametrik karşılıkları kullanılmıştır. p değeri < 0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1.Tanımlayıcı Analizler

Araştırma 01.11.2021-30.11.2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine herhangi bir sebeple başvuran 385 katılımcı ile yapılmıştır.

Bireylerin % 63,9'u kadın, % 69,9'u evlidir. Çalışmaya katılanların % 36,1'i üniversite mezunu olup bu oranı % 33,5 ile lise mezunu olanlar takip etmektedir. Mesleklerin dağılımına bakıldığında katılımcıların %28,3'ü ev hanımı olup %17,1

oranla memur olanlar ikinci sırada gelmektedir. Çalışmaya katılanların % 47,8'inin geliri gidere denk, % 34,8'inin geliri giderden az, % 17,4'ünün geliri giderden fazladır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaşlarının ortalaması 41,63 ± 13,62 (min 18 ve maks 81) olarak bulunmuştur. Yaş; 41 yaş ve altındakiler ile 41 yaş üzerindekiler şeklinde ikiye ayrılarak kategorize edilmiştir. % 56,9 oranla 41 yaş ve altındakiler katılımcıların çoğunluğunu oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine ait sayı ve yüzde bilgileri Tablo 1'de verilmektedir.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik değişkenler		**N**	**%**
Cinsiyet	Kadın	246	63,9
	Erkek	139	36,1
Yaş	Ort. ± Ss	41,63 ± 13,62	
	Medyan (Min – Maks)	39 (18 – 81)	
Yaşın kategorizasyonu	41 yaş ve altındakiler	219	56,9
	41 yaş üzerindekiler	166	43,1
Eğitim durumu	Okuryazar	7	1,8
	İlkokul mezunu	46	11,9
	Ortaokul mezunu	64	16,6
	Lise mezunu	129	33,5
	Üniversite mezunu	139	36,1
Medeni durum	Evli	269	69,9
	Bekar	75	19,5
	Ayrılmış/ Dul	41	10,6
Meslek	Öğrenci	19	4,9
	Ev hanımı	109	28,3
	Serbest çalışan	23	6,0
	İşçi	43	11,2
	Memur	66	17,1
	Esnaf	20	5,2
	Sağlık çalışanı	10	2,6
	Emekli	41	10,6
	Diğer	54	14,0
Gelir durumu	Gelir giderden fazla	67	17,4
	Gelir gidere denk	184	47,8
	Gelir giderden az	134	34,8

Çalışmaya katılan bireylerin % 67,8'inde bilinen herhangi bir kronik hastalık bulunmayıp, % 24,7'sinde 1 tane kronik hastalık ve % 7,5'inde 1'den fazla kronik hastalık bulunmaktadır.

Sosyodemografik soruları hazırlarken yararlandığımız Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 haber bültenindeki verilere göre bireylerin aile hekimine yıllık ortalama başvuru sayısı 3,3 bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcıların son 1 yıl içinde ASM'ye başvurma sıklığına bakıldığında 1 yılda 2-5 kere başvuranların oranı % 54,3; yılda 2'den az başvuranların oranı % 28,6 ve 5'ten fazla başvuranların oranı 17,1'dir.

Çalışmaya katılan bireyler aile hekimi tarafından evde ziyaret edilmesine göre incelendiğinde % 93,2'si hiç ziyaret edilmediğini, % 4,7'si 1-2 kere ziyaret edildiğini, %2,1'i 2'den fazla ziyaret edildiğini belirtmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin genellikle sağlıkla ilgili bilgilere ulaştığı ilk kaynak tercihine göre % 56,4'ü hekimi, % 22,9'u interneti tercih etmiştir. Diğer kaynaklar daha düşük oranlardadır.

Anket formunda bağımlı değişkeni etkileyebilecek değişkenlere göre çalışmaya katılan bireylerin özellikleri Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2: Katılımcıların Diğer Değişkenlere Göre Özellikleri

Katılımcıların diğer değişkenlere göre özellikleri		**N**	**%**
Kronik hastalık durumu	Kronik hastalığım yok	261	67,8
	1 tane kronik hastalığım var	95	24,7
	1'den fazla kronik hastalığım var	29	7,5
Katılımcının son 1 yılda ASM'ye başvurma sıklığı	2'den az	110	28,6
	2-5 kere	209	54,3
	5'ten fazla	66	17,1
Aile hekimi tarafından son 1 yılda evde ziyaret edilme durumu	Hiç ziyaret edilmedim	359	93,2
	1-2 kere ziyaret edildim	18	4,7
	2'den fazla ziyaret edildim	8	2,1
Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşılan ilk kaynak	Hekim	217	56,4
	Hemşire	14	3,6
	Eczacı	24	6,2
	Diğer sağlık çalışanları	13	3,4
	Aile, komşu veya arkadaş	17	4,4
	İnternet	88	22,9
	Gazete, dergi	1	0,3
	TV	10	2,6
	Diğer	1	0,3

Çalışmaya katılan bireylerin Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) alt boyutlarından aldıkları puanlara göre tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Fizik muayene alt boyutundan alınan puan ortalaması 66,28 ve standart sapma değeri 17,34 olarak bulunmuştur. İletişim alt boyutundan alınan puan ortalaması 67,73 olup standart sapma 14,74 bulunmuştur. Kişisel yaklaşım alt boyutundan alınan puan ortalaması 67,81 olup standart sapma 16,34'tür. Güven alt boyutundan alınan puan ortalaması 69,52 ve standart sapma 11,82 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların PCAS alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı analizleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanları Tanımlayıcı Analizi

PCAS alt boyutları	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Fizik muayene alt boyutu	0,00	100,00	66,28	17,34
İletişim alt boyutu	16,67	100,00	67,73	14,74
Kişisel yaklaşım alt boyutu	0,00	100,00	67,81	16,34
Güven alt boyutu	28,13	100,00	69,52	11,82

Katılımcıların çoğu %34,8 oranla sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahiptir. %30,1'i yeterli, %21,6'sı yetersiz, %13,5'i mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir.

TSOY-32 ölçeği genel indeks puan ortalamalarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve tanımlayıcı analizleri Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4: TSOY-32 ölçeği genel indeks puan ortalamalarının kategorizasyonu ve tanımlayıcı analizleri

TSOY genel puanın kategorizasyonu	N	%
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	83	21,6
Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	134	34,8
Yeterli sağlık okuryazarlığı	116	30,1
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	52	13,5

Çalışmaya katılan bireylerin TSOY-32 ölçeğinin birinci boyutunu oluşturan tedavi ve hizmet ile ikinci alt boyutunu oluşturan hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi, sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından incelenmiştir. Tedavi ve hizmet alt boyutunda en yüksek oranla katılımcıların %32,7'si yeterli sağlık okuryazarlığına sahiptir. Hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda ise en yüksek oranla katılımcıların %30,1'i sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahiptir.

TSOY-32 ölçeğinin 2 alt boyutunun SOY düzeyi açısından incelenmesi ve tanımlayıcı analizleri Tablo 5'te verilmektedir.

Tablo 5: TSOY-32 ölçeğinin 2 alt boyutunun SOY düzeyi açısından incelenmesi ve tanımlayıcı analizleri

TSOY-32 ölçeğinin 2 alt boyutu	Sağlık okuryazarlığı düzeyleri	N	%
Tedavi ve hizmet	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	88	22,9
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	119	30,9
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	126	32,7
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	52	13,5
Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	97	25,2
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	116	30,1
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	112	29,1
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	60	15,6

TSOY-32 ölçeğinin 2 alt boyutunun ve sağlıkla ilgili 4 sürecin tanımlayıcı analizleri yapılmıştır. Tedavi ve hizmet alt boyutundan alınan ortalama puan 31,93 olup standart sapması 9,02'dir. Hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutundan alınan ortalama puan 31,63 olup standart sapması 9,66'dır. Bilgiye ulaşma sürecinden alınan ortalama puan 33,44 olup standart sapması 10,17 bulunmuştur. İkinci süreç olan bilgiyi anlama sürecinden alınan ortalama puan 35,79 ve standart sapması 9,06'dır. Bilgiyi değerlendirme sürecinden alınan ortalama puan 26,54 olup standart sapması 10,81'dir. Bilgiyi kullanma / uygulama sürecinden alınan ortalama puan 31,36 olup standart sapması 9,30'dur.

Çalışmamızda TSOY-32 ölçeği genel puan ortalaması 31,78 olup standart sapması 8,90 bulunmuştur.

TSOY-32 ölçeğinin 2 alt boyutunun, bilgiyle ilgili 4 sürecin ve TSOY-32 ölçeğinden alınan genel puanların tanımlayıcı analizleri Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6: TSOY-32 Ölçeğinin 2 Alt Boyutunun, Bilgiyle İlgili 4 Sürecin ve Ölçek Genel Puanlarının Tanımlayıcı Analizleri

TSOY-32 alt boyutları ve bilgiyle ilgili süreçler	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Tedavi ve hizmet	3,11	49,80	31,93	9,02
Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	1,04	49,80	31,63	9,66
Bilgiye ulaşma	4,15	49,80	33,44	10,17
Bilgiyi anlama	0,00	49,80	35,79	9,06
Bilgiyi değerlendirme	0,00	49,80	26,54	10,81
Bilgiyi kullanma / uygulama	2,08	49,80	31,36	9,30
TSOY-32 genel puan	3,63	49,80	31,78	8,90

4.2. Karşılaştırmalı analizler

4.2.1. PCAS Ölçeğiyle İlgili İstatistiksel Olarak Anlamlı Çıkan Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre PCAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlara bakıldığında p değerinin 0,025 olmasıyla sadece güven alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır. Katılımcılar 41 yaş ve altı ile 41 yaşın üstündekiler şeklinde ikiye ayrılarak PCAS alt boyutları açısından incelendiğinde sadece güven alt boyutunda p değerinin 0,006 olduğu görülmektedir ve fark anlamlıdır. PCAS ölçeği alt boyut puanları katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında iletişim (p = 0,000), kişisel yaklaşım (p = 0,001) ve güven (p = 0,000) alt boyutlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. PCAS ölçeği alt boyut puanları çalışmaya katılanların gelir durumuna göre karşılaştırıldığında iletişim (p = 0,004), kişisel yaklaşım (p = 0,023) ve güven (p = 0,026) alt boyutlarında anlamlı fark saptanmıştır. PCAS ölçeği alt boyut puanları katılımcıların sağlıkla ilgili bilgilere ulaştığı ilk kaynağa göre karşılaştırıldığında iletişim (p = 0,006), kişisel yaklaşım (p = 0,013) ve güven (p = 0,001) alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre PCAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlara bakıldığında p değerinin 0,025 olmasıyla sadece güven alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır. Diğer alt boyutlardaki puanlara bakıldığında kadın-erkek arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

PCAS ölçeği alt boyut puanlarının katılımcıların cinsiyetine göre karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmektedir.

Tablo 7: PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması

PCAS alt boyutları	Cinsiyet	N	%	PCAS alt boyut puanı ortalama	p
Fizik muayene	Kadın	246	63,9	67,15	0,192
	Erkek	139	36,1	64,74	
İletişim	Kadın	246	63,9	67,92	0,730
	Erkek	139	36,1	67,38	
Kişisel yaklaşım	Kadın	246	63,9	67,36	0,476
	Erkek	139	36,1	68,60	
Güven	Kadın	246	63,9	70,54	**0,025**
	Erkek	139	36,1	67,73	

Çalışmaya katılan bireylerin yaşlarının ikiye kategorizasyonuna göre PCAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar incelenmiştir. Katılımcıların yaşının aritmetik ortalama değeri 41,63 olması sebebiyle 41 yaş ve altı ile 41 yaş üzerindekiler olmak üzere katılımcılar iki gruba ayrılmıştır. 0,006 olan p değeriyle sadece güven alt boyutunda 41 yaş ve altındaki katılımcılar ile 41 yaşın üzerindeki katılımcılar arasında anlamlı fark bulunmuştur.

PCAS ölçeği alt boyut puanlarının katılımcıların yaşının kategorizasyonuna göre karşılaştırılması Tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8: PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Yaş Kategorizasyonuna Göre Karşılaştırılması

PCAS alt boyutları	Yaş kategorizasyonu	PCAS alt boyut puanı ortalama	p
Fizik muayene	41 yaş ve altı	66,84	0,456
	41 yaş üstü	65,54	

İletişim	41 yaş ve altı	68,72	
	41 yaş üstü	66,42	0,130
Kişisel yaklaşım	41 yaş ve altı	69,16	
	41 yaş üstü	66,02	0,061
Güven	41 yaş ve altı	70,96	
	41 yaş üstü	67,63	**0,006**

Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumuna göre PCAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde iletişim (p=0,000), kişisel yaklaşım (p=0,001), güven (p=0,000) alt boyutlarında anlamlı fark saptanmıştır. Katılımcıların eğitim durumunun fizik muayene alt boyutu üzerinde farklılık göstermediği bulunmuştur (p=0,562).

PCAS ölçeği alt boyut puanlarının katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırılması Tablo 9 ve Tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 9: PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

PCAS alt boyutları	**Eğitim durumu**	**PCAS alt boyut puanı ortalama**	**p**
Fizik muayene	Okuryazar	57,14	
	İlkokul mezunu	65,65	
	Ortaokul mezunu	65,93	0,562
	Lise mezunu	65,73	
	Üniversite mezunu	67,62	
İletişim	Okuryazar	46,19	
	İlkokul mezunu	63,76	
	Ortaokul mezunu	66,30	**0,000**
	Lise mezunu	67,77	
	Üniversite mezunu	70,74	
Kişisel yaklaşım	Okuryazar	46,28	
	İlkokul mezunu	63,04	
	Ortaokul mezunu	67,00	**0,001**
	Lise mezunu	69,39	
	Üniversite mezunu	69,38	
Güven	Okuryazar	50,00	
	İlkokul mezunu	66,64	
	Ortaokul mezunu	65,67	**0,000**
	Lise mezunu	71,53	
	Üniversite mezunu	71,38	

Tablo 10: PCAS Ölçeği İletişim Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	Eğitim durumu		PCAS alt boyut puanı ortalama farkı	p
İletişim	Okuryazar	İlkokul	-17,577	0,022
		Ortaokul	-20,111	**0,004**
		Lise	-21,587	**0,001**
		Üniversite	-24,552	**0,000**
	İlkokul	Okuryazar	17,577	0,022
		Ortaokul	-2,533	0,891
		Lise	-4,009	0,480
		Üniversite	-6,975	0,036
	Ortaokul	Okuryazar	20,111	**0,004**
		İlkokul	2,533	0,891
		Lise	-1,475	0,962
		Üniversite	-4,441	0,244
	Lise	Okuryazar	21,587	**0,001**
		İlkokul	4,009	0,480
		Ortaokul	1,475	0,962
		Üniversite	-2,965	0,440
	Üniversite	Okuryazar	24,552	**0,000**
		İlkokul	6,975	0,036
		Ortaokul	4,441	0,244
		Lise	2,965	0,440

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,005.

Tablo 11: PCAS Ölçeği Kişisel Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	Eğitim durumu		PCAS alt boyut puanı ortalama farkı	p
	Okuryazar	İlkokul	-16,757	0,077
		Ortaokul	-20,714	0,011
		Lise	-23,109	**0,002**
		Üniversite	-23,095	**0,002**
	İlkokul	Okuryazar	16,757	0,077
		Ortaokul	-3,956	0,705
		Lise	-6,351	0,144
		Üniversite	-6,337	0,139
		Okuryazar	20,714	0,011

Kişisel yaklaşım	Ortaokul	İlkokul	3,956	0,705
		Lise	-2,395	0,865
		Üniversite	-2,381	0,863
	Lise	Okuryazar	23,109	**0,002**
		İlkokul	6,351	0,144
		Ortaokul	2,395	0,865
		Üniversite	0,014	1,000
	Üniversite	Okuryazar	23,095	**0,002**
		İlkokul	6,337	0,139
		Ortaokul	2,381	0,863
		Lise	-0,014	1,000

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,005.

Tablo 12: PCAS Ölçeği Güven Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	**Eğitim durumu**		**PCAS alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
Güven	Okuryazar	İlkokul	-16,644	**0,003**
		Ortaokul	-15,673	0,005
		Lise	-21,535	**0,000**
		Üniversite	-21,380	**0,000**
	İlkokul	Okuryazar	16,644	**0,003**
		Ortaokul	0,970	0,992
		Lise	-4,891	0,089
		Üniversite	-4,736	0,102
	Ortaokul	Okuryazar	15,673	0,005
		İlkokul	-0,970	0,992
		Lise	-5,862	0,007
		Üniversite	-5,706	0,008
	Lise	Okuryazar	21,535	**0,000**
		İlkokul	4,891	0,089
		Ortaokul	5,862	0,007
		Üniversite	0,155	1,000
	Üniversite	Okuryazar	21,380	**0,000**
		İlkokul	4,736	0,102
		Ortaokul	5,706	0,008
		Lise	-0,155	1,000

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,005.

Katılımcıların medeni durumuna göre PCAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar karşılaştırıldığında p değerlerinin 0,05'ten büyük olması nedeniyle hiçbir alt boyutta anlamlı fark saptanmamıştır.

PCAS ölçeği alt boyut puanlarının katılımcıların medeni durumuna göre karşılaştırılması Tablo 13'te gösterilmektedir.

Tablo 13: PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması

PCAS alt boyutları	Medeni durum	PCAS alt boyut puanı ortalama	p
Fizik muayene	Evli	65,27	0,169
	Bekar	67,73	
	Ayrılmış/ Dul	70,24	
İletişim	Evli	67,10	0,440
	Bekar	69,28	
	Ayrılmış/ Dul	69,02	
Kişisel yaklaşım	Evli	66,95	0,268
	Bekar	70,29	
	Ayrılmış/ Dul	68,87	
Güven	Evli	69,43	0,968
	Bekar	69,66	
	Ayrılmış/ Dul	69,89	

Çalışmaya katılan bireylerin gruplanmış mesleğine göre PCAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde fizik muayene (p=0,268), iletişim (p=0,278), kişisel yaklaşım (p=0,281) ve güven (p=0,542) alt boyutlarında p değerinin > 0,05 olması nedeniyle anlamlı fark bulunamamıştır.

PCAS ölçeği alt boyut puanlarının katılımcıların gruplanmış mesleğine göre karşılaştırılması Tablo 14'te verilmektedir.

Tablo 14: PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Mesleğe Göre Karşılaştırılması

PCAS alt boyutları	Gruplanmış meslek	PCAS alt boyut puanı ortalama	p
Fizik muayene	Öğrenci ve diğer	70,13	0,268
	Ev hanımı	65,13	
	Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	65,39	
	Sağlık çalışanı	70,00	

	Emekli	64,87	
İletişim	Öğrenci ve diğer	68,35	0,278
	Ev hanımı	65,10	
	Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	68,94	
	Sağlık çalışanı	70,66	
	Emekli	68,37	
Kişisel yaklaşım	Öğrenci ve diğer	70,57	0,281
	Ev hanımı	65,24	
	Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	68,44	
	Sağlık çalışanı	68,40	
	Emekli	67,21	
Güven	Öğrenci ve diğer	70,07	0,542
	Ev hanımı	69,58	
	Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	69,94	
	Sağlık çalışanı	70,93	
	Emekli	66,53	

Çalışmaya katılan bireylerin gelir durumuna göre PCAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde iletişim (p=0,004), kişisel yaklaşım (p=0,023), güven (p=0,026) alt boyutlarında anlamlı fark saptanmıştır. Katılımcıların gelir durumunun fizik muayene alt boyutu üzerinde farklılık göstermediği bulunmuştur (p=0,178).

PCAS ölçeği alt boyut puanlarının katılımcıların gelir durumuna göre karşılaştırılması Tablo 15, Tablo 16, Tablo 17 ve Tablo 18'de verilmektedir.

Tablo 15: PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

PCAS alt boyutları	**Gelir durumu**	**PCAS alt boyut puanı ortalama**	**p**
Fizik muayene	Gelir giderden fazla	63,88	0,178
	Gelir gidere denk	67,93	
	Gelir giderden az	65,22	
İletişim	Gelir giderden fazla	66,31	**0,004**
	Gelir gidere denk	70,30	
	Gelir giderden az	64,90	
Kişisel yaklaşım	Gelir giderden fazla	65,25	**0,023**
	Gelir gidere denk	70,19	
	Gelir giderden az	65,82	
Güven	Gelir giderden fazla	68,42	**0,026**
	Gelir gidere denk	71,21	
	Gelir giderden az	69,52	

Tablo 16: PCAS Ölçeği İletişim Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	Gelir durumu		PCAS alt boyut puanı ortalama farkı	p
İletişim	Gelir giderden fazla	Gelir gidere denk	-3,989	0,134
		Gelir giderden az	1,417	0,792
	Gelir gidere denk	Gelir giderden fazla	3,989	0,134
		Gelir giderden az	5,407	**0,003**
	Gelir giderden az	Gelir giderden fazla	-1,417	0,792
		Gelir gidere denk	-5,407	**0,003**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Tablo 17: PCAS Ölçeği Kişisel Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	Gelir durumu		PCAS alt boyut puanı ortalama farkı	p
Kişisel yaklaşım	Gelir giderden fazla	Gelir gidere denk	-4,941	0,084
		Gelir giderden az	-0,567	0,970
	Gelir gidere denk	Gelir giderden fazla	4,941	0,084
		Gelir giderden az	4,374	0,047
	Gelir giderden az	Gelir giderden fazla	0,567	0,970
		Gelir gidere denk	-4,374	0,047

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Tablo 18: PCAS Ölçeği Güven Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	Gelir durumu		PCAS alt boyut puanı ortalama farkı	p
Güven	Gelir giderden fazla	Gelir gidere denk	-2,789	0,220
		Gelir giderden az	0,652	0,927
	Gelir gidere denk	Gelir giderden fazla	2,789	0,220
		Gelir giderden az	3,442	0,028
	Gelir giderden az	Gelir giderden fazla	-0,652	0,927
		Gelir gidere denk	-3,442	0,028

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre PCAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar karşılaştırıldığında p değerlerinin > 0,05 olması sebebiyle hiçbir alt boyutta anlamlı fark bulunamamıştır.

PCAS ölçeği alt boyut puanlarının katılımcıların kronik hastalık durumuna göre karşılaştırılması Tablo 19'da gösterilmektedir.

Tablo 19: PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması

PCAS alt boyutları	Kronik hastalık durumu	PCAS alt boyut puanı ortalama	p
Fizik muayene	Kronik hastalığım yok	66,66	0,823
	1 tane kronik hastalığım var	65,47	
	1'den fazla kronik hastalığım var	65,51	
İletişim	Kronik hastalığım yok	68,00	0,395
	1 tane kronik hastalığım var	68,07	
	1'den fazla kronik hastalığım var	64,13	
Kişisel yaklaşım	Kronik hastalığım yok	68,07	0,480
	1 tane kronik hastalığım var	68,16	
	1'den fazla kronik hastalığım var	64,27	
Güven	Kronik hastalığım yok	70,19	0,065
	1 tane kronik hastalığım var	69,11	
	1'den fazla kronik hastalığım var	64,87	

Çalışmaya katılan bireylerin son 1 yılda ASM'ye başvurma sıklığına göre PCAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar karşılaştırıldığında p değerlerinin > 0,05 olması sebebiyle hiçbir alt boyutta anlamlı fark bulunamamıştır.

PCAS ölçeği alt boyut puanlarının katılımcıların ASM'ye başvurma sıklığına göre karşılaştırılması Tablo 20'de gösterilmektedir.

Tablo 20: PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Son 1 Yılda ASM'ye Başvurma Sıklığına Göre Karşılaştırılması

PCAS alt boyutları	ASM'ye başvurma durumu	PCAS alt boyut puanı ortalama	p
Fizik muayene	2'den az	64,72	0,538
	2-5 kere	66,89	
	5'ten fazla	66,96	
İletişim	2'den az	66,27	

	2-5 kere	68,48	0,445
	5'ten fazla	67,77	
Kişisel yaklaşım	2'den az	65,63	0,121
	2-5 kere	69,35	
	5'ten fazla	66,54	
Güven	2'den az	69,46	0,835
	2-5 kere	69,79	
	5'ten fazla	68,79	

Çalışmaya katılan bireylerin son 1 yılda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna göre PCAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar karşılaştırıldığında p değerlerinin > 0,05 olması sebebiyle hiçbir alt boyutta anlamlı fark bulunamamıştır.

PCAS ölçeği alt boyut puanlarının katılımcıların son 1 yılda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna göre karşılaştırılması Tablo 21'de gösterilmektedir.

Tablo 21: PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Son 1 Yılda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilmesine Göre Karşılaştırılması

PCAS alt boyutları	**Aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu**	**PCAS alt boyut puanı ortalama**	**p**
Fizik muayene	Hiç ziyaret edilmedim	66,40	0,807
	1-2 kere ziyaret edildim	65,55	
	2'den fazla ziyaret edildim	62,50	
İletişim	Hiç ziyaret edilmedim	67,71	0,800
	1-2 kere ziyaret edildim	66,66	
	2'den fazla ziyaret edildim	70,83	
Kişisel yaklaşım	Hiç ziyaret edilmedim	67,68	0,504
	1-2 kere ziyaret edildim	67,33	
	2'den fazla ziyaret edildim	74,50	
Güven	Hiç ziyaret edilmedim	69,45	0,900
	1-2 kere ziyaret edildim	70,48	
	2'den fazla ziyaret edildim	70,70	

Çalışmaya katılan bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaştığı ilk kaynağa göre PCAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde iletişim (p=0,006), kişisel yaklaşım (p=0,013), güven (p=0,001) alt boyutlarında anlamlı fark

saptanmıştır. Katılımcıların gelir durumunun fizik muayene alt boyutu üzerinde farklılık göstermediği bulunmuştur (p=0,539).

PCAS ölçeği alt boyut puanlarının katılımcıların sağlıkla ilgili bilgilere ulaştığı ilk kaynağa göre karşılaştırılması Tablo 22, Tablo 23, Tablo 24 ve Tablo 25'te gösterilmektedir.

Tablo 22: PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaştığı İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılması

PCAS alt boyutları	Gruplanmış ilk bilgi kaynağı	PCAS alt boyut puanı ortalama	p
Fizik muayene	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	66,49	0,539
	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	63,33	
	İnternet	67,04	
	Gazete, dergi, TV, radyo	60,00	
İletişim	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	68,28	**0,006**
	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	59,44	
	İnternet	69,05	
	Gazete, dergi, TV, radyo	57,27	
Kişisel yaklaşım	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	68,26	**0,013**
	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	59,33	
	İnternet	69,50	
	Gazete, dergi, TV, radyo	57,09	
Güven	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	70,52	**0,001**
	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	60,93	
	İnternet	69,24	
	Gazete, dergi, TV, radyo	61,64	

Tablo 23: PCAS Ölçeği İletişim Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaştığı İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	Gruplanmış ilk bilgi kaynağı		PCAS alt boyut puanı ortalama farkı	p
	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	8,839	0,063
		İnternet	-0,769	0,973

İletişim		Gazete, dergi, TV, radyo	11,010	0,068
	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-8,839	0,063
		İnternet	-9,608	0,054
		Gazete, dergi, TV, radyo	2,171	0,980
	İnternet	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	0,769	0,973
		Aile, komşu, arkadaş veya diğer	9,608	0,054
		Gazete, dergi, TV, radyo	11,780	0,057
	Gazete, dergi, TV, radyo	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-11,010	0,068
		Aile, komşu, arkadaş veya diğer	-2,171	0,980
		İnternet	-11,780	0,057

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,008.

Tablo 24: PCAS Ölçeği Kişisel Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaştığı İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	**Gruplanmış ilk bilgi kaynağı**		**PCAS alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
Kişisel yaklaşım	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	8,935	0,107
		İnternet	-1,231	0,926
		Gazete, dergi, TV, radyo	11,177	0,113
	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-8,935	0,107
		İnternet	-10,166	0,073
		Gazete, dergi, TV, radyo	2,242	0,984
	İnternet	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	1,231	0,926

		Aile, komşu, arkadaş veya diğer	10,166	0,073
		Gazete, dergi, TV, radyo	12,409	0,079
	Gazete, dergi, TV, radyo	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-11,177	0,113
		Aile, komşu, arkadaş veya diğer	-2,242	0,984
		İnternet	-12,409	0,079

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,008.

Tablo 25: PCAS Ölçeği Güven Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaştığı İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	**Gruplanmış ilk bilgi kaynağı**		**PCAS alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
Güven	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	9,584	**0,004**
		İnternet	1,275	0,808
		Gazete, dergi, TV, radyo	8,874	0,064
	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-9,584	**0,004**
		İnternet	-8,309	0,030
		Gazete, dergi, TV, radyo	-0,710	0,999
	İnternet	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-1,275	0,808
		Aile, komşu, arkadaş veya diğer	8,309	0,030
		Gazete, dergi, TV, radyo	7,599	0,173
	Gazete, dergi, TV, radyo	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-8,874	0,064
		Aile, komşu, arkadaş veya diğer	0,710	0,999
		İnternet	-7,599	0,173

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,008.

4.2.2. TSOY-32 Ölçeğiyle İlgili İstatistiksel Olarak Anlamlı Çıkan Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin yaşlarının ikiye ayrılmasına (41 yaş ve altı ile 41 yaşın üstü) göre TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ile TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamaları karşılaştırıldığında hem tedavi ve hizmet alt boyutunda p=0,000; hem de hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p=0,000 bulunmuş olup; ölçek genel puanında da p = 0,000 bulunmuştur ve tümünde fark anlamlıdır.

Eğitim durumuna göre TSOY-32 ölçeğinin tedavi ve hizmet alt boyutunda p=0,000; hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p=0,000; ölçeğin genel puan ortalamalarında p değeri 0,000 olup anlamlı fark bulunmuştur.

Medeni duruma göre bakıldığında TSOY-32 ölçeğinin tedavi ve hizmet alt boyutunda p=0,001; hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p=0,000; genel puan ortalamalarında p değeri 0,000 olup anlamlı fark bulunmuştur.

Katılımcıların mesleği, analizlerin anlaşılır olabilmesi tabloların yalınlaşması açısından gruplanmıştır ve mesleğe göre TSOY-32 ölçeğin tedavi ve hizmet alt boyutunda p=0,000; hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p=0,000; genel puan ortalamalarında p değeri 0,000 olup anlamlı fark bulunmuştur.

Bireylerin gelir durumuna göre TSOY-32 ölçeğinin her iki alt boyutunda p değeri 0,000; ölçeğin genel puan ortalamalarında p değeri yine 0,000 olup istatistiksel olarak bulunan fark anlamlıdır.

Kronik hastalık durumuna göre TSOY-32 ölçeğinin tedavi ve hizmet alt boyutunda p değeri 0,001; hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p değeri 0,000; TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamalarında p değeri 0,000 olup istatistiksel olarak bulunan fark anlamlıdır.

Katılımcıların son 1 yılda ASM'ye başvurma sıklığına göre TSOY-32 ölçeğinin hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p=0,006 ve TSOY-32 ölçeği genel puana bakıldığında p=0,023 olup anlamlı fark bulunmuştur fakat sonraki basamakta yapılan Post-hoc (Tukey) analizde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaştığı ilk kaynağa göre TSOY-32 ölçeğinin tedavi ve hizmet alt boyutunda p=0,000; hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p=0,000 bulunmuş olup her iki alt boyutta fark anlamlıdır. Ayrıca TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamalarına bakıldığında p değeri 0,000 olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Katılımcıların cinsiyetine göre TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ile TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamaları karşılaştırıldığında p değerlerinin 0,05'ten büyük olması nedeniyle ölçeğin hiçbir alt boyutunda anlamlı fark saptanmamıştır.

TSOY-32 ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ve genel puan ortalamalarının katılımcıların cinsiyetine göre karşılaştırılması Tablo 26'da gösterilmektedir.

Tablo 26: TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması

TSOY-32 alt boyutları	Cinsiyet	N	%	TSOY-32 puanı ortalama	p
Tedavi ve hizmet	Kadın	246	63,9	32,22	0,399
	Erkek	139	36,1	31,41	
Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	Kadın	246	63,9	31,89	0,495
	Erkek	139	36,1	31,19	
TSOY-32 genel puan	Kadın	246	63,9	32,05	0,425
	Erkek	139	36,1	31,30	

Çalışmaya katılan bireylerin yaşlarının kategorizasyonuna göre TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ile TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin tedavi ve hizmet alt boyutunda p=0,000; hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p=0,000 bulunmuş olup ölçeğin her iki alt boyutunda fark anlamlıdır. Ayrıca TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamalarına bakıldığında p değeri yine 0,000 olup anlamlı fark bulunmuştur.

TSOY-32 ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ve genel puan ortalamalarının katılımcıların yaş kategorizasyonuna göre karşılaştırılması Tablo 27'de gösterilmektedir.

Tablo 27: TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Yaş Kategorizasyonuna Göre Karşılaştırılması

TSOY-32 alt boyutları	Yaş kategorizasyonu	TSOY-32 puanı ortalama	p
Tedavi ve hizmet	41 yaş ve altı	34,29	**0,000**
	41 yaş üstü	28,81	
Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	41 yaş ve altı	34,16	**0,000**
	41 yaş üstü	28,31	
TSOY-32 genel puan	41 yaş ve altı	34,23	**0,000**
	41 yaş üstü	28,56	

Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumuna göre TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ile TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin tedavi ve hizmet alt boyutunda p=0,000; hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p=0,000; TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamalarında p değeri 0,000 olup anlamlı fark bulunmuştur.

TSOY-32 ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ve genel puan ortalamalarının katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırılması Tablo 28, Tablo 29, Tablo 30 ve Tablo 31'de gösterilmektedir.

Tablo 28: TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

TSOY-32 alt boyutları	Eğitim durumu	TSOY-32 puanı ortalama	p
Tedavi ve hizmet	Okuryazar	16,89	**0,000**
	İlkokul mezunu	26,90	
	Ortaokul mezunu	26,92	
	Lise mezunu	32,87	
	Üniversite mezunu	35,78	
Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	Okuryazar	17,48	**0,000**
	İlkokul mezunu	26,81	
	Ortaokul mezunu	25,62	
	Lise mezunu	33,20	
	Üniversite mezunu	35,26	
	Okuryazar	17,19	
	İlkokul mezunu	26,86	

TSOY-32 genel puan	Ortaokul mezunu	26,27	**0,000**
	Lise mezunu	33,03	
	Üniversite mezunu	35,52	

Tablo 29: TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	**Eğitim durumu**		**TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
Tedavi ve hizmet	Okuryazar	İlkokul	-10,010	0,020
		Ortaokul	-10,029	0,017
		Lise	-15,981	**0,000**
		Üniversite	-18,886	**0,000**
	İlkokul	Okuryazar	10,010	0,020
		Ortaokul	-0,019	1,000
		Lise	-5,970	**0,000**
		Üniversite	-8,875	**0,000**
	Ortaokul	Okuryazar	10,029	0,017
		İlkokul	0,019	1,000
		Lise	-5,951	**0,000**
		Üniversite	-8,856	**0,000**
	Lise	Okuryazar	15,981	**0,000**
		İlkokul	5,970	**0,000**
		Ortaokul	5,951	**0,000**
		Üniversite	-2,904	0,028
	Üniversite	Okuryazar	18,886	**0,000**
		İlkokul	8,875	**0,000**
		Ortaokul	8,856	**0,000**
		Lise	2,904	0,028

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,005.

Tablo 30: TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	**Eğitim durumu**		**TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
	Okuryazar	İlkokul	-9,327	0,066
		Ortaokul	-8,140	0,134

Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi		Lise	-15,710	**0,000**
		Üniversite	-17,778	**0,000**
	İlkokul	Okuryazar	9,327	0,066
		Ortaokul	1,187	0,956
		Lise	-6,382	**0,000**
		Üniversite	-8,450	**0,000**
	Ortaokul	Okuryazar	8,140	0,134
		İlkokul	-1,187	0,956
		Lise	-7,570	**0,000**
		Üniversite	-9,638	**0,000**
	Lise	Okuryazar	15,710	**0,000**
		İlkokul	6,382	**0,000**
		Ortaokul	7,570	**0,000**
		Üniversite	-2,067	0,299
	Üniversite	Okuryazar	17,778	**0,000**
		İlkokul	8,450	**0,000**
		Ortaokul	9,638	**0,000**
		Lise	2,067	0,299

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,005.

Tablo 31: TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 genel	**Eğitim durumu**		**TSOY-32 genel puan ortalama farkı**	**p**
Genel	Okuryazar	İlkokul	-9,669	0,023
		Ortaokul	-9,085	0,033
		Lise	-15,846	**0,000**
		Üniversite	-18,332	**0,000**
	İlkokul	Okuryazar	9,669	0,023
		Ortaokul	0,584	0,995
		Lise	-6,176	**0,000**
		Üniversite	-8,662	**0,000**
	Ortaokul	Okuryazar	9,085	0,033
		İlkokul	-0,584	0,995
		Lise	-6,761	**0,000**
		Üniversite	-9,247	**0,000**
	Lise	Okuryazar	15,846	**0,000**
		İlkokul	6,176	**0,000**
		Ortaokul	6,761	**0,000**
		Üniversite	-2,485	0,078
	Üniversite	Okuryazar	18,332	**0,000**
		İlkokul	8,662	**0,000**
		Ortaokul	9,247	**0,000**
		Lise	2,485	0,078

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,005.

Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumuna göre TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ile TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin tedavi ve hizmet alt boyutunda p=0,001; hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p=0,000; TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamalarında p değeri 0,000 olup anlamlı fark bulunmuştur.

TSOY-32 ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ve genel puan ortalamalarının katılımcıların medeni durumuna göre karşılaştırılması Tablo 32, Tablo 33, Tablo 34 ve Tablo 35'te gösterilmektedir.

Tablo 32: TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması

TSOY-32 alt boyutları	**Medeni durum**	**TSOY-32 puanı ortalama**	**p**
Tedavi ve hizmet	Evli	31,11	**0,001**
	Bekar	35,46	
	Ayrılmış/ Dul	30,82	
Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	Evli	30,27	**0,000**
	Bekar	37,22	
	Ayrılmış/ Dul	30,39	
TSOY-32 genel puan	Evli	30,69	**0,000**
	Bekar	36,34	
	Ayrılmış/ Dul	30,60	

Tablo 33: TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	**Medeni durum**		**TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
Tedavi ve hizmet	Evli	Bekar	-4,351	**0,001**
		Ayrılmış/ dul	0,295	0,978
	Bekar	Evli	4,351	**0,001**
		Ayrılmış/ dul	4,647	0,020
	Ayrılmış/ dul	Evli	-0,295	0,978
		Bekar	-4,647	0,020

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Tablo 34: TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	**Medeni durum**		**TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	Evli	Bekar	-6,952	**0,000**
		Ayrılmış/ dul	-1,185	0,997
	Bekar	Evli	6,952	**0,000**
		Ayrılmış/ dul	6,834	**0,001**
	Ayrılmış/ dul	Evli	0,118	0,997
		Bekar	-6,834	**0,001**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Tablo 35: TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 genel	**Medeni durum**		**TSOY-32 genel puan ortalama farkı**	**p**
Genel	Evli	Bekar	-5,652	**0,000**
		Ayrılmış/ dul	0,088	0,998
	Bekar	Evli	5,652	**0,000**
		Ayrılmış/ dul	5,740	**0,002**
	Ayrılmış/ dul	Evli	-0,088	0,998
		Bekar	-5,740	**0,002**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Katılımcıların mesleği gruplanmıştır ve mesleğe göre TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ile TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin tedavi ve hizmet alt boyutunda p=0,000; hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p=0,000; TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamalarında p değeri 0,000 olup anlamlı fark bulunmuştur.

TSOY-32 ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ve genel puan ortalamalarının katılımcıların mesleğine göre karşılaştırılması Tablo 36, Tablo 37, Tablo 38 ve Tablo 39'da gösterilmektedir.

Tablo 36: TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Mesleğine Göre Karşılaştırılması

TSOY-32 alt boyutları	Gruplanmış meslek	TSOY-32 puanı ortalama	p
Tedavi ve hizmet	Öğrenci ve diğer	34,23	**0,000**
	Ev hanımı	29,82	
	Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	32,85	
	Sağlık çalışanı	44,09	
	Emekli	27,07	
Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	Öğrenci ve diğer	35,50	**0,000**
	Ev hanımı	29,05	
	Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	32,40	
	Sağlık çalışanı	41,39	
	Emekli	26,41	
TSOY-32 genel puan	Öğrenci ve diğer	34,86	**0,000**
	Ev hanımı	29,43	
	Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	32,63	
	Sağlık çalışanı	42,74	
	Emekli	26,74	

Tablo 37: TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Mesleğine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	Meslek		TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı	p
Tedavi ve hizmet	Öğrenci ve diğer	Ev hanımı	4,416	0,006
		Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	1,385	0,787
		Sağlık çalışanı	-9,856	0,006
		Emekli	7,161	**0,000**
	Ev hanımı	Öğrenci ve diğer	-4,416	0,006
		Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	-3,030	0,040
		Sağlık çalışanı	-14,272	**0,000**
		Emekli	2,744	0,405
	Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	Öğrenci ve diğer	-1,385	0,787
		Ev hanımı	3,030	0,040
		Sağlık çalışanı	-11,241	**0,001**
		Emekli	5,775	**0,001**
	Sağlık çalışanı	Öğrenci ve diğer	9,856	0,006
		Ev hanımı	14,272	**0,000**

		Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	11,241	**0,001**
		Emekli	17,017	**0,000**
	Emekli	Öğrenci ve diğer	-7,161	**0,000**
		Ev hanımı	-2,744	0,405
		Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	-5,775	**0,001**
		Sağlık çalışanı	-17,017	**0,000**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,005.

Tablo 38: TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Mesleğine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	**Meslek**		**TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Öğrenci ve diğer	Ev hanımı	6,452	**0,000**
		Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	3,094	0,125
		Sağlık çalışanı	-5,893	0,315
		Emekli	9,084	**0,000**
	Ev hanımı	Öğrenci ve diğer	-6,452	**0,000**
		Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	-3,358	0,030
		Sağlık çalışanı	-12,346	**0,001**
		Emekli	2,631	0,519
	Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	Öğrenci ve diğer	-3,094	0,125
		Ev hanımı	3,358	0,030
		Sağlık çalışanı	-8,988	0,024
		Emekli	5,989	**0,002**
	Sağlık çalışanı	Öğrenci ve diğer	5,893	0,315
		Ev hanımı	12,346	**0,001**
		Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	8,988	0,024
		Emekli	14,977	**0,000**
	Emekli	Öğrenci ve diğer	-9,084	**0,000**
		Ev hanımı	-2,631	0,519
		Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	-5,989	**0,002**
		Sağlık çalışanı	-14,977	**0,000**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,005.

Tablo 39: TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Katılımcıların Mesleğine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 genel	Meslek		TSOY-32 genel puan ortalama farkı	p
Genel	Öğrenci ve diğer	Ev hanımı	5,434	**0,000**
		Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	2,239	0,333
		Sağlık çalışanı	-7,875	0,045
		Emekli	8,122	**0,000**
	Ev hanımı	Öğrenci ve diğer	-5,434	**0,000**
		Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	-3,194	0,022
		Sağlık çalışanı	-13,309	**0,000**
		Emekli	2,688	0,406
	Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	Öğrenci ve diğer	-2,239	0,333
		Ev hanımı	3,194	0,022
		Sağlık çalışanı	-10,114	**0,002**
		Emekli	5,882	**0,001**
	Sağlık çalışanı	Öğrenci ve diğer	7,875	0,045
		Ev hanımı	13,309	**0,000**
		Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	10,114	**0,002**
		Emekli	15,997	**0,000**
	Emekli	Öğrenci ve diğer	-8,122	**0,000**
		Ev hanımı	-2,688	0,406
		Serbest çalışan, işçi, memur, esnaf	-5,882	**0,001**
		Sağlık çalışanı	-15,997	**0,000**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,005.

Çalışmaya katılan bireylerin gelir durumuna göre TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ile TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin tedavi ve hizmet alt boyutunda p değeri 0,000; hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p değeri 0,000; TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamalarında p değeri 0,000 olup istatistiksel olarak bulunan fark anlamlıdır.

TSOY-32 ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ve genel puan ortalamalarının katılımcıların gelir durumuna göre karşılaştırılması Tablo 40, Tablo 41, Tablo 42 ve Tablo 43'te gösterilmektedir.

Tablo 40: TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

TSOY-32 alt boyutları	Gelir durumu	TSOY-32 puanı ortalama	p
Tedavi ve hizmet	Gelir giderden fazla	31,43	**0,000**
	Gelir gidere denk	33,83	
	Gelir giderden az	29,56	
Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	Gelir giderden fazla	30,75	**0,000**
	Gelir gidere denk	33,79	
	Gelir giderden az	29,11	
TSOY-32 genel puan	Gelir giderden fazla	31,09	**0,000**
	Gelir gidere denk	33,81	
	Gelir giderden az	29,34	

Tablo 41: TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	Gelir durumu		TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı	p
Tedavi ve hizmet	Gelir giderden fazla	Gelir gidere denk	-2,402	0,139
		Gelir giderden az	1,865	0,337
	Gelir gidere denk	Gelir giderden fazla	2,402	0,139
		Gelir giderden az	4,268	**0,000**
	Gelir giderden az	Gelir giderden fazla	-1,865	0,337
		Gelir gidere denk	-4,368	**0,000**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Tablo 42: TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	Gelir durumu		TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı	p
Hastalıklardan korunma /	Gelir giderden fazla	Gelir gidere denk	-3,044	0,063
		Gelir giderden az	1,633	0,481
		Gelir giderden fazla	3,044	0,063

Sağlığın geliştirilmesi	Gelir gidere denk	Gelir giderden az	4,678	**0,000**
	Gelir giderden az	Gelir giderden fazla	-1,633	0,481
		Gelir gidere denk	-4,678	**0,000**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Tablo 43: TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 genel	**Gelir durumu**		**TSOY-32 genel puan ortalama farkı**	**p**
Genel	Gelir giderden fazla	Gelir gidere denk	-2,723	0,073
		Gelir giderden az	1,749	0,371
	Gelir gidere denk	Gelir giderden fazla	2,723	0,073
		Gelir giderden az	4,473	**0,000**
	Gelir giderden az	Gelir giderden fazla	-1,749	0,371
		Gelir gidere denk	-4,473	**0,000**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ile TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin tedavi ve hizmet alt boyutunda p değeri 0,001; hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p değeri 0,000; TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamalarında p değeri 0,000 olup istatistiksel olarak bulunan fark anlamlıdır.

TSOY-32 ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ve genel puan ortalamalarının katılımcıların kronik hastalık durumuna göre karşılaştırılması Tablo 44, Tablo 45, Tablo 46 ve Tablo 47'de gösterilmektedir.

Tablo 44: TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması

TSOY-32 alt boyutları	**Kronik hastalık durumu**	**TSOY-32 puanı ortalama**	**p**
Tedavi ve hizmet	Kronik hastalığım yok	32,61	**0,001**
	1 tane kronik hastalığım var	31,80	
	1'den fazla kronik hastalığım var	26,22	

Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	Kronik hastalığım yok	32,82	**0,000**
	1 tane kronik hastalığım var	30,62	
	1'den fazla kronik hastalığım var	24,29	
TSOY-32 genel puan	Kronik hastalığım yok	32,72	**0,000**
	1 tane kronik hastalığım var	31,21	
	1'den fazla kronik hastalığım var	25,25	

Tablo 45: TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	**Kronik hastalık durumu**		**TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
Tedavi ve hizmet	Kronik hastalığım yok	1 tane kronik hastalığım var	0,813	0,726
		1'den fazla kronik hastalığım var	6,391	**0,001**
	1 tane kronik hastalığım var	Kronik hastalığım yok	-0,813	0,726
		1'den fazla kronik hastalığım var	5,578	**0,009**
	1'den fazla kronik hastalığım var	Kronik hastalığım yok	-6,391	**0,001**
		1 tane kronik hastalığım var	-5,578	**0,009**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Tablo 46: TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	**Kronik hastalık durumu**		**TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi	Kronik hastalığım yok	1 tane kronik hastalığım var	2,203	0,125
		1'den fazla kronik hastalığım var	8,534	**0,000**
	1 tane kronik hastalığım var	Kronik hastalığım yok	-2,203	0,125
		1'den fazla kronik hastalığım var	6,330	**0,005**

	1'den fazla kronik hastalığım var	Kronik hastalığım yok	-8,534	**0,000**
		1 tane kronik hastalığım var	-6,330	**0,005**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Tablo 47: TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 genel	**Kronik hastalık durumu**		**TSOY-32 genel puan ortalama farkı**	**p**
Genel	Kronik hastalığım yok	1 tane kronik hastalığım var	1,508	0,318
		1'den fazla kronik hastalığım var	7,463	**0,000**
	1 tane kronik hastalığım var	Kronik hastalığım yok	-1,508	0,318
		1'den fazla kronik hastalığım var	5,954	**0,004**
	1'den fazla kronik hastalığım var	Kronik hastalığım yok	-7,463	**0,000**
		1 tane kronik hastalığım var	-5,954	**0,004**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Çalışmaya katılan bireylerin son 1 yılda ASM'ye başvurma sıklığına göre TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ile TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p=0,006 ve TSOY-32 ölçeği genel puana bakıldığında p=0,023 olup anlamlı fark bulunmuştur. Ölçeğin tedavi ve hizmet alt boyutunda p değerinin > 0,05 olması nedeniyle fark anlamlı değildir.

TSOY-32 ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ve genel puan ortalamalarının katılımcıların son 1 yılda ASM'ye başvurma sıklığına göre karşılaştırılması Tablo 48, Tablo 49 ve Tablo 50'de gösterilmektedir.

Tablo 48: TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Son 1 Yılda ASM'ye Başvurma Sıklığına Göre Karşılaştırılması

TSOY-32 alt boyutları	ASM'ye başvurma sıklığı	TSOY-32 puanı ortalama	p
Tedavi ve hizmet	2'den az	33,06	0,137
	2-5 kere	31,85	
	5'ten fazla	30,27	
Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	2'den az	33,53	**0,006**
	2-5 kere	31,55	
	5'ten fazla	28,75	
TSOY-32 genel puan	2'den az	33,30	**0,023**
	2-5 kere	31,70	
	5'ten fazla	29,51	

Tablo 49: TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Katılımcıların Son 1 Yılda ASM'ye Başvurma Sıklığına Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	ASM'ye başvurma sıklığı		TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı	p
Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi	2'den az	2-5 kere	1,987	0,183
		5'ten fazla	4,788	**0,004**
	2-5 kere	2'den az	-1,987	0,183
		5'ten fazla	2,800	0,096
	5'ten fazla	2'den az	-4,788	**0,004**
		2-5 kere	-2,800	0,096

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Tablo 50: TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Katılımcıların Son 1 Yılda ASM'ye Başvurma Sıklığına Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 genel	ASM'ye başvurma sıklığı		TSOY-32 genel puan ortalama farkı	p
Genel	2'den az	2-5 kere	1,597	0,276
		5'ten fazla	3,790	0,017
	2-5 kere	2'den az	-1,597	0,276
		5'ten fazla	2,192	0,186
	5'ten fazla	2'den az	-3,790	0,017
		2-5 kere	-2,192	0,186

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,016.

Çalışmaya katılan bireylerin son 1 yılda aile hekimi tarafından ziyaret edilmesine göre TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ile TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin tüm alt boyutlarında p değerlerinin > 0,05 olması nedeniyle bulunan farklar anlamlı değildir. Ayrıca TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamalarına bakıldığında p değeri 0,939 bulunmuş olup anlamlı fark anlamlı değildir.

TSOY-32 ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ve genel puan ortalamalarının katılımcıların son 1 yılda aile hekimi tarafından ziyaret edilmesine göre karşılaştırılması Tablo 51'de gösterilmektedir.

Tablo 51: TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Son 1 Yılda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilmesine Göre Karşılaştırılması

TSOY-32 alt boyutları	Aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu	TSOY-32 puanı ortalama	p
Tedavi ve hizmet	Hiç ziyaret edilmedim	31,91	0,988
	1-2 kere ziyaret edildim	31,98	
	2'den fazla ziyaret edildim	32,42	
Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	Hiç ziyaret edilmedim	31,67	0,839
	1-2 kere ziyaret edildim	30,49	
	2'den fazla ziyaret edildim	32,68	
TSOY-32 genel puan	Hiç ziyaret edilmedim	31,79	0,939
	1-2 kere ziyaret edildim	31,24	
	2'den fazla ziyaret edildim	32,55	

Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgilere ulaştığı ilk kaynağa göre TSOY-32 ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar ile TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin tedavi ve hizmet alt boyutunda p=0,000; hastalıklardan korunma / sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda p=0,000 bulunmuş olup her iki alt boyutta fark anlamlıdır. Ayrıca TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamalarına bakıldığında p değeri 0,000 olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

TSOY-32 ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ve genel puan ortalamalarının katılımcıların sağlıkla ilgili bilgilere ulaştığı ilk kaynağa göre karşılaştırılması Tablo 52, Tablo 53, Tablo 54 ve Tablo 55'te gösterilmektedir.

Tablo 52: TSOY-32 Ölçeği Alt Boyut İndeks Puanlarının ve Genel İndeks Puanlarının Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaştığı İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılması

TSOY-32 alt boyutları	**Gruplanmış ilk bilgi kaynağı**	**TSOY-32 puanı ortalama**	**p**
Tedavi ve hizmet	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	31,93	**0,000**
	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	22,53	
	İnternet	34,82	
	Gazete, dergi, TV, radyo	24,14	
Hastalıklardan korunma / Sağlığın geliştirilmesi	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	31,33	**0,000**
	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	23,68	
	İnternet	35,66	
	Gazete, dergi, TV, radyo	19,99	
TSOY-32 genel puan	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	31,63	**0,000**
	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	23,11	
	İnternet	35,24	
	Gazete, dergi, TV, radyo	22,07	

Tablo 53: TSOY-32 Ölçeği Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanlarının Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaşılan İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	**Gruplanmış ilk bilgi kaynağı**		**TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	9,397	**0,000**
		İnternet	-2,892	0,033
		Gazete, dergi, TV, radyo	7,788	0,018
		Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-9,397	**0,000**

Tedavi ve hizmet	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	İnternet	-12,290	**0,000**
		Gazete, dergi, TV, radyo	-1,608	0,962
	İnternet	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	2,892	0,033
		Aile, komşu, arkadaş veya diğer	12,290	**0,000**
		Gazete, dergi, TV, radyo	10,681	**0,001**
	Gazete, dergi, TV, radyo	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-7,788	0,018
		Aile, komşu, arkadaş veya diğer	1,608	0,962
		İnternet	-10,681	**0,001**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,008.

Tablo 54: TSOY-32 Ölçeği Hastalıklardan Korunma/ Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu Puanlarının Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaşılan İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 alt boyutları	**Gruplanmış ilk bilgi kaynağı**		**TSOY-32 alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	7,640	**0,004**
		İnternet	-4,333	**0,001**
		Gazete, dergi, TV, radyo	11,334	**0,000**
	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-7,640	**0,004**
		İnternet	-11,974	**0,000**
		Gazete, dergi, TV, radyo	3,694	0,716
	İnternet	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	4,333	**0,001**
		Aile, komşu, arkadaş veya diğer	11,974	**0,000**
		Gazete, dergi, TV, radyo	15,668	**0,000**

	Gazete, dergi, TV, radyo	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-11,334	**0,000**
		Aile, komşu, arkadaş veya diğer	-3,694	0,716
		İnternet	-15,668	**0,000**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,008.

Tablo 55: TSOY-32 Ölçeği Genel Puanlarının Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaşılan İlk Kaynağa Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

TSOY-32 genel	**Gruplanmış ilk bilgi kaynağı**		**TSOY-32 genel puan ortalama farkı**	**p**
Genel	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	8,518	**0,000**
		İnternet	-3,613	**0,003**
		Gazete, dergi, TV, radyo	9,561	**0,001**
	Aile, komşu, arkadaş veya diğer	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-8,518	**0,000**
		İnternet	-12,132	**0,000**
		Gazete, dergi, TV, radyo	1,042	0,988
	İnternet	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	3,613	**0,003**
		Aile, komşu, arkadaş veya diğer	12,132	**0,000**
		Gazete, dergi, TV, radyo	13,175	**0,000**
	Gazete, dergi, TV, radyo	Hekim, hemşire, eczacı veya diğer sağlık çalışanları	-9,561	**0,001**
		Aile, komşu, arkadaş veya diğer	-1,042	0,988
		İnternet	-13,175	**0,000**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,008.

Çalışmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, TSOY-32 ölçeğinden aldıkları genel indeks puana göre “yetersiz, sorunlu-sınırlı, yeterli, mükemmel” olmak

üzere sınıflandırılmıştır. Bu sınıfların veya grupların arasında PCAS alt boyutları açısından anlamlı fark olup olmadığını bulmak için ANOVA analizi yapılmıştır. PCAS'ın fizik muayene alt boyutunda p = 0,000; iletişim alt boyutunda p = 0,000; kişisel yaklaşım alt boyutunda p = 0,000; güven alt boyutunda p = 0,000 bulunmuş olup tüm alt boyutlardaki fark anlamlıdır.

PCAS ölçeği alt boyut puanlarının katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden aldıkları puana göre sağlık okuryazarlığı düzeyi gruplandırmasının karşılaştırılması Tablo 56, Tablo 57, Tablo 58, Tablo 59 ve Tablo 60'ta gösterilmektedir.

Tablo 56: PCAS Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden Aldıkları Puanların Kategorizasyonuna Göre Karşılaştırılması

PCAS alt boyutları	**SOY düzeyinin kategorizasyonu**	**PCAS alt boyut puanı ortalama**	**p**
Fizik muayene	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	59,03	**0,000**
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	63,58	
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	70,51	
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	75,38	
İletişim	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	58,59	**0,000**
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	66,79	
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	70,28	
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	79,03	
Kişisel yaklaşım	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	57,97	**0,000**
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	66,59	
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	70,93	
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	79,69	
Güven	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	60,95	**0,000**
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	70,17	
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	71,76	
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	76,56	

Tablo 57: PCAS Ölçeği Fizik Muayene Alt Boyutu Puanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	**Sağlık okuryazarlığı düzeyleri**		**PCAS alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
		Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	-4,545	0,201

Fizik muayene	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	Yeterli sağlık okuryazarlığı	-11,481	**0,000**
		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	-16,348	**0,000**
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	4,545	0,201
		Yeterli sağlık okuryazarlığı	-6,935	**0,006**
		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	-11,802	**0,000**
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	11,481	**0,000**
		Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	6,935	**0,006**
		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	-4,867	0,291
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	16,348	**0,000**
		Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	11,802	**0,000**
		Yeterli sağlık okuryazarlığı	4,867	0,291

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,008.

Tablo 58: PCAS Ölçeği İletişim Alt Boyutu Puanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	**Sağlık okuryazarlığı düzeyleri**		**PCAS alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
İletişim	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	-8,196	**0,000**
		Yeterli sağlık okuryazarlığı	-11,692	**0,000**
		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	-20,444	**0,000**
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	8,196	**0,000**
		Yeterli sağlık okuryazarlığı	-3,496	0,172
		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	-12,247	**0,000**
		Yetersiz sağlık okuryazarlığı	11,692	**0,000**

	Yeterli sağlık okuryazarlığı	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	3,496	0,172
		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	-8,751	**0,001**
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	20,444	**0,000**
		Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	12,247	**0,000**
		Yeterli sağlık okuryazarlığı	8,751	**0,001**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,008.

Tablo 59: PCAS Ölçeği Kişisel Yaklaşım Alt Boyutu Puanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	**Sağlık okuryazarlığı düzeyleri**		**PCAS alt boyut puanı ortalama farkı**	**p**
Kişisel yaklaşım	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	-8,621	**0,000**
		Yeterli sağlık okuryazarlığı	-12,955	**0,000**
		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	-21,716	**0,000**
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	8,621	**0,000**
		Yeterli sağlık okuryazarlığı	-4,334	0,105
		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	-13,095	**0,000**
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	12,955	**0,000**
		Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	4,334	0,105
		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	-8,761	**0,003**
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	21,716	**0,000**
		Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	13,095	**0,000**
		Yeterli sağlık okuryazarlığı	8,761	**0,003**

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,008.

Tablo 60: PCAS Ölçeği Güven Alt Boyutu Puanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Karşılaştırılmasını Gösteren Post-hoc Analiz (Tukey)

PCAS alt boyutları	Sağlık okuryazarlığı düzeyleri		PCAS alt boyut puanı ortalama farkı	P
Güven	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	-9,216	**0,000**
		Yeterli sağlık okuryazarlığı	-10,810	**0,000**
		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	-15,606	**0,000**
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	9,216	**0,000**
		Yeterli sağlık okuryazarlığı	-1,594	0,649
		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	-6,389	**0,002**
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	10,810	**0,000**
		Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	1,594	0,649
		Mükemmel sağlık okuryazarlığı	-4,795	0,040
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	15,606	**0,000**
		Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	6,389	**0,002**
		Yeterli sağlık okuryazarlığı	4,795	0,040

İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0,008.

Katılımcıların PCAS ölçeğinden aldıkları puanlar ile TSOY-32 ölçeğinden aldıkları puanlar arasında Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. TSOY-32 ölçek puanları ile PCAS ölçeği tüm alt boyutları arasında $p < 0,01$ olup aralarında güçlü bir korelasyon bulunmuştur. TSOY-32 ölçeği genel puan ortalamalarıyla PCAS alt boyut puanları arasındaki Pearson korelasyon analizi Tablo 61'de verilmektedir.

Tablo 61: TSOY-32 Ölçeği Genel Puan Ortalamalarıyla PCAS Alt Boyut Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi

Değişken	Ortalama	Standart sapma	1	2	3	4	5
1) PCAS Fizik muayene	66,285	17,34	1	0,705**	0,654**	0,486**	0,307**
2) PCAS İletişim	67,731	14,74	0,705**	1	0,838**	0,652**	0,405**
3) PCAS Kişisel yaklaşım	67,813	16,34	0,654**	0,838**	1	0,647**	0,388**
4) PCAS Güven	69,529	11,82	0,486**	0,652**	0,647**	1	0,391**
5) TSOY Genel	31,786	8,90	0,307**	0,405**	0,388**	0,391**	1

**p< 0,01.

Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli F =15,51, p < 0,000 ve bağımlı değişkendeki varyansın % 35'inin ($R^2_{adjusted}$ = 0,346) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. R^2 değeri incelendiğinde tüm bağımsız değişkenlerin, sağlık okuryazarlığının % 35'ini açıkladığı tespit edilmiştir.

Buna göre cinsiyet, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır. ß = -0,06, t = -1,46, p = 0,144.

Yaşın artması sağlık okuryazarlığı düzeyini olumsuz yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır, ß = -0,24, t = -4,02, p <0,001.

Eğitim düzeyinin artması sağlık okuryazarlığı düzeyini olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır, ß = 0,22, t = 3,99, p < 0,001.

Medeni durum, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = 0,06, t = 1,38, p = 0,166.

Meslek, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = 0,06, t = 1,27, p = 0,204.

Gelir düzeyi, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = -0,04, t = -0,93, p = 0,350.

Kronik hastalık durumu, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = 0,02, t = 0,53, p = 0,592.

Son 1 yıl içinde ASM'ye başvurma durumu, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = -0,05, t = -1,13, p = 0,259.

1 yıl içinde aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = -0,02, t = -0,63, p = 0,523.

Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşılan ilk kaynak, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = 0,03, t = 0,74, p = 0,458.

PCAS ölçeğine ait fizik muayene alt boyutu, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = 0,04, t = 0,73, p = 0,461.

PCAS ölçeğine ait iletişim alt boyutu, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = 0,12, t = 1,43, p = 0,151.

PCAS ölçeğine ait kişisel yaklaşım alt boyutu, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = 0,11, t = 1,37, p = 0,170.

PCAS ölçeğine ait güven alt boyutu, sağlık okuryazarlığı düzeyini olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır. ß = 0,11, t = 1,99, p = 0,046.

Genel sağlık okuryazarlığı düzeyi ile bazı değişkenlerin çoklu lineer regresyon analizi Tablo 62'de verilmektedir.

Tablo 62: Genel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Bazı Değişkenlerin Çoklu Lineer Regresyon Analizi

	B	**Standart hata**	**Beta**	**T**	**p**
Sabit	16,198	4,468		3,625	0,000
Cinsiyet	-1,220	0,834	-0,066	-1,463	0,144
Yaş	-0,158	0,039	-0,242	-4,022	**0,000**
Eğitim	1,833	0,459	0,222	3,997	**0,000**
Medeni durum	0,786	0,566	0,060	1,388	0,166
Meslek	0,211	0,166	0,063	1,271	0,204
Gelir	-0,527	0,563	-0,042	-0,936	0,350
Kronik hastalık	0,384	0,715	0,027	0,536	0,592
ASM'ye başvurma sıklığı	-0,688	0,609	-0,052	-1,130	0,259
Ev ziyareti	-0,682	1,068	-0,027	-0,639	0,523
İlk bilgi kaynağı	0,122	0,165	0,032	0,743	0,458
PCAS fizik muayene	0,023	0,031	0,045	0,738	0,461
PCAS iletişim	0,075	0,052	0,124	1,439	0,151
PCAS kişisel yaklaşım	0,061	0,044	0,112	1,375	0,170
PCAS güven	0,089	0,044	0,118	1,998	**0,046**

Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli F = 22,95, p < 0,000 ve bağımlı değişkendeki varyansın % 19'unun ($R^2_{adjusted}$ = 0,186) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. R^2 değeri incelendiğinde bağımsız değişkenlerden olan hasta-hekim iletişiminin değerlendirildiği PCAS'a ait alt boyutların, sağlık okuryazarlığının % 19'unu açıkladığı tespit edilmiştir.

PCAS ölçeğine ait fizik muayene alt boyutu, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = 0,02, t = 0,30, p = 0,764.

PCAS ölçeğine ait iletişim alt boyutu, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = 0,18, t = 1,93, p = 0,054.

PCAS ölçeğine ait kişisel yaklaşım alt boyutu, sağlık okuryazarlığı düzeyini yordamamaktadır, ß = 0,09, t = 1,02, p = 0,306.

PCAS ölçeğine ait güven alt boyutu, sağlık okuryazarlığı düzeyini olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır. ß = 0,20, t = 3,25, p = 0,001.

Hasta-hekim iletişiminin değerlendirildiği PCAS ölçeği alt boyutlarının, sağlık okuryazarlığı ile çoklu lineer regresyon analizi Tablo 63'te gösterilmektedir.

Tablo 63: Hasta-Hekim İletişiminin Değerlendirildiği PCAS Ölçeği Alt Boyutlarının, Sağlık Okuryazarlığı İle Çoklu Lineer Regresyon Analizi

	B	**Standart hata**	**Beta**	**T**	**P**
Sabit	9,649	2,500		3,859	0,000
PCAS fizik muayene	0,010	0,034	0,020	0,300	0,764
PCAS iletişim	0,110	0,057	0,182	1,935	0,054
PCAS kişisel yaklaşım	0,049	0,048	0,090	1,024	0,306
PCAS güven	0,154	0,047	0,204	3,257	**0,001**

5. TARTIŞMA

5.1. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Kıyaslamalar

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler içinde hasta-hekim iletişiminin payı % 19 olarak bulunmuştur. Ülkemizde ayrı ayrı hasta-hekim iletişimini araştıran veya sağlık okuryazarlığının araştırıldığı çalışmalar olmasına rağmen, kaliteli hasta-hekim iletişiminin sağlık okuryazarlığını artırdığı yönünde destekleyici başka bir çalışmaya henüz rastlanmamıştır.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalaması 31,78 ± 8,90 bulunmuş olup katılımcıların %21,6'sı yetersiz, %34,8'i sorunlu-sınırlı, %30,1'i yeterli, %13,5'i mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu popülasyonumuzun %56,4'ünün yeterli SOY'a sahip olmadığı anlamına gelmektedir. Ülkemizde sağlık okuryazarlığı alanında yapılan en kapsamlı ilk çalışma 2014'te Durusu Tanrıöver ve arkadaşlarının Türkiye'nin her bölgesinden toplam 23 ilde 4924 katılımcıyla yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasıdır. Bu araştırmada SOY genel indeks puan ortalaması 30,4 ± 0,16 bulunmuş ve katılımcıların %24,5'inin yetersiz, %40,1'inin sorunlu, %27,8'inin yeterli, %7,6'sının mükemmel SOY'a sahip olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda SOY düzeyinin daha yüksek olmasının sebebi, İzmir ilindeki Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne bağlı EASM'lerimizde yapılması ve popülasyonumuzun sosyokültürel düzeyinin daha yüksek olması düşünülebilir (108).

Geniş toplulukları temsil eden Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi'nde toplumun %12,4'ü yetersiz, %35,2'si sorunlu-sınırlı, %36,0'ı yeterli, %16,5'i mükemmel SOY'a sahiptir. Literatüre bakıldığında ülkemizdeki benzer çalışmalarda ve bizim çalışmamızda sağlık okuryazarlığı düzeyi bakımından Avrupa ülkelerinin gerisinde olduğumuz görülmektedir (109).

Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre de toplumun yaklaşık dörtte biri sınırlı sağlık okuryazarlığına sahiptir ve bu nedenle sağlık sistemini kullanmakta, sağlık kararları vermekte ve kaliteli bir sağlık hizmeti almakta zorlanmaktadırlar (110).

Bizim çalışmamızda yaş ortalaması 41,63 ± 13,62 bulunmuş olup; 41 yaş ve altındakilerin genel SOY ortalama puanı 34,23 ve 41 yaşın üzerindekilerin genel SOY ortalama puanı 28,56 bulunmuştur. Yaşın sağlık okuryazarlığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (p=000). Literatürdeki çalışmalarla benzer şekilde, yaş arttıkça sağlık okuryazarlığının azaldığı ve ilişkili olduğu bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı konusunda Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'ndeki 1003 katılımcıyla yapılan bir çalışmada Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 kullanılmıştır. Bu çalışma sonucunda genel sağlık okuryazarlığı puanı 35,77 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamıza göre SOY düzeyinin daha yüksek bulunmasının sebebi olarak; Sivas'taki bu çalışmanın popülasyonunun %91,8'inin yaşlarının 17-27

arasında olması ve üniversitede öğrenim gören bireylerden oluşmasını düşünmekteyiz (111).

Bir çalışmada sağlık okuryazarlığı genel indeks puanının yaş gruplarına göre incelenmesi neticesinde en yüksek indeks puanının 35,21 ± 6,76 ile 15-24 yaş grubunda olduğu, en düşük puanın ise 31,78 ± 6,09 ile 45-54 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda bizim çalışmamızdakinin aksine kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile yaşlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir (57).

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı ile hasta-hekim iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma 2018'de Gözlü tarafından yapılmıştır. Türkiye'nin sosyokültürel düzeyi en yüksek olan Ankara'nın Çankaya ilçesinden rastgele seçilen 25 ASM'deki zihinsel engeli bulunmayan 18 yaş ve üzerindeki 500 katılımcı çalışmaya alınmıştır. SOY düzeyini ölçmek için 47 soruluk SOYA-AB ölçeği kullanılmıştır. Hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeksi 50 puan üzerinden 30,25 ± 7,28 olarak hesaplanmıştır. Puanlar 4 kategoride incelendiğinde hastaların %20,9'unun yetersiz, %48,3'ünün sınırlı, %24,9'unun yeterli ve %5,9'unun mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, genel sağlık durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı ve aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu açısından hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeyinin veya alt indekslerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$).

Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, aylık gelir durumu, genel sağlık durumu, sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı ve aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna göre bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin bazı boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$).

Sağlık okuryazarlığı indeksleri ile bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutları arasında genel olarak düşük, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (112).

Çalışmamızda kadınların genel SOY ortalama puanı 32,05; erkeklerin ortalama puanı 31,30 olarak sonuçlanmıştır ve cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerine farkı anlamlı bulunmamıştır ($p=0,425$). Kadınların SOY puanı erkeklere kıyasla daha yüksektir. Literatürde kadınların sağlık okuryazarlığının daha düşük bulunduğu ve

cinsiyetin SOY üzerindeki etkisinin anlamlı sonuçlandığı çalışmalar bulunmakla birlikte, bizim çalışmamıza benzer şekilde cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Berberoğlu ve ark. yaptığı çalışmada araştırma grubundakilerin, TSOY-32 ölçeğinde genel indeks puanı ortalamaları kadınlarda 25,0 ± 9,3 ve erkeklerde 24,8 ± 9,5 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. Bu çalışmada hem kadınların hem de erkeklerin SOY düzeyi bizim çalışmamıza göre bariz şekilde düşüktür. Kadınların sağlık hizmetlerini daha aktif kullanıyor olmaları bizim çalışmamızda kadınların SOY puanının erkeklerden daha yüksek olmasının sebebi olabilir. Çalışmamızdaki popülasyonun İzmir'de yaşıyor olması ve bu şehirdeki kişilerin kadın-erkek fark etmeksizin iş yaşamında ve sosyal alanda benzer seviyede aktif olması SOY açısından cinsiyetin anlamlı bir fark oluşturmamasına neden olduğunu düşünmekteyiz (92).

Bizim çalışmamızda eğitim durumu lise mezunu olanların genel SOY puan ortalaması 33,03; üniversite mezunu olanların genel SOY puan ortalaması 35,52 olup eğitim durumu lise mezununun altında olanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Literatürdeki bir çalışma da bizim çalışmamızla aynı doğrultuda eğitim düzeyinin düştükçe SOY düzeyinin düştüğünü desteklemektedir (80).

Eğitim seviyesi ile SOY düzeyinin ilişkisine bakıldığında hem Avrupa hem de ülkemizde yapılan araştırmalarda eğitim seviyesi düştükçe sağlık okuryazarlığı seviyesinin azaldığı yönündeki bulgularımızı desteklemiştir (113).

Ülkemizde TSOY-32 ölçeğinin kullanıldığı Emre ve ark. yaptığı araştırmada da lise ve üzeri eğitimi olanlarda toplam puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,021) (91).

Çalışmamızda dikkat çekici bir bulgu olarak bekar olan katılımcıların genel SOY puan ortalaması, evlilere ve ayrılmış olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Bekar olanların puanı 36,34 olup p=0,000 olarak sonuçlanmıştır. Literatür verilerine baktığımızda medeni durumun istatistiksel olarak sağlık okuryazarlığı seviyesi ile ilişkili olmadığı görüldü. Araştırmamızda bekarlarda sağlık okuryazarlığı düzeyini yüksek saptamamızın nedeninin, bekarların daha genç yaşta olması, eğitim düzeylerinin daha yüksek olması, özbakım, sağlık ve kişisel gelişim konularına önem vermeleri ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz (80).

Çalışmamızda katılımcıların mesleklerine göre sağlık okuryazarlığı puanları incelendiğinde sağlık çalışanı olanlar en yüksek puanları almışlardır (42,74 puan). Öğrenci ve diğer grubu 34,86 puanla ikinci sırada yer almaktadır. Tüm gruplar içinde en düşük SOY puanına sahip olanlar emekli gruptur (26,74 puan). Yapılan Post-hoc analizlerde gruplar arasındaki farkın negatif yönde emeklilerden ve ev hanımlarından; pozitif yönde sağlık çalışanları, öğrenci ve diğer gruplarında yer alan katılımcılardan kaynaklandığı görülmektedir. Literatürdeki bir çalışmada sağlık okuryazarlığı genel puanının en yüksek memurlarda, en düşük ise ev hanımlarında olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak SOY düzeyinin mesleğe göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda örnek verilen çalışmadan farklı olarak, meslek kısmında sağlık çalışanı da olması en yüksek SOY puanlarını memurların alamamasına neden olduğu düşünülebilir. Ayrıca yaşın artmasıyla SOY düzeyinin azaldığı bilindiğinden, emekli olanların yaşın da etkisiyle en düşük SOY puanına sahip olduklarını düşünmekteyiz (112).

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı çalışmaya katılan bireylerin gelir durumuna göre incelendiğinde geliri giderinden az olan grubun SOY genel puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Bir çalışmada gelir durumunu iyi olarak ifade eden katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p< 0.05$). Gelir ile SOY arasında anlamlı bir ilişki bulunması şu sebeplere dayandırılabilir. Öncelikle kişilerin gelir düzeyi düştükçe tedavi olanaklarına erişebilmeleri zorlaşmaktadır. Standart koruyucu sağlık hizmetleri toplum genelini önde gelen hastalıklardan korumaya çalışırken; gelir düzeyi düşük bireyler sağlık sistemi tarafından ödenmeyen ancak önerilen sağlık hizmetlerinden yararlanamamakta, sağlık konusunda ekstra harcama yapamamakta ve özel sağlık merkezlerine ulaşamamaktadır (114).

Çalışmamızda katılımcıların % 67,8'inin bilinen kronik hastalığı bulunmamakta, % 24,7'sinin 1 tane kronik hastalığı bulunmakta, % 7,5'inin ise 1'den fazla kronik hastalığı mevcuttur. 1'den fazla kronik hastalığı olanların SOY genel puanları, 1 tane kronik hastalığı olanlara ve hiç kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p< 0,001$). Post-hoc analizler gruplar arasındaki

farkın negatif yönde 1'den fazla kronik hastalığı olan gruptan kaynaklandığını göstermektedir.

TSOY-32 ölçeğinin kullanıldığı bir araştırmada kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha düşük olduğu görülmüştür (80).

Yine ülkemizdeki başka bir araştırmada kronik hastalığı olmayanların sağlık okuryazarlığı genel puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p< 0,035$) (91).

Avrupa verilerinde kronik hastalıkların düşük SOY ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (115).

Çalışmamızda katılımcıların son 1 yılda ASM'ye başvurma sıklıkları incelendiğinde 2'den az başvuranların oranı % 28,6 ve sağlık okuryazarlığı puanı 33,30 bulunup; ASM'ye 2-5 kez başvuranların oranı % 54,3 ve SOY puanı 31,70; 5'ten fazla başvuranların oranı % 17,1 ve SOY puanı 29,51'dir. Son 1 yılda ASM'ye başvurma sıklığı açısından Post-hoc analizlerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Yine son 1 yılda aile hekimince ev ziyareti yapılma durumu, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($p=0,939$).

Literatürde bizim çalışmamıza benzer bir çalışmada son 1 yılda ASM'ye 1-2 defa başvuran bireyler % 38,8 oranında, 3-5 defa başvuranlar % 39,4, 5'ten fazla başvuranlar ise % 21,8 oranında dağılmaktadır fakat bu araştırmada ASM'ye başvurma sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (112).

Bizim çalışmamızda katılımcıların sağlıkla ilgili bilgilere ulaştığı ilk kaynak olarak katılımcıların % 56,4'ü hekimi, % 22,9'u interneti tercih etmiştir. Analiz yapılmadan önce sağlık bilgisine ulaşılan ilk kaynak gruplandırılmıştır. Bunun sonucunda ilk kaynak olarak % 56,4'ü hekimi, % 13,2'si hemşire-eczacı-diğer sağlık çalışanlarını, % 22,9'u interneti, % 2,9'u gazete-dergi-TV-radyoyu, % 4,7'si aile-komşu-arkadaş ve diğer seçeneğini işaretlemiştir. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşılan ilk kaynak tercihine göre SOY puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p = 0,000$).

2014'te Durusu Tanrıöver ve ark. tarafından yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda katılımcıların sağlıkla ilgili ilk bilgi kaynağı olarak % 57,7'si hekimi, % 7,9'u hemşire-eczacı-diğer sağlık çalışanlarını, % 19,9'u interneti, % 14,4'ü gazete-dergi-TV-radyo ve diğeri seçmiştir. Kendi çalışmamızda hekim ve interneti tercih edenlerin oranı bu çalışmaya benzer bulunmuştur. İnterneti tercih edenlerin oranı Durusu'nun çalışmasından % 3 daha yüksektir. Katılımcıların yaş ortalamasının benzer olmasına rağmen sağlık bilgisine ulaşılan ilk kaynak olarak internetin tercih edilmesinin nedeni çalışmaların arasında 7 yıl fark olması ve internetin yeni jenerasyonun hayatında çok büyük yer kaplaması olabilir. Bununla birlikte bireylerin yarısından fazlasının sağlık bilgisi kaynağı olarak ilk tercihi halen hekimlerdir (108).

5.2. Hasta-Hekim İletişimi İle İlgili Kıyaslamalar

Çalışmamızda hasta-hekim iletişimini değerlendirdiğimiz PCAS ölçeğinde genel ortalama puan değil, her bir alt boyut için katılımcıların aldıkları ortalama puanlar incelenmiştir. Buna göre cinsiyetin sadece güven alt boyutu puanlarında anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ve kadınların güven alt boyutundan aldığı puan ortalaması (70,54) olup erkeklerin puan ortalamasından (67,73) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,025).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızın aksine erkek hastaların, kadın hastalara göre hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişimden daha memnun oldukları gösterilmiştir (19).

Bir başka çalışmada örneklem grubundakilerin genel sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olmasına rağmen hasta-hekim iletişiminin iyi olduğu gösterilmiştir. Cinsiyetin hasta-hekim ilişkisinde bir farklılık oluşturup oluşturmadığı analiz edilmiş olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (99).

Çalışmamızda katılımcılar yaşa göre kategorize edildiğinde PCAS ölçeğinin sadece güven alt boyutu puanlarında anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Diğer alt boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır. 41 yaş ve altındaki bireylerin güven alt boyutundan aldığı puan ortalaması 70,96 olup 41 yaş üzerindekilerin puan

ortalamasından (67,63 puan) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,006). Katılımcıların % 56,9'u 41 yaş ve altında; % 43,1'i ise 41 yaşın üzerindedir.

Literatürdeki bir çalışma da benzer şekilde gruplandırma yaptığında katılımcıların % 63,8'inin 41 yaşın altında olduğu görülmüştür. Hasta-hekim iletişimini farklı bir ölçekle değerlendiren bu çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde güven alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,026). Bizimkinden farklı olarak bu araştırmada 40 yaşın üzerindeki hastaların hekimlere karşı duydukları güvenin 18-25 yaş grubundaki hastalara göre daha olumlu olduğu görülmüştür. Bu farklılığın çalışmanın hastane polikliniklerine başvuran hastalarda yapılmasından kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz (28).

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumuna göre hasta-hekim iletişimi incelenmiştir. PCAS ölçeğinin iletişim, kişisel yaklaşım ve güven alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0,000; p=0,001; p=0,000). Yapılan Post-hoc analizlerde lise ve üniversite mezunu olanların diğer eğitim düzeylerine sahip bireylere göre PCAS alt boyut puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Literatürde benzer sonuçlar olmakla birlikte aksi yönde sonuçlar bulan çalışmalar da mevcuttur. Bir araştırmada eğitim durumunun hasta-hekim iletişiminde anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (1).

Çalışmamızda gelir durumuna göre hasta-hekim iletişimi değerlendirildiğinde Post-hoc analizlerde PCAS ölçeğinin sadece iletişim alt boyutundaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,004). Bu farkın geliri giderine eşit olan bireylerin alt boyut puanlarının, geliri giderinden az olan bireylere göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmüştür.

Literatürdeki benzer bir çalışmada da gelir durumuna göre hasta-hekim iletişimini değerlendiren ölçeğin sadece bir boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Bu çalışmadaki popülasyonun sosyoekonomik düzeyi ve katılımcı sayısı bizim çalışmamıza çok benzer olduğu için sonuçların aynı yönde çıktığını düşünüyoruz (112).

Çalışmamızda PCAS alt boyut puanları ile medeni durum, meslek, son 1 yılda ASM'ye başvurma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır

(p>0,05). Literatürde yine PCAS ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur (21).

Başka bir araştırmada katılımcıların hasta-hekim iletişimine ilişkin görüşleri medeni durumlarına, mesleklerine, kronik hastalık durumlarına göre istatistiksel olarak farklılaşmamaktadır (p>0,05) (1).

Çalışmamızda sağlık bilgisine ulaşılan ilk kaynağa göre PCAS ölçeğinin sadece güven alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p=0,001). Post-hoc analizlerde diğer boyutlarda fark anlamsız bulunmuştur. Sağlık bilgisine ulaşılan ilk kaynak olarak hekimleri tercih edenlerin PCAS alt boyut puanları ile aile-komşu-arkadaş-diğeri tercih edenlerin puanlarının karşılaştırılmasından kaynaklandığı görülmüştür.

Gözlü'nün çalışmasında ise farklılığın hangi kategorilerden kaynaklandığı incelendiğinde, farklılık bulunan boyutların hepsinde sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak hekimleri tercih edenlerin algılarıyla internet, televizyon ve gazeteyi tercih edenlerin algılarının karşılaştırılmasından kaynaklandığı belirtilmiştir. Bu çalışmadaki bireylerin yaşlarından, deneyimlerinden dolayı sağlık bilgisine erişimdeki tercihlerinin farklı olmasının bu sonuçları doğurduğunu düşünmekteyiz (112).

Çalışmamızda hastaların aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna göre PCAS ölçeğinin hiçbir alt boyutunda puanlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Gözlü'nün araştırmasında ise hastaların son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna göre hasta-hekim iletişimi değerlendirmelerinin sadece hasta merkezli karar verme boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş (p<0,05), diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır (p>0,05). Bu bulgular arasındaki fark; diğer çalışmada hasta-hekim iletişimini değerlendirmek için PCAS ölçeği değil, bakımla ilgili kişilerarası süreçler anketinin kullanılmasından kaynaklanıyor olabilir (112).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde ayrı ayrı hasta-hekim iletişimini araştıran veya sağlık okuryazarlığının araştırıldığı çalışmalar olmasına rağmen, kaliteli hasta-hekim

iletişiminin sağlık okuryazarlığını artırdığı yönünde destekleyici başka bir çalışmaya henüz rastlanmamıştır. Bu bağlamda yapılan ilk çalışma olması çalışmamızın güçlü yönlerinden biridir.

Hasta-hekim iletişimini ölçerken birinci basamağı değerlendiren güçlü bir ölçek olan PCAS'ın kullanılması çalışmamızın değerini artırmaktadır. Ayrıca diğer kullandığımız Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin geçerlilik güvenilirliği ilk yapılan 32 soruluk uzun versiyonunu kullanmış olmamız sağlık okuryazarlığını ayrıntılandırarak saptamamızı sağlamıştır.

Çalışmamızda cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir durumu, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşılan ilk kaynağa göre incelendiğinde; bunların sadece bazı alt boyutlarda hasta-hekim iletişimiyle ilişkili olduğu bulunmuştur.

Hasta-hekim iletişimi; medeni durum, meslek, kronik hastalık durumu, son 1 yılda ASM'ye başvurma ve aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuyla ilişkili değildir.

Bilgi işleme süreçlerinin indeks puanları; "bilgiye ulaşma" sürecinin 33,44 ± 10,17, "bilgiyi anlama" sürecinin 35,79 ± 9,06, "bilgiyi değerlendirme" 26,54 ± 10,81 ve "bilgiyi kullanma / uygulama" süreci indeks puanı ortalamasının 31,36 ± 9,30 olarak tespit edilmiştir. Yapılan kategorik değerlendirmede katılımcıların % 21,6'sının yetersiz, % 34,8'inin sorunlu-sınırlı, % 30,1'inin yeterli ve % 13,5'lik bir kısmının ise mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığının; yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, gelir durumu, kronik hastalık durumu, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşılan ilk kaynakla ilişkili olduğu saptanmıştır. 41 yaş ve altındakilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim durumu en az lise ve üniversite mezunu olanların sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur. Medeni durumu bekar olanlar daha yüksek indeks puan almışlardır. Geliri giderinden az olanların sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Sağlık bilgisine ulaşılan ilk kaynak olarak hekimi ve interneti tercih edenlerin indeks puanları daha yüksektir.

Sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet, son 1 yılda ASM'ye başvurma sıklığı ve aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu arasında ilişki bulunmamıştır.

Sağlık okuryazarlığını artıracak uygulamalar için, toplumun mevcut sağlık okuryazarlık durumunun belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması için öncelikli olarak genel okuryazarlık ve eğitim seviyelerinin yükseltilmesi sağlanmalıdır. Sağlık okuryazarlığı konusunda dezavantajlı grup olarak görülen 65 yaş üstü bireyler ve okuryazar olmayan kişiler de dahil olmak üzere, toplumdaki her yaş grubundaki ve eğitim seviyesindeki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini artıracak önlemler alınmalıdır. Bu kapsamda, bireylerin sağlık okuryazarlık seviyesinin artırılması için televizyon, internet, gazete ve sosyal medya gibi her türlü kitle iletişim araçları kullanılmalıdır. Sağlık kurumlarına başvuran bireyler için, broşür, afiş ve el ilanları gibi sağlıkla ilgili çeşitli materyallerin hazırlanmasının da bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin artırılmasına katkı sunacağı düşünülmektedir. Sağlık eğitimi ve sunulan bu eğitimin değerlendirmelerinin okul müfredatlarına eklenerek bireylerin erken yaşlarından itibaren sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi sağlanmalıdır. Düşük gelir seviyesine sahip bireyler ve aileler de dâhil toplumdaki tüm bireylerin doğru, güvenilir ve anlaşılabilir sağlık bilgisine erişimi sağlanmalıdır. Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini artırma görevi sadece hekimlere, sağlık çalışanlarına, kısacası sadece sağlık kurumlarına verilmemeli; multidisipliner yaklaşımla diğer kamu kurumlarına, medyaya, eğitimcilere bu konuda sorumluluklar verilmelidir. Bireylerin kendi sağlığının sorumluluğunu alması sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Saraçoğlu DU. Sağlık Bakanlığı Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
2. Atici E. Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı.
3. Taşci Bİ. Hekim Hasta İlişkisinin Psikolojik Boyutları.
4. Utma S. Sağlık İletişimi Kavramı: Koronavirüs (Covid 19) Salgınında Ülkemizde Sağlık İletişimi Uygulamaları. J Soc Humanit Adm Sci. 01 Ocak 2020;6(31):1591-605.
5. Turhan S, Gürsoy S, Karakullukçu S. Türkiye'de Göçmenlere Sunulan Sağlık Hizmetleri İçin Yürütülen İletişim Çalışmaları. Türkiye Halk Sağlığı Derg [İnternet]. 09 Eylül 2021 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.20518/tjph.891519
6. Karadağ M, Işik O, Cankul İH, Abuhanoğlu H. Hekim ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi.
7. Bilişli Y, Altaş B, Zetter SA. Nitelikli sağlık iletişimini engelleyen bir unsur olarak "Zor Hasta". 2017;4(4).
8. Yilmaz D, Günay MA. Türkiye'de Sağlık İletişimi: Sağlık Çalışanları Üzerine Yapılmış Bir Araştırma. İNİF E - Dergi [İnternet]. 24 Şubat 2022 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.47107/inifedergi.977601
9. Aydin BO, ŞahiN E. Hastanede Hasta ve Hasta Yakınları Düzeyinde Görülen İletişim Problemlerinin Çözümüne Yönelik Bir Model Önerisi. 2016;
10. Karaboğa F, Kardeş İ. Sağlık İletişimi ve Hastanelerde İletişim Sorunları. J Soc Res Behav Sci. 20 Haziran 2022;8(16):20-33.
11. Dönmez H, Taşmurat T, Yurdakul H. Hekim-Hasta / Hasta Yakını Arasındaki İletişimi Etkileyen Kültürel Ve Kişisel Faktörler: Teorik Bir Çerçeve. 2020.
12. Yilmaz MB, Şireci M. Malatya'da Yer Alan Aile Hekimliği Merkezlerinde Sağlık İletişimi Uygulamalarına Yönelik Bir Çalışma. Fırat Üniversitesi Sos Bilim Derg. 31 Ocak 2020;30(1):357-71.

13. Başol E. Hasta İle Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri.

14. Öcal EE, Aygüzer C, Dereli FE, Erbil S, Güneri B. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hastalarda Hekimlik Değer Algılarına Bakışın Değerlendirilmesi.

15. Tan MN, Güldal D. Tıp Eğitiminde Dinleme: Nereden Nereye? Turk J Fam Med Prim Care [İnternet]. 20 Aralık 2021 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.21763/tjfmpc.931560

16. IGHH_27_3_181_191.pdf [İnternet]. [a.yer 16 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://jag.journalagent.com/igh/pdfs/IGHH_27_3_181_191.pdf

17. Öngören B. Hekim-Hasta İlişkisi ve Sağlık Hizmetlerinde İletişim2.

18. Arslan A. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Hekim-Hasta İletişimi.

19. Çiftçioğlu BA, Ordun G. Hastaların Hekimlerin Kendileri İle Kurdukları İletişiminden Memnuniyet Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma.

20. Karakaya A, Doğan A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerin Analizi Analysis Of Graduate Thesis In The Field Of Primary Healthcare. Aydın Sağlık Dergisi. 2015;8(1):43-57.

21. Şakiroğlu F, Çayır Y. The Effect of Family Physicians' Consultation and Relational Empathy Skills on the Level of Satisfaction with Primary Health Care. Turk J Fam Pract. 2022;26(3):116-23.

22. 1975472.pdf [İnternet]. [a.yer 16 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1975472

23. Myrvang NA, Sancak RE, Mete M. Etnosentrik Eğilimin Hasta-Hekim Yönelimine Etkisi: İstanbul İli Örneği. 2021;6.

24. Koca GŞ, Erigüç G. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi: Hastaların Bakış Açısıyla Ölçmeye Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Celal Bayar

Üniversitesi Sos Bilim Derg [İnternet]. 30 Mart 2021 [a.yer 16 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.18026/cbayarsos.689732

25. Tontus O. Dönem 1. Tıp Öğrencilerinde Hasta Merkezli Yaklaşım Odaklı Bir Sosyal Medya Eğitim Etkinliğinin Çıktı Değerlendirilmesi. 2022.

26. 1260809.pdf [İnternet]. [a.yer 19 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1260809

27. Koch E, Turgut T. Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürlerarası Yönleri: Bir Bakış. 19 Aralık 2022;

28. Gezergün UA, Şahin DB. Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği The Relationship Between Patient and Doctor From The Viewpoint of Patient: A Sample Study of a Training Hospital. Sos Bilim Derg.

29. Atici E. Hasta - Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar.

30. Güzel Ş, Akman Dömbekci H, Ari A. Hasta ve Hekim İletişimi: Özel Hastane Örneği. Selçuk Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg [İnternet]. 30 Mayıs 2022 [a.yer 16 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.52642/susbed.1096940

31. Afyoncu AA. Araştırma görevlisi hekimlerin empati düzeyleri.

32. Özçaka Ö, Becer S, Biçakçi N, Köse T. Hasta Hekim İlişkilerini Etkileyen Fiziksel ve Davranışsal Etkenler: Anket Çalışması.

33. Heybet M. Hastalarda Hekim Algısına Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması: Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama. Konuralp Tıp Derg [İnternet]. 11 Nisan 2016 [a.yer 16 Aralık 2022];8(2). Erişim adresi: http://dergipark.gov.tr/doi/10.18521/ktd.24199

34. Atilla G, Oksay A, Erdem R. Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma.

35. Doğan E, Hıdıroğlu S. A qualitative study to evaluate common problems of primary health care physicians about patients. J Turk Fam Physician. 15 Mart 2017;8(1):2-10.

36. Yeşildal M, Dömbekcï HA. Sağlık İletişimi Sorunları: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. 2021;

37. Balcıoğlu H, Unluoglu I. Fundamentals of Communication. Turk Klin J Fam Med-Spec Top 201782. 18 Nisan 2017;

38. Acar G. Difficulties of Students' in Communication with Patients and their Perception of Difficult Patient. J Psychiatr Nurs [İnternet]. 2016 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: http://www.phdergi.org/jvi.aspx?pdir=phd&plng=tur&un=PHD-20592&look4=

39. Gül G, Erbaycu AE. Sağlık Hizmeti Sunumunda Hasta - Hekim İletişiminin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bir Kano Model Analizi.

40. Karahisar DT. Sağlık Sektöründe Uygulanan Politikalar ve Doktor- Hasta İletişimi.

41. Avcı K, Mergen M, Çal G, Torun M, Korur SA, Karci OM. Hekimlerin Sağlık Bilgisi Arayan Hastaya Uyguladıkları İletişim Stratejileri. Tıp Eğitimi Dünya [İnternet]. 30 Nisan 2020 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/doi/10.25282/ted.537225

42. Fakültes T. Temel İletişim Becerileri: Amaç ve Öğrenim Hedefleri. 2007;

43. Sar Ö. İletişim Becerileri Eğitimi: İçerik ve Değerlendirme. 2004;

44. Sert O, Bozbıyık M, Elçin M, Turan S. Standart Hasta-Tıp Öğrencisi.

45. Mutlu H. Seramik Eğitiminin Bir Hekime Katkıları. İnönü Üniversitesi Sanat Ve Tasar Derg [Internet]. 15 Aralık 2017 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.16950/iujad.342733

46. Şenol Y, Gürpınar E, Erengin H, Öztürk H, Yılmaz TT. İletişim, Etik ve Sağlık Ocağı Konularını İçeren Probleme Dayalı Öğrenim Modülü: Öğrenci Değerlendirmesi. 2006;

47. Bakan AB, Yildiz M. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. 2019;

48. Karagözoğlu M. Adolesanlarda Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 2021;

49. Tözün M, Sözmen MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı Health Literacy with Perspective of Public Health.

50. Dost A, Üner E. Öğretmenlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Yükseltilmesi Neden Önemlidir? İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 29 Aralık 2020;(12):475-83.

51. 152891.pdf [İnternet]. [a.yer 19 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/152891

52. Aktaş C, Kızıltan G. Sağlık Okuryazarlığı. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg - BÜSBİD [İnternet]. 31 Ağustos 2022 [a.yer 19 Aralık 2022];7(2). Erişim adresi: http://busbid.baskent.edu.tr/index.php/busbid/article/view/347

53. Ilgaz A. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. Hacet Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg. 08 Temmuz 2021;151-9.

54. 82916.pdf [İnternet]. [a.yer 19 Aralık 2022]. Erişim adresi: http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/en/download/article-file/82916

55. Budak S, Özkan S. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerini Arttırmaya Yönelik Bir Eğitim Müdahalesi. Turk Health Lit J. 30 Haziran 2021;2(2):75-80.

56. Kaya S, Gözlü K. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi: Çankaya İlçesi Örneği. Ank Med J. 2020;20(2):254-68.

57. Özdemir Y. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği. 2018;

58. Kutlu G, Akbulut Y. Evaluation of the Health Literacy Policies in Turkey in terms of the Hospitals. Konuralp Tıp Derg. 24 Mart 2019;132-43.

59. 752999.pdf [İnternet]. [a.yer 19 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/752999

60. Çelikyürek NA, Meydan Acımış N, Özcan B. Bir Üniversite Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Etmenler. Pamukkale Med J [İnternet]. 01 Mayıs 2020 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.31362/patd.602380

61. Uçkaç K. Kanser Taramalarında Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmetleri. Turk Health Lit J. 04 Temmuz 2022;3(2):96-101.

62. Utma S. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Sağlık Haberlerini Doğru Okumak. IBAD Sos Bilim Derg. 31 Aralık 2018;223-31.

63. Gamsızkan Z, Sungur M. Health literacy level of Düzce University students: A cross-sectional study. Türkiye Aile Hekim Derg. 15 Haziran 2020;24:117-25.

64. Aslan DŞ. Acil Sağlık Hizmetlerine Gereksiz Başvuruların Azaltılmasında Önemli Bir Etken: Sağlık Okuryazarlığı. 2017;

65. Yılmaz S, Gür STA, Daharlı E. Acil Poliklinik Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin İncelenmesi: Kesitsel Bir Çalışma.

66. Kübra E, Demiray D, Durgun M. Covid 19 Döneminde Karantina Uygulamalarının Sağlık Okuryazarlığı Bakış Açısıyla Değerlendirmesi.

67. Hizal ÖG. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık Okuryazarlığının Önemi. Turk Health Lit J. 28 Mart 2021;2(1):67-74.

68. Akbal E, Gökler ME. Covid-19 Salgını Sürecinde Eksikliği Ortaya Çıkan Bir Gerçek: Sağlık Okuryazarlığı. Eskişeh Türk Dünya Uygul ve Araşt Merk Halk Sağlığı Derg [İnternet]. 18 Eylül 2020 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.35232/estudamhsd.763717

69. 10303824.pdf [İnternet]. [a.yer 19 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://acikerisim.uludag.edu.tr/bitstream/11452/15270/1/10303824.pdf

70. Akyar I, Agralı H. Diyabetli Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı: Ölçek Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Acibadem Univ Saglik Bilim Derg. 01 Ocak 2018;0-0.

71. Pamukkale Universitesi Saglik Bilimleri Fakultesi, Ic Hastaliklari Hemsireligi Anabilim Dali, Denizli, Turkiye, Bakan G, Inci FH, Pamukkale Universitesi Saglik Bilimleri Fakultesi, Halk Sagligi Hemsireligi Anabilim Dali, Denizli, Turkiye. Treatment Compliance and Health Literacy in Patients with Hypertension. J Cardiovasc Nurs. 02 Eylül 2022;12(28):81-7.

72. Gücük S, Dilekçi E, Kayhan M, İzzet B, Üniversitesi B, Fakültesi T, vd. Kas İskelet Sistemi Şikayetleriyle Yatan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları Authors / Yazarlar Health Literacy and The Use of Primary Health Care Services of Inpatients with Musculoskeletal Complaints. Eurasian J Fam Med. 01 Ekim 2020;9:131-8.

73. Altun R. Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Amasya Örneği.

74. 2413117.pdf [İnternet]. [a.yer 19 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2413117

75. 10315400.pdf [İnternet]. [a.yer 19 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://acikerisim.erbakan.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12452/3957/10315400.pdf?sequence=1&isAllowed=y

76. Sezgin Ö, Uskun E. Bir sanayi sitesinde küçük ölçekli işyerlerinde çalışanların sağlık okuryazarlığı düzeyi. J Biotechnol Strateg Health Res [İnternet]. 17 Kasım 2021 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.34084/bshr.1008163

77. Oflaz NK. Covid-19 Pandemisi, Sağlık Okuryazarlığının Artan Önemi ve Seçilmiş OECD Ülkeleri Üzerine Ekonomik Bir Değerlendirme.

78. 1743504.pdf [İnternet]. [a.yer 19 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1743504

79. Ulusoy E, Yılmaz TE, Çifci A, Yılmaz T, Kasım İ, Özkara A. The Role of Parents and Health Literacy in Healthy Child Follow-up. Ank Med J. 2020;20(3):588-604.

80. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinçci E. Health Literacy Levels and Affecting Factors of Patients Who Applied to A University Hospital Polyclinic. Eurasian J Fam Med. 31 Mart 2019;8:27-35.

81. Vural Aktan G, ÖzdemiR F. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi. Cukurova Med J. 31 Mart 2020;45(1):352-61.

82. Teleş M, Kaya S. Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi. Hacet Sağlık İdaresi Derg [Internet]. 2019 [a.yer 19 Aralık 2022];22(4). Erişim adresi: https://avesis.hacettepe.edu.tr/yayin/2804e4b0-d7c0-49b6-8e0a-34b8ceda0cfe/kardiyoloji-polikliniginе-basvuran-hastalarda-saglik-okuryazarliginin-degerlendirilmesi

83. Öncü Ö. Sağlık Okuryazarlığının Hipertansiyon Kontrolünde Önemi. Dünya İnsan Bilim Derg. 24 Mayıs 2018;2018(1):45-70.

84. Çinkil Z, Tural Büyük E. Pediatri Hemşirelerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri. Samsun Sağlık Bilim Derg [İnternet]. 13 Nisan 2022 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.47115/jshs.1057217

85. Duğan Ö. Dijital Çağda Öğrenme Aracı Olarak Oyunlaştırmanın Sağlık Okuryazarlığı Üzerindeki Rolü. TRT Akad [İnternet]. 14 Ocak 2022 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.37679/trta.960815

86. 10313494.pdf [İnternet]. [a.yer 19 Aralık 2022]. Erişim adresi: http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/27176/10313494.pdf?sequence=1&isAllowed=y

87. Yılmazel G, Ahçıoğlu A. Halk Sağlığı Gözüyle Koroner Arter Hastalığı ve Sağlık Okuryazarlığı. Turk Health Lit J. 30 Haziran 2021;2(2):81-8.

88. Çinar S, Ay A, Boztepe H. Çocuk Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı.

89. Soysal A, Obuz E. Sağlık Okuryazarlığı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Yönetimi Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sos Bilim Derg. 20 Ekim 2020;1198-217.

90. Değer MS, Zoroğlu G. Relation between Health Literacy and Cancer Information Overload in People Applying To Primary Healthcare. Anadolu Klin Tıp Bilim Derg [İnternet]. 28 Ağustos 2020 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.21673/anadoluklin.760739

91. Emre N, Arslan M, Edirne T, Özşahin A, Çiğdem A. Bir Üniversite Hastanesindeki Aile Hekimliği Poliklinik Hastalarının Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Etkenler. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folk Tıp Derg [İnternet]. 26 Eylül 2021 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.31020/mutftd.943953

92. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. Sak Med J [İnternet]. 30 Eylül 2018 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.31832/smj.453846

93. 301825.pdf [İnternet]. [a.yer 19 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/301825

94. Köse B, Çam AV. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Finansal Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Rize İlinde Bir Uygulama. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 29 Aralık 2021;10(4):678-90.

95. Güney E, Özkan S. Sağlık Okur-Yazarlığı ve Acil Servis Kullanımı Arasındaki İlişki. Turk Health Lit J. 11 Aralık 2020;1(1):77-83.

96. Parlak AG, Şahin ZA. Diyabet Hastalarında Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi.

97. İncesu E. Rational use in drug health literacy: A public hospital patients on an investigation. Health Care Acad J. 2017;4(1):28.

98. Yeşilçinar İ, Şahin E, Mercan D. Postpartum Dönemdeki Kadınların Sağlık Okuryazarlığı ile Geleneksel Uygulamalara Başvurmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Turk J Fam Med Prim Care [İnternet]. 20 Eylül 2021 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.21763/tjfmpc.865926

99. Akbolat M, Kahraman G, Eriguc G, Saglam H. Does Patient-Physician Relationship Affect Health Literacy?: A Research in Sakarya Province. TAF Prev Med Bull. 2016;15(4):354.

100. Gör Ö, Ölmez EH. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hasta Hekim İlişkisinin Değerlendirilmesi. 2015;

101. Soykan H, Şengül H. Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 29 Aralık 2021;10(4):691-704.

102. Aktaş H. Sağlık ve Eğitimi Değerlendirmede Bir Ölçme Aracı; Sağlık Okuryazarlığı.

103. Hazer O, Ateşoğlu L, Tüketici A, Bölümü B, Üniversitesi H, İdari İ, vd. Başarılı Yaşlanma-Türkiye Klinikleri. 25 Haziran 2019;

104. Üstündağ A. İnsan ve Sosyal Bilimler Dergisi.

105. Gökoğlu AG. Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışlarına ve Çocuk Sağlığına Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg - BÜSBİD [İnternet]. 31 Ağustos 2021 [a.yer 19 Aralık 2022];6(2). Erişim adresi: http://busbid.baskent.edu.tr/index.php/busbid/article/view/296

106. Filiz E, Bodur S. Gebe ve Gebe Olmayan Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisinin Değerlendirilmesi. 3(1).

107. Çoban T, Özcebe H. The role of health literacy in the health promotion inchildren. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 29 Aralık 2019;17(3):337-49.

108. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Altan Özyurt Matbaacılık, 2014:3752.

109. HLS-EU CONSORTIUM. (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (http://www.health-literacy.eu, erişim: 02.01.2014).

110. Wallston KA, Cawthon C, Rothman RL, Osborn CY and Kripalani S. (2014). Psychometric Properties of the Brief Health Literacy Screen in Clinical Practice. Journal of General Internal Medicine, 29(1): 119-126.

111. 613762.pdf [İnternet]. [a.yer 19 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/613762

112. Gözlü K. Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği, Doktora Tezi, Ankara, 2018.

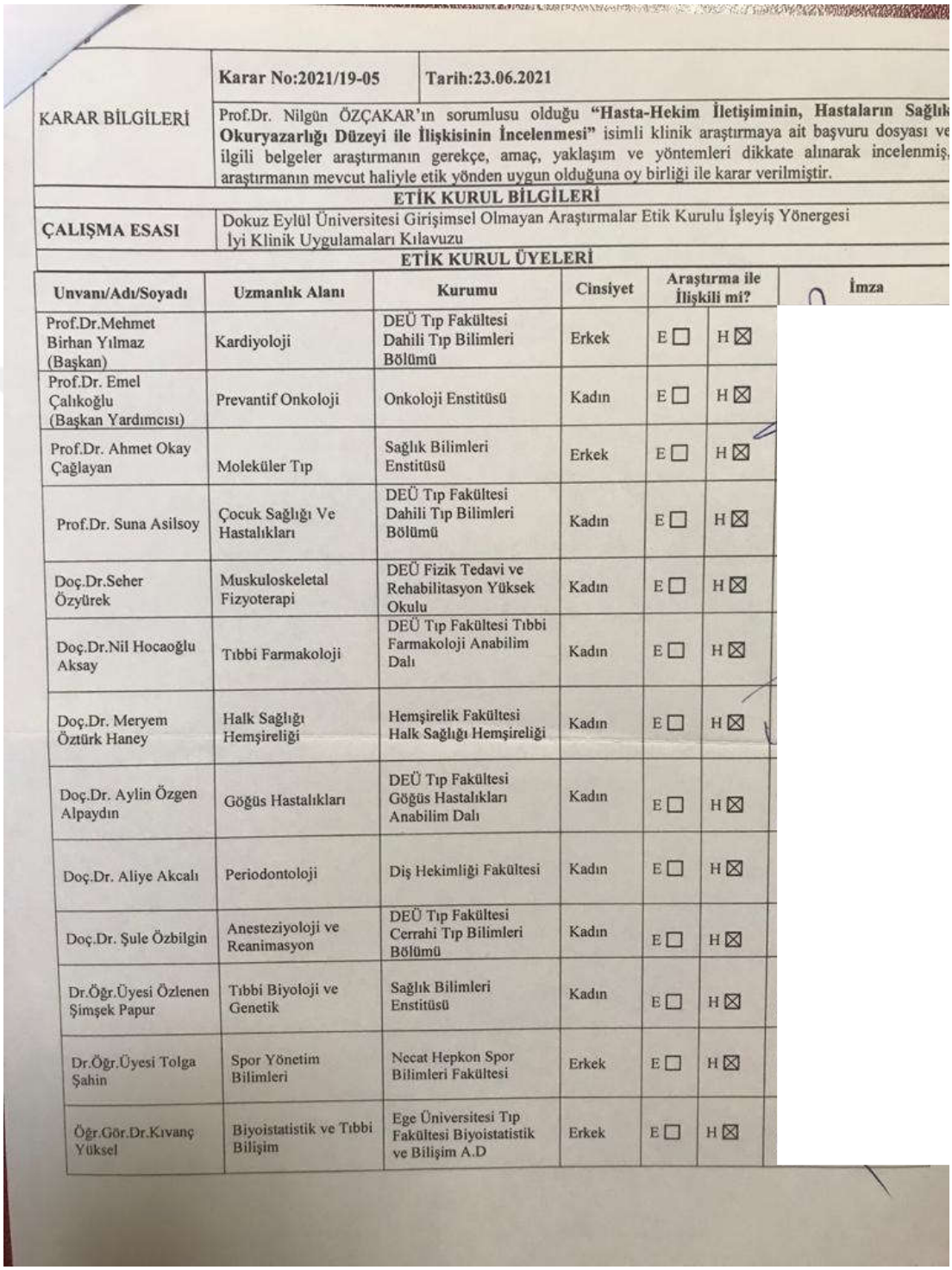
113. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2016;9(4):142-7.

114. Kozak F. Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi İlişkisi. Hemşire Bilimi Derg [İnternet]. 16 Kasım 2021 [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.54189/hbd.997788

115. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients literacy skills. Journal of General Internal Medicine 1995;10(10):53741.

8. EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni



KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/19-05	Tarih:23.06.2021
	Prof.Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu **"Hasta-Hekim İletişiminin, Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Prevantif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Etkin bir sağlık sisteminde, sağlık sorunlarının büyük bir kısmının birinci basamak sağlık kuruluşlarında çözümlenebildiği bilinmektedir. Hasta ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimin doğru ve etkin olması bu hususta önemli bir rol oynamaktadır. Hastaların ihtiyaçları, sadece tıbbi gereksinimlerle sınırlı olmayıp, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleri de olan bir bütündür. Bu bağlamda, hasta odaklı yaklaşım hasta-hekim iletişimini başarıya taşımada önemli bir anahtardır.

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, bu bilgileri anlaması ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal becerileri olarak tanımlanmaktadır. Uygun sağlık davranışlarının geliştirilmesi, ihtiyaç duyulan hizmetlere erişim, sağlık bakımının her aşamasında yapılan bilgilendirmelerin bireylere sağlanması noktasında aile hekimlerinin; hastaların SOY (sağlık okuryazarlığı) konusunda hem farkındalık, hem de yetkinlik sahibi olması önemlidir.

“Hasta-Hekim İletişiminin, Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi” isimli araştırmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri’ne başvuran 18 yaş ve üzeri erişkinlerde; hasta-hekim iletişiminin, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisini inceleyeceğiz.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgilerinizi belli etmeyecek şekilde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı: Tarih:

Soyadı: İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı: Tarih:

Soyadı: İmza:

Araştırma yapan araştırmacının:

Adı Soyadı: Duru MERGEN EFE

Tel: 0507 391 77 28

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi 35340Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih: İmza:

Ek 3. Anket Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ ANKET FORMU (Dr. Duru MERGEN EFE)

1-Cinsiyet: **( )** Kadın **( )** Erkek

2-Yaş:

3-Eğitim durumu:

( ) Okuryazar **( )** İlkokul mezunu **( )** Ortaokul mezunu **( )** Lise mezunu **( )** Üniversite mezunu

4-Medeni durum: **( )** Evli **( )** Bekar **( )** Ayrılmış/ Dul

5-Meslek: **( )** Öğrenci **( )** Ev hanımı **( )** Serbest çalışan

( ) İşçi **( )** Memur **( )** Esnaf

( ) Sağlık çalışanı **( )** Emekli **( )** Diğer

6-Kişi başına düşen aylık gelir oranı:

( ) Gelir giderden fazla **( )** Gelir gidere denk **( )** Gelir giderden az

7-Kronik hastalığı olma durumu: **( )** Yok **( )** 1 tane **( )** 1'den fazla

8-Aile Sağlığı Merkezine 1 yıl içinde başvurma sıklığı: **( )** 2'den az **( )** 2-5 kere **( )** 5'ten fazla

9- Son 1 yıl içinde aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu:

( ) Hiç ziyaret edilmedim **( )** 1-2 kere **( )** 2'den fazla

10- Genellikle sağlıkla ilgili bilgilere ulaştığı ilk kaynak:

( ) Hekim **( )** Hemşire **( )** Eczacı **( )** Diğer sağlık çalışanları

( ) Aile, komşu veya arkadaş **( )** İnternet **( )** Gazete, dergi

( ) TV **( )** Radyo **( )** Diğer

BİRİNCİ BASAMAK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ANKET FORMU)

1. Aldığınız sağlık hizmetini aşağıdaki sorulara yanıt vererek teknik yeterlilik açısından değerlendiriniz.

a.Sağlık sorununuzu tanımlayabilmek için doktorun yaptığı fizik muayenenin (tam) yeterliliği nasıldır?

( ) Çok kötü **( )** Kötü **( )** Orta **( )** İyi **( )** Çok iyi **( )** Mükemmel

b. Sağlık sorunlarınıza doğru teşhisler koyabiliyor mu?

( ) Her zaman **( )** Hemen hemen her zaman **( )** Çoğu zaman **( )** Bazen

( ) Hemen hemen hiçbir zaman **( )** Hiçbir zaman

2. Düzenli olarak doktorunuzla konuştuğunuz zamanlarla ilgili olarak aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?

	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
A). Şikayet ve belirtilerinizle ilgili sorularının yeterliliği (tamlığı)						
B). Anlattıklarınızla ilgili dikkati						
C). Sağlık sorunlarınız ve tedavilerinizle ilgili olarak yaptığı açıklamalar						
D). Sizi daha ileri bir sağlık hizmetine yönlendirdiğinde hazırladığı sevk raporları						
E). Sağlığınızla ilgili kararlar vermek konusunda yardım ve önerileri						

3. Doktorunuzun yanından sorularınıza yanıt alamadan ayrıldığınız olur mu?

( ) Her zaman **( )** Hemen hemen her zaman **( )** Çoğu zaman **( )** Bazen

( ) Hemen hemen hiçbir zaman **( )** Hiçbir zaman

4. Doktorunuzdan aldığınız sağlık hizmetini aşağıda sıralanan maddelere göre kişisel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
A).Size ayırdığı zaman						
B).Sorularınız ve endişelerinize karşı size gösterdiği sabır						
C).Size karşı olan dostluk ve yakınlığı						
D).İlgisi ve bakımı						
E).Size karşı saygısı						

5. Doktorunuza olan güveninizle ilgili olarak aşağıdaki durumları değerlendirir misiniz ?

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
A).Başka kimseye söyleyemeyeceğim bir şeyi doktoruma söyleyebilirim					
B).Doktorum bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar					
C).Tıbbi bakımım konusunda doktorumun vereceği kararlara tam olarak güvenirim					
D).Doktorum benim sağlığım için gerekenleri yaparken maliyeti düşük tutmaya çok dikkat eder					
E).Sağlığımla ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler					
F). Sağlığıma benim kadar dikkat eder					
G).Tedavimde bir hata yapılmışsa benden saklamaya çalışır					

6. Tüm bunları dikkate aldığınızda doktorunuza olan güveninizi aşağıda yazılı rakamlara göre nasıl değerlendirirsiniz ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç güvenmiyorum Tam güveniyorum

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ -32 (ANKET FORMU)

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1.Çok kolay	2.Kolay	3.Zor	4.Çok zor	5.Fikrim yok
1.	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2.	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3.	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4.	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5.	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6.	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7.	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8.	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9.	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10.	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11.	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12.	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13.	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14.	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15.	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16.	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17.	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18.	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19.	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20.	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21.	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22.	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23.	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24.	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25.	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26.	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27.	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28.	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29.	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30.	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31.	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32.	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					