

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKILCI İLAÇ KULLANIMI
FARKINDALIĞI VE HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÜZERİNDEKİ
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Zeynep HATİPOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ

KONYA-2024

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKILCI İLAÇ KULLANIMI
FARKINDALIĞI VE HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÜZERİNDEKİ
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Zeynep HATİPOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ

KONYA-2024

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Zeynep HATİPOĞLU tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç.Dr.Burhanettin UYSAL
Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi

Danışman: Doç.Dr.Mehmet YORULMAZ
Selçuk Üniversitesi

Üye: Prof.Dr.Handan ERTAŞ
Selçuk Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Fatma Hümeysra YERLİKAYA AYDEMİR
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bu tezin yazım sürecine başlarken, sağlık alanındaki bir konuya derinlemesine eğilmenin hem kişisel hem de akademik bir yolculuk olduğunun farkındaydım. İnsan sağlığı üzerinde derin etkileri olan bir konu olan sağlık okuryazarlığı, akılcı ilaç kullanımı ve hasta aktifliği üzerine odaklanmayı seçtim. Bu çalışmanın, bu önemli konular hakkında farkındalık yaratmada ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde katkıda bulunacağına inanıyorum.

Bu tezi hazırlarken, hem teorik bilgileri hem de araştırmaları bir araya getirme fırsatı buldum. Araştırma süreci boyunca, birçok farklı disiplinden bilgileri birleştirmek, verileri analiz etmek ve sonuçları yorumlamak benim için büyük bir öğrenme deneyimi oldu.

Tezimin hazırlanmasında desteklerini esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ'a, değerli görüş ve yönlendirmeleri için teşekkür ederim. Ayrıca, tez çalışmam boyunca bana destek olan sevgili eşim Buğra HATİPOĞLU'na teşekkürü borç bilirim. Onun moral ve motivasyon desteği olmasaydı, bu tezi tamamlamak çok daha zor olurdu.

Son olarak, bu tezin, sağlık okuryazarlığının önemini vurgulayan ve akılcı ilaç kullanımının geliştirilmesine katkıda bulunan bir kaynak olarak kullanılmasını umuyorum. Okuyucuların, bu çalışmadan elde edilen bilgilerle kendi sağlık bakımlarını daha bilinçli ve etkin bir şekilde yönetmeleri en büyük temennimdir.

Saygılarımla.

Zeynep HATİPOĞLU

KONYA-2023

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ÖZET	vii
SUMMARY	viii
1. GİRİŞ	1
1.2. Sağlık Okuryazarlığı.....	2
1.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	3
1.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması	5
1.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli	7
1.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Alt Boyutları.....	10
1.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçülmesi.....	12
1.2.6. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	16
1.3. Akılcı İlaç Kullanımı	19
1.3.1. İlaç Tanımı	19
1.3.2. Akılcı İlaç Kullanımı	19
1.3.3. Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri.....	24
1.3.4. Akılcı İlaç Kullanımı Tarafları	25
1.3.5. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı.....	26
1.3.6. Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Nedenleri	27
1.3.7. Dünya’da ve Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı	28
1.4. Hasta Aktivite	33
1.4.1. Hasta Aktivitesinin Önemi.....	35
1.4.2. Hasta Aktivitesinin Aşamaları	37
1.4.3. Hasta Aktivitesini Artırmaya Yönelik Müdahaleler	37
2.GEREÇ VE YÖNTEM	84
2.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı.....	84
2.2. Araştırmanın Modeli.....	84
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	85
2.4. Veri Toplama Araçları.....	85

2.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	86
2.4.2. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği.....	86
2.4.3. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı Ölçeği	87
2.4.4. Hasta Aktivite Ölçeği	88
2.5. Verilerin Toplanması.....	88
2.6. Verilerin Analizi	88
2.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	89
2.8. Araştırmanın Hipotezleri	89
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	89
3. BULGULAR	90
3.1. Katılımcılara Ait Demografik ve Betimleyici İstatistikler	90
3.2. Normallik Varsayımı Analizi ve Güvenilirlik Analizi	92
3.3. Cinsiyet Değişkeni T-Test Tablosu	93
3.4. Medeni Durum Değişkeni T-Test Tablosu	94
3.5. İlaç Kullanmayı Gerektiren Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu Değişkeni T-Test Tablosu	96
3.6. İlaç Kullanırken Kaçınılması Gereken Besinlere Dikkat Etme Durumu Değişkeni T-Test Tablosu	97
3.7. Yaş Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi	99
3.8. Eğitim Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi	102
3.9. Meslek Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi.....	106
3.10. Yaşanılan Yer Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi	110
3.11. Gelir Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi.....	113
3.12. Kullanılan Bir İlaça Bağlı Yan Etki Geliştiğinde Yapılan Durum Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi	116
3.13. Korelasyon Analizi	121
3.14. Regresyon Analizi	125
4. TARTIŞMA	130
5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	138
5.1. Sosyo-demografik Veri Sonuçları	138

5.2. Öneriler	139
6.KAYNAKLAR.....	140
7.EKLER.....	148
Ek-A: Ölçekler	148
Ek B: Etik Kurul Raporu	162
Ek C: Turnitin Raporu.....	163
8. ÖZGEÇMİŞ	165



SİMGELER VE KISALTMALAR

AOİK: Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GSYH: Gayrisafi Yurtiçi Hasıla

INRUD: International Network for Rational Use of Drugs

İEİS: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası

PAM: Patient Activation Measure

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

SPSS: Statistical Package for the Social Science

TİTCK: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: Word Health Organization

ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ AKILCI İLAÇ KULLANIMI FARKINDALIĞI VE HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Zeynep Hatipoğlu

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi / KONYA-2023

Bu çalışma, sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktiflik düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesini amaçlamaktadır.

Araştırma evrenini Türkiye’de yaşayan 18 yaş ve üstü kişiler oluşturmaktadır. Olasılığa dayalı olmayan örnekleme türünden kolayda örnekleme türü kullanılıp 502 kişiye ulaşılmıştır. Çalışma nicel araştırma modeli ile planlanıp, üç ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; sağlık okuryazarlık ölçeği TSOY-32, akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ölçeği ve hasta aktiflik düzeyi ölçeğidir. Bu çalışmada kullanılan ölçek soruları, Google Forms üzerinden hazırlanıp, çevrimiçi anket yöntemiyle katılımcılara ulaştırılmıştır. Veriler SPSS-27 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sosyodemografik veriler için frekans tabloları hazırlanmıştır. İki gruplu değişkenler arasındaki ortalama farklılıkları incelemek için bağımsız örneklem t-testi, üç veya daha fazla grup içeren değişkenler için ise tek yönlü anova analizi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin yönünü ve derecesini belirlemek amacıyla Pearson korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini görmek üzere doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Bu analizler, alfa=0,05 düzeyinde yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı sırasıyla sağlık okuryazarlık ölçeği için 0,95; akılcı ilaç kullanımı farkındalığı için 0,73; hasta aktiflik düzeyi için 0,87 olarak bulunmuştur. Araştırmada yer alan bireylerin %51,8'i kadın iken, %48,2'si erkektir. Araştırmanın sonucunda sağlık okuryazarlık düzeyi ile akılcı ilaç kullanımı farkındalığı düzeyi arasında pozitif bir yönde bulunan ve zayıf düzeyde anlamlılık gösteren bir ilişki mevcuttur. ($r=,235$; $p=,000$). Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği arasında pozitif bir yönde bulunan ve zayıf düzeyde anlamlılık gösteren bir ilişki mevcuttur. ($r=,271$; $p=,000$). Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği ile Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği arasında pozitif bir yönde bulunan ve zayıf düzeyde anlamlılık gösteren bir ilişki mevcuttur. ($r=,301$; $p=,000$).

Anahtar Sözcükler: Sağlık okuryazarlığı; Akılcı ilaç kullanımı; Hasta aktiflik düzeyi.

SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY

SELÇUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

INVESTIGATION OF THE IMPACT OF HEALTH LITERACY ON RATIONAL DRUG USE AWARENESS AND PATIENT ACTIVITY LEVEL

Zeynep Hatipoğlu

Department of Health Management

Master Thesis / KONYA-2023

This study aims to examine the impact of health literacy on rational drug use awareness and patient activation levels.

The study population consists of individuals aged 18 and over living in Turkey. A non-probability sampling type, specifically convenience sampling, was used to reach 502 individuals. The study was planned using a quantitative research model and consists of three scales. These are the Health Literacy Scale TSOY-32, the Rational Drug Use Awareness Scale, and the Patient Activation Level Scale. The scale questions used in this research were prepared via Google Forms and delivered to the participants via an online survey method. Data were analyzed using the SPSS-27 program. Frequency tables were prepared for sociodemographic data. The independent samples t-test was used to examine mean differences between two groups of variables, while one-way ANOVA analysis was used for variables involving three or more groups. Pearson correlation analysis was performed to determine the direction and degree of the relationship between the scales. Linear regression analysis was applied to see the effect of the independent variable on the dependent variable. These analyses were conducted at an alpha level of 0.05.

The Cronbach's alpha reliability coefficients for the scales used in the research were found to be 0.95 for the Health Literacy Scale, 0.73 for the Rational Drug Use Awareness Scale, and 0.87 for the Patient Activation Level Scale, respectively. Of the individuals in the study, 51.8% were female, and 48.2% were male. The results of the study show that there is a positive and weakly significant relationship between health literacy levels and rational drug use awareness levels ($r=0.235$; $p=0.000$). There is a positive and weakly significant relationship between the Patient Activation Level Scale and the Health Literacy Scale ($r=0.271$; $p=0.000$). There is also a positive and weakly significant relationship between the Patient Activation Level Scale and the Rational Drug Use Awareness Scale ($r=0.301$; $p=0.000$).

Key Words: Health literacy; Rational drug use; Patient activity level.

1. GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı, bir kişinin sağlıkla ilgili bilgi birikimi, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve sağlıkla ilgili kararları alabilme yeteneğidir. Bu kavram, genel okuryazarlıkla özetlenebilmektedir. Çünkü sağlık okuryazarlığı, okuma, anlama ve kritik düşünme becerilerini içermektedir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler, sağlık hizmetlerini daha etkin kullanabilir, sağlık durumlarını daha iyi yönetebilir ve sağlıklarını iyileştirecek uygun kararlar alabilirler. Sağlık okuryazarlığı, kişisel sağlığın yanı sıra toplum sağlığı için de önemlidir. Çünkü sağlık hizmetlerine ve kaynaklara erişimi ve bu kaynakların nasıl sunulacağını doğrudan etkilemektedir (MacAskill ve ark. 2022, Aygun ve Cerim 2021).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, 1970'lerde ortaya çıkmış ve 2003 yılında ABD'de Yetişkin Okuryazarlığı Araştırmasının Ulusal Değerlendirilmesi sonucunda literatürde daha geniş bir yer bulmuştur. Bu tarihten itibaren, sağlık okuryazarlığı hem bireysel hem de toplumsal sağlık tarafından yönetilen kritik bir faktör haline gelerek önemi artmıştır. (Trezona ve ark. 2018, Sorensen ve ark. 2015).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde sağlık okuryazarlığı aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011).

“Kişisel yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması anlamına gelir.”

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasında önemli rol oynamaktadır. Düşük okuryazarlık seviyesi, bireysel ve toplumsal sağlık açısından olumsuz etkilere sebep olabilir. Bireyler, sağlık hizmetlerinden daha az yararlanma eğiliminde olup, bunun yerine tedavi edici sağlık hizmetlerine ve hastaneye yatışlara daha sık başvurumaktadırlar. Sağlık okuryazarlık seviyesinin artırılması, sağlıklı yaşam stilinin benimsenmesine sebep olmaktadır. Bu durum koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanmaya, erken tanı ve tedavi ile hastalıkların önüne geçmeye ve sağlıksız davranışlardan kaçınarak toplumsal sağlığın iyileşmesinde de etkili olmaktadır (Özkan ve ark. 2018).

Günümüzde sağlık politikalarının sürekli geliştirilmesi ve teknolojik yenilikler, bireylerin bilgiye daha hızlı ulaşmasını ve ilaçlara erişimin daha kolay olmasını sağlamıştır. Fakat bu yenilikler beraberinde; yanlış ilaç kullanımı, bilgi kirliliği gibi sorunları getirmiştir (Denizci 2019). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ilaç politikalarına bakıldığında temel unsurlar arasında akılcı ilaç kullanımı yer almaktadır. DSÖ akılcı ilaç kullanımını, bireylerin ihtiyaçlarını karşılayacak kadar, yeterli doz ve süre boyunca kendilerine en az maliyetle gelecek şekilde kullanmaları, şeklinde tanımlamıştır (Demirtaş ve ark. 2018). Aşırı ve uygun olmayan ilaç kullanımı, yan etkilerde artışa, antibiyotiklere direnç gelişimine, ilaç stoklarında azalmaya sebep olmaktadır. Bu durumda gerekli ilaçların erişiminde zorluğa ve ilaç harcamalarında artışa yol açmaktadır (Esher ve Coutinho 2017). Dünya'daki insan nüfusunun üçte biri temel ilaçlara erişmekte zorluk yaşamakta, kullanılan ilaçların yarısı uygun olmayan şekillerde satılmakta, reçete edilmekte ve kullanılmaktadır (WHO, 2002). Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaşması bu bağlamda büyük önem arz etmektedir.

Toplunun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve artırılması, aynı zamanda bireylerin akılcı ilaç kullanımı farkındalığının artırılarak bu yaşanan sorunların çözüme kavuşması sağlanabilir. Nitekim kişilerin kendi sağlık yönetimlerinde de aktif rol oynamaları gerekir. Aktif hasta, sağlığıyla ilgili bir olumsuzluk yaşadığında bunu nasıl engelleyebileceğini ve sağlık durumunu nasıl yöneteceğini bilen kişidir. Hasta aktifliğinin yanı sıra bu çalışma hasta aktiflik düzeyinin ne ölçüde değişkenleri etkilediğini amaçlamıştır.

Literatürde sağlık okuryazarlığı, akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktiflik düzeyinin ayrı ayrı ele alındığı çalışmalar bulunmaktadır. Fakat bu üç kavramın birlikte değerlendirildiği çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırma, erişkin bireylerin sağlık okuryazarlıklarının akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktiflik düzeyi arasındaki etkinin incelenmesini amaçlamaktadır.

1.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık bilgilerine erişim, bu bilgileri doğru şekilde anlama ve kullanma yeteneğini ifade eden bir terimdir. Bu yetenekler, kişinin kendi sağlık durumunu yönetebilmesi, sağlık hizmetlerini etkin bir biçimde kullanabilmesi ve sağlık sistemi hakkında bilgi sahibi olmasını içerir. Sağlık

okuryazarlığının ana hedefi, bireylerin kendi sağıkları ve toplumun genel sağığı ile ilgili bilinçli ve uygun kararlar verebilmelerine olanak tanımaktır (Balçık ve ark. 2014).

Bu terim ilk defa 1974 yılında kullanılmış olup, günümüzde önemli bir araştırma alanı olarak kabul edilmektedir. 1974 yılında Scott K. Simonds'ın "Health Education as Social Policy" isimli makalesinde ilk kez sağık okuryazarlığı kavramı kullanılmıştır (Andrus ve ark. 2002). Bu çalışmada, sağık okuryazarlığı kavramı sosyal politikanın bir parçası olarak değerlendirilmiştir.

Dünya Sağık Örgütü, sağık okuryazarlığını; bireylerin sağık bilgilerine erişebilme, bu bilgileri anlayabilme ve sağıklarını korumak ve sürdürebilmek için bu bilgileri etkin şekilde kullanabilme yeteneğı olarak tanımlamaktadır. (World Health Organization [WHO] 1998). Bu ifade, sağıkla ilgili konularda bilişsel ve sosyal becerilerin önemini vurgulayan bir tanımı yansıtmaktadır.

Sağık okuryazarlığı, temel sağık hizmetleri ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmayı, randevuları, reçeteleri ve diğerk medikal dokümanları okuyup anlamayı kapsamaktadır (Kanat 2021). Bu kavram, özellikle hastaların sağık sistemlerinde karşılaştıkları karmaşık bilgi ve tedavi süreçlerini kavrayabilmelerini ve bu bilgilere dayanarak uygun davranışlar sergileyebilmelerini içermektedir. Sağık okuryazarlığı, tıbbi bilgileri edinmenin ötesine geçmekte; bu bilgileri kullanarak sağıklı kararlar almayı ve sağık sistemi içerisinde etkin bir şekilde hareket etmeyi de içermektedir (Çopurlar ve Kartal 2016).

1.2.1. Sağık Okuryazarlığının Önemi

Sağık okuryazarlığı, kişilerin sağıkla ilgili mesajları doğru bir şekilde anlamaları ve kendi sağık kararlarını uygun şekilde alabilmeleri için kritik bir öneme sahiptir. Yetersiz sağık okuryazarlığı seviyesine sahip olan bireylerin, daha yüksek sağık okuryazarlığına sahip kişilere kıyasla, gereksiz hastane masrafları yapma, hastanede daha uzun süre kalmaları, daha fazla gereksiz tıbbi test yaptırma oranlarına sahip oldukları bilinmektedir. Bunun yanı sıra, bu kişilerin acil servisleri gereksiz yere daha sık kullanmaları da gözlemlenmektedir. Bu durumlar, işgücü kayıplarına yol açmakta ve sonuç olarak artan sağık harcamalarına sebep olmaktadır (Çopur ve

Kartal 2016, Baker ve ark. 1998).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlık okuryazarlığının rolü ele alındığında, düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinin, tarama testlerine katılımı ciddi şekilde engellediği görölmektedir. Örnek olarak, İngiltere'deki kolorektal kanser tarama programında, bireylere evlerine gönderilen yazılı materyalle ilk bilgilendirme yapılmıştır. Ancak bazı bireylerin, yetersiz sağlık okuryazarlığı nedeniyle tarama testlerini yaptırmamaları dikkat çekmektedir. Benzer şekilde, meme kanseri tarama faaliyetleri arasında yer alan kendi kendine meme muayenesi yapmama ve mamografi taramalarına katılmama eğilimlerinin de düşük sağlık okuryazarlığı seviyeleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kobayashi ve ark 2014).

Sağlık okuryazarlığının önemi, çeşitli kaynaklarca vurgulanmaktadır ve bu önem, bireylerin günlük yaşamlarında sağlık bilgilerini bulma, anlama ve kullanma ihtiyacıyla doğrudan ilişkilidir. İşte bu konuda belirtilen bazı önemli noktalar:

- Herkes İçin Önemli: Sağlık okuryazarlığı, her bireyin hayatının bir noktasında sağlık bilgilerine ve hizmetlerine ulaşabilme, bunları anlayabilme ve kullanabilme ihtiyacı olduğundan dolayı önemlidir. Sağlık, sadece doktor ziyaretlerinde değil, günlük yaşamın bir parçası olarak ele almak gerekmektedir.
- Güven ve Sağlık Eşitliği: Sağlık okuryazarlığının iyi uygulanması, güven oluşturabilir ve sağlık eşitliğini ilerletebilir. Bir bireyin sağlıkla ilgili bakım ve davranışlara katılma istekliliği, büyük ölçüde güvenle ilişkilidir (Center for Disease Control and Prevention, Healty Literacy 2023).
- Toplum Sağlığının Geliştirilmesi: Sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi, bireylerin kendi sağlıklarını iyileştirmede aktif rol oynamalarını, topluluk sağlığı için başarılı bir şekilde harekete geçmelerini ve hükümetlerin sağlık ve sağlık eşitliği konusundaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için temel oluşturmaktadır (WHO 2016).
- Pandemiyle Mücadelede Rolü: Sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi, özellikle pandemi gibi global sağlık krizlerinin ele alınmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bireylerin sağlıkla ilgili kararlar alma ve diğerlerine yardım etme yetenekleri bu

süreçte kritik öneme sahiptir (merk.com 2022).

- Sağlıklı Kararlar ve Yaşam Tarzı: Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklı kararlar almasını, gerekli tıbbi bakımı almasını, hastalıkları önleyici bakımı almasını, ilaçlarını doğru kullanmasını ve özellikle kronik hastalıkları yönetmesini etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireyler, genel olarak daha sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürebilmektedir (medlineplus.gov).

Bu noktalar, sağlık okuryazarlığının sadece kişisel sağlık için değil, aynı zamanda toplum sağlığı ve genel sağlık sistemlerinin etkinliği için de kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir. Bu becerilerin geliştirilmesi, hem bireylerin hem de toplumların genel sağlık düzeylerini iyileştirebilir.

1.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Sağlık okuryazarlığı, kişinin sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bu bilgileri anlama, uygulama ve değerlendirme yeteneğini ifade etmektedir (Sezer 2012). Bu yetenek, sağlığı koruma ve geliştirme sürecinde kritik bir rol oynar. Sağlık okuryazarlığının birden fazla bileşeni vardır. Bu bileşenler arasında; sağlığın korunması, geliştirilmesi, sağlık eğitiminin güçlendirilmesi ve teşvik edilmesi yer almaktadır. Bu çeşitlilik, sağlık okuryazarlığını sınıflandırmanın önemini ortaya koymaktadır (Aslantekin 2011).

Bu alanda çalışan bilim insanları, sağlık okuryazarlığını farklı kriterlerle sınıflandırmanın gerekliliğini vurgulamışlardır (Sorensen ve ark. 2012). Bu konudaki en yaygın kabul gören sınıflandırma, 2000 yılında Nutbeam tarafından geliştirilen üç aşamalı bir modeldir. Bu model, sağlık okuryazarlığının farklı boyutlarını ayırt eder ve her birini ayrıntılı olarak tanımlar. Buna göre üç basamaklı sınıflandırma şöyledir:

- Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı
- İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı
- Kritik Sağlık Okuryazarlığı

Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri okuma ve yazma yetenekleri üzerine kuruludur. Bu tür sağlık okuryazarlığına sahip kişiler, kendilerine sunulan sağlık bilgilerini okuyup anlayabilir, sağlık risklerini değerlendirebilir ve sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacaklarını bilmektedirler. Temel okuryazarlık becerilerine dayanan bu sınıflandırma, kişinin sağlık bilgilerine erişiminde ve bu bilgileri pratikte kullanabilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, sağlık konularında bilinçli kararlar alabilme ve sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanabilme yeteneğini kapsamaktadır (Inoue ve ark 2013).

Bu sınıflandırmadaki temel zorluk, bireylerin sağlıkla ilgili temel kaynakları tanıma, bu kaynaklara nasıl ulaşacaklarını bilme ve öğrendikleri bilgileri kendi sağlık durumlarını yönetmek için hangi yöntemleri kullanacaklarını anlamada yaşadıkları eksikliklerdir. Kişiler, sağlıkla ilgili bilgilere erişim konusunda zorlanabilir ve bu bilgileri kendi sağlık durumlarını iyileştirmek için nasıl uygulayacaklarını tam olarak kavrayamayabilirler. Bu, özellikle karmaşık sağlık bilgileri ve yönergeler söz konusu olduğunda daha belirgin hale gelir ve bireylerin sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmalarını zorlaştırabilmektedir (Bilgel ve ark 2017).

İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı, bireylerin sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurabilme yeteneklerine odaklanır ve bu süreçte bilişsel ve sosyal becerilerin önemli rol oynadığı bir sınıflandırmadır. Bu tür sağlık okuryazarlığı sahibi kişiler, çeşitli sağlık uygulamaları ve bilgilerini kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek için kullanabilmektedir. Ayrıca, sürekli değişen sağlık sistemlerinde bilgilerini güncel tutup etkin bir şekilde kullanabilme yeteneğine sahiptirler. Bu, kişilerin sağlık hizmetleriyle etkileşimlerinde bilinçli ve bilgi temelli kararlar alabilmelerini sağlar, bu da sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi sürecinde hayati bir öneme sahiptir (Inoue ve ark 2013).

Kritik Sağlık Okuryazarlığı, sınıflandırmanın en üst seviyesini temsil eder ve bireylerin gelişmiş bilişsel, sosyal beceriler ve eleştirel düşünme yeteneklerini gerektirir. Bu düzeydeki sağlık okuryazarlığına sahip kişiler, sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel bir şekilde analiz edebilir ve yorumlayabilirler. Bu yetenek, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiyi sadece anlamalarını değil, aynı zamanda bu bilgiyi kendi

yaşamlarına ve toplumlarına nasıl uygulayacaklarını değerlendirmelerini de kapsamaktadır. Bireyler, toplumsal ve bireysel sağlık sorunlarını tanımlayabilir ve bu sorunlara çözüm odaklı yaklaşımlar geliştirebilirler. Ayrıca, sağlık konularının sosyal, politik ve ekonomik boyutlarını anlayıp, bu alanlarda bilinçli değerlendirmeler yapabilme kabiliyetine sahip olmaları önemlidir. Bu düzeydeki okuryazarlık, bireylerin sağlıkla ilgili konularda derinlemesine ve kapsamlı bir anlayışa sahip olmalarını sağlamaktadır (Chinn 2011).

Özet olarak, sağlık okuryazarlığı, sadece sağlıkla ilgili bilgileri okuma ve anlama becerilerinden ibaret değildir; çok daha geniş ve çok yönlü bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığının bu çok katmanlı yapısı, konunun karmaşıklığını ve zenginliğini gösterirken, aynı zamanda bu okuryazarlığın ölçümünü ve değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Bu çok boyutluluk, sağlık okuryazarlığının hem bireysel hem de toplumsal sağlık üzerindeki etkilerini kapsamlı bir şekilde ele alınmasını gerektirmektedir.

1.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli

Sağlık okuryazarlığı alanında, birçok yenilikçi ve çeşitli kavramsal model ortaya konulmuştur. Literatürdeki modeller incelendiğinde, kavramsal modelleme için iki önemli unsurun üzerinde durulduğu görülmektedir. Birincisi, sağlık okuryazarlığının farklı bileşenlerden oluşan çok boyutlu bir kavram olmasıdır. İkincisi; kişinin sağlık okuryazarlığı seviyesi, hem sistemsel ve bireysel faktörlerden etkilenirken, aynı zamanda sağlık sonuçları ile de doğrudan ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Sorensen ve ark. 2012).

Baker'ın çalışmasında, sağlık okuryazarlığı, toplumun ve sağlık sisteminin yarattığı taleplere yanıt verme ve bireysel iletişim yeteneklerine dayanan karmaşık bir yapı olarak tanımlanmıştır. Onun kavramsal modeli, bireylerin kapasitesi, sağlıkla ilgili yazılı ve sözlü okuryazarlık becerileri ile sağlık sonuçları arasındaki dinamik bağlantıyı incelemiştir. Modelin ilk odak noktası, bireyin sağlık bilgilerini etkin bir şekilde işleyebilmesidir. Sağlık sistemi ve profesyonelleriyle başarılı bir şekilde iletişim kurabilmesini sağlayan kişisel kapasitedir. Bu model, bireysel kapasiteyi, metin okuma becerisi ve önceden edinilen bilgi olmak üzere iki alt bölümde incelemektedir. Metin okuma becerisi, metni okuma ve anlama, dokümanlardan bilgi

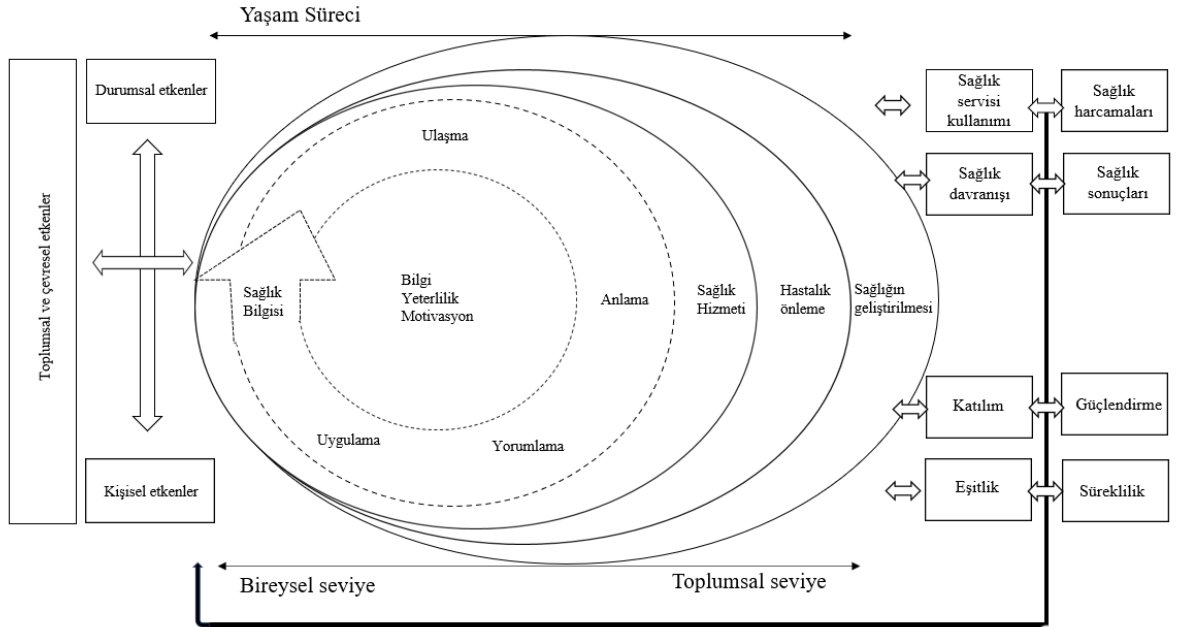
ıkarıp kullanma, ve aritmetik işlemleri uygulama yeteneklerini içermektedir. Önceden edinilen bilgi ise, bireyin bir sağlık uzmanıyla ya da sağlık materyalleriyle etkileşime geçmeden önce sahip olduğu bilgidir. Nutbeam'ın fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ve Baker'ın metin okuma becerisi kavramları arasında belirgin benzerlikler bulunmaktadır. Baker'ın modelindeki ikinci önemli etki alanı, basılı ve sözlü okuryazarlık ile ilgilidir. Bu alanda, bireyin sağlıkla ilgili okuma becerisi ve önceden edinilen bilgilerin yanı sıra, basılı ve sözlü sağlık mesajlarının karmaşıklığına da dikkat çekilmiştir. Modelin son bölümünde ise, sağlık okuryazarlığının, çeşitli değişkenlerle birleştiğinde, daha iyi sağlık sonuçları elde etmeye katkıda bulunabilecek anahtar faktörlerden biri olarak ele alınmıştır (Baker 2006).

Zarcadoolas ve arkadaşlarının (Zarcadoolas ve ark. 2005) alışmasında, sağlık okuryazarlığı; temel okuryazarlık, bilim okuryazarlığı, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olmak üzere dört farklı alanda tanımlayan bir model ne sürülmüştür. Bu alanlar şunlardır:

- Temel okuryazarlık: Okuma, yazma, yorumlama, konuşma ve aritmetik becerileri gibi temel yetenek ve stratejileri kapsar.
- Bilim okuryazarlığı: Kişinin temel bilimsel kavramları anlaması, bilimsel ve teknolojik gelişmeleri değerlendirebilmesi gibi unsurları içerir.
- Yurttaşlık okuryazarlığı: Vatandaşların toplumsal konularda bilinçli olmalarını, bu konular üzerine karar verme süreçlerine aktif olarak katılmalarını vurgular.
- Kültürel okuryazarlık: Sağlık bilgilerini değerlendirirken bireylerin kendi sosyal kimliklerinden, geleneklerinden, inançlarından ve dünya görüşlerinden yararlanmalarını ifade eder (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

Sorensen ve ekibinin 2012 yılındaki çalışmasında, mevcut sağlık okuryazarlığı kavramsal modellerinin, sağlık okuryazarlığının sürekli değişen ve gelişen doğasını tam olarak kapsayamadığı belirtilmiştir. Özellikle yeni tanımlamalarda ön plana çıkan, kişilerin sağlık bilgilerine erişim, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma süreçleri, mevcut modellerde yeterince yer bulmamıştır. Bu eksiklik, sağlık okuryazarlığı kavramının daha kapsamlı ve derinlemesine

incelenmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu bağlamda, Sorensen ve ekibi (2012), mevcut sağlık okuryazarlığı modellerinin güçlü yönlerini ve eksikliklerini dikkate alarak, yeni bir sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli geliştirmiştir (Şekil 2.1). Bu model, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi gibi alanlarda sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama yeteneklerine odaklanmaktadır. Modelin temelini, bu kritik becerilerle ilgili bireylerin bilgisi, yeteneği ve motivasyonu oluşturmaktadır. Bu yaklaşımla, Sorensen ve arkadaşları sağlık okuryazarlığını daha bütünsel bir perspektifle ele almayı hedeflemiştir, bu da bireylerin sağlıkla ilgili kararlarında daha bilinçli ve etkin olmalarına yardımcı olacak bir yapı sunmaktadır (Tian ve ark. 2020).



Şekil 2.1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli (Sorensen ve ark. 2012).

Sorensen ve ekibinin geliştirdiği sağlık okuryazarlığı modelinde, sağlık okuryazarlığını etkileyen bir dizi faktör dikkate alınmıştır. Bu faktörler, durumsal, kişisel, toplumsal ve çevresel etkenler olarak kategorize edilmiştir. Durumsal etkenler arasında, bireyin aile ve sosyal çevresi, yaşadığı fiziksel çevre ve medya kullanım alışkanlıkları yer almaktadır. Bu etkenler, kişinin sağlık bilgilerine nasıl eriştiğini ve bu bilgileri nasıl işlediğini doğrudan etkileyebilmektedir. Kişisel etkenler ise bireyin yaşını, cinsiyetini, genel okuryazarlık ve eğitim durumunu, mesleğini ve sosyoekonomik durumunu içermektedir. Bu faktörler, sağlık

okuryazarlığı becerilerinin gelişimini ve uygulanmasını etkileyebilmektedir. Daha geniş çaplı etkenler olarak toplumsal ve çevresel faktörler, bireyin demografik özellikleri, dil, kültür, siyasi görüşler ve toplumsal yargıları gibi unsurları kapsamaktadır. Bu etkenler, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye nasıl yaklaştığını ve bu bilgileri nasıl yorumladığını etkileyebilmektedir. Bu model, sağlık okuryazarlığının sadece bireysel yeteneklerden değil, aynı zamanda bireyin çevresel ve sosyal bağlamından da etkilendiğini vurgulamaktadır. Bu yaklaşım, sağlık okuryazarlığını bireyin yaşadığı geniş toplumsal ve çevresel koşullar içinde ele alır ve daha bütünsel bir anlayış sunmaktadır. Bu modelde, sağlık okuryazarlığının etkilediği çeşitli faktörler de incelenmiştir. Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık hizmetlerini nasıl kullandıkları ve sağlıkla ilgili davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Bu, doğrudan sağlık harcamalarını ve sağlık sonuçlarını etkileyebilir. Yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sağlık, bilim ve kültürel inançlar hakkındaki tartışmalara daha aktif ve etkili bir şekilde katılım gösterebilmektedir. Bu durum, kişinin hem bireysel sağlığı hem de toplumsal sağlık konularında daha bilinçli ve etkili bir rol almasını sağlamaktadır. Sağlık okuryazarlığının artırılması, kişilerin sağlıkla ilgili kararlarını daha bilinçli bir şekilde vermesine yardımcı olmaktadır. Bu, bireylerin kişisel özerkliklerini ve güçlenmelerini artırabilmekte, sonuç olarak da yaşam kalitelerinin iyileşmesine katkıda bulunabilmektedir. Bu model, sağlık okuryazarlığının sadece bireylerin sağlık durumları üzerinde değil, aynı zamanda genel yaşam kaliteleri ve toplum üzerinde de önemli etkileri olduğunu vurgulamaktadır. Bu bütünsel yaklaşım, sağlık okuryazarlığının sadece bireysel bir beceri olmadığını, aynı zamanda toplumsal bir varlık olduğunu göstermektedir.

1.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Alt Boyutları

Sorensen ve ekibinin çalışmasında, sağlık okuryazarlığını çeşitli sağlık alanlarına uygulayan dört temel süreçten oluşan bir matris geliştirilmiştir. Bu matris, sağlık okuryazarlığının uygulandığı üç ana sağlık alanını ve bu alanlarda gerçekleştirilen dört süreci içermektedir. Üç sağlık alanı şunlardır:

- **Sağlık Hizmetleri:** Bu alan, sağlık hizmetlerinin kullanımı, erişimi ve yönetimi ile ilgilidir.
- **Hastalıkların Önlenmesi:** Bu, hastalıkları önleme ve risk faktörlerini azaltma ile

ilgilidir.

- **Sağlığın Geliştirilmesi:** Bu alan, genel sağlık durumunu iyileştirme ve sağlıklı yaşam tarzları teşvik etme ile ilgilidir.

Sağlık okuryazarlığının dört süreci ise şöyledir:

- **Bilgiye Ulaşım:** Sağlıkla ilgili bilgilere erişim sağlama yeteneğidir.
- **Bilgiyi Anlama:** Sağlık bilgilerini anlayabilme ve işleyebilme yeteneğidir.
- **Değerlendirme:** Sağlık bilgilerini değerlendirme ve eleştirel düşünme becerisidir.
- **Uygulama:** Sağlık bilgilerini pratik durumlarda etkili bir şekilde kullanma becerisidir.

Bu matris, sağlık okuryazarlığının sadece bilgi ve becerilerin bir toplamı olmadığını, aynı zamanda bu bilgilerin ve becerilerin farklı sağlık alanlarında nasıl uygulanabileceğini de göstermektedir (Sorensen ve ark. 2012). Bu bütünsel yaklaşım, sağlık okuryazarlığının daha geniş bir anlam ve uygulama alanını kapsamaktadır (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Sağlık Okuryazarlık Matrisi

	Sağlıkla alakalı bilgilere ulaşmak	Sağlıkla alakalı bilgileri anlamak	Sağlıkla alakalı bilgileri yorumlamak	Sağlıkla alakalı bilgileri kullanmak
Sağlık Hizmetleri	Tıbbi/ Klinik konularda bilgiye ulaşma kabiliyeti	Tıbbi bilgileri anlama kabiliyeti	Tıbbi bilgileri yorumlama ve değerlendirme kabiliyeti	Tıbbi konularda bilinçli karar verme kabiliyeti
Hastalıkları Önlemek	Risk faktörleri hakkındaki bilgilere ulaşabilme kabiliyeti	Risk faktörleri hakkındaki bilgileri anlama kabiliyeti	Risk faktörleri hakkındaki bilgileri yorumlama ve değerlendirme kabiliyeti	Risk faktörleri hakkında bilinçli karar verme kabiliyeti
Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgileri güncelleyebilme kabiliyeti	Sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgileri anlayabilme kabiliyeti	Sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgileri yorumlama ve değerlendirme kabiliyeti	Sağlığın belirleyicileri hakkında bilinçli karar verme kabiliyeti

Kaynak: (Sorensen ve ark. 2012).

1.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçülmesi

Son zamanlarda Sağlık Okuryazarlığı (SOY) konusuna olan ilgi artmaktadır. Bu ilginin artmasıyla birlikte, SOY'u ölçmek için kullanılan araçlara olan talep de artmaktadır. İlk zamanlarda, SOY, hastaların sağlık materyallerini anlayıp anlamadıklarına dair sorularla ve hastanın kendine yönelik açıklamalarıyla belirlenmeye çalışılmıştır. Günümüzde ise sağlık okuryazarlık seviyesini ölçmek için çok sayıda ölçme aracı mevcut ve bu araçların sayısı sürekli artmaktadır. Sağlık profesyonellerinin toplum sağlığını etkili bir şekilde geliştirebilmesi için, bireylerin SOY seviyelerini doğru bir şekilde belirleyebilmeleri önemlidir. İdeal bir ölçüm yöntemi, hem kısa hem de hızlı olmalıdır (Sorensen ve ark 2012, Çopurlar ve Kartal 2016).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için kullanılan bir dizi yaygın ölçüm aracı bulunmaktadır (Yılmaz ve Tiryaki, 2016). Bunlar arasında şunlar yer alır:

- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA): Bu test, yetişkinlerin sağlıkla ilgili metinleri okuma ve anlama yeteneklerini değerlendirmektedir. Ayrıca, temel aritmetik becerileri de sınamaktadır. Bu durum reçete talimatlarını ve sağlık risklerini anlamak için gerekmektedir.
- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA): TOFHLA'nın kısaltılmış bir versiyonudur ve daha az zaman alır. Okuma anlama ve sayısal yetenekleri ölçmektedir.
- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Hesaplanması (REALM): Bu test, yetişkinlerin tıbbi terimleri ve sağlıkla ilgili kelimeleri tanıma ve okuma yeteneklerini hızlı bir şekilde değerlendirmektedir.
- En Yeni Yaşamsal Gösterge (NVS): NVS, sağlık okuryazarlığını, bireyin etiket okuma ve sağlık bilgilerini yorumlama yeteneklerini ölçmek için geliştirilmiştir. Bu test, bir besin etiketini yorumlama yeteneğini sınamaktadır.
- Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması Anketi (HLS-EU-Q): Bu anket, Avrupa'daki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmek için tasarlanmıştır. Sağlık bilgilerine erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama yeteneklerini ölçmektedir.

Bu araçlar, sağlık okuryazarlığının farklı yönlerini ve boyutlarını ölçmek için tasarlanmıştır ve sağlık profesyonellerine, eğitimcilere ve araştırmacılara, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri nasıl işledikleri ve kullandıkları hakkında değerli bilgiler sağlamaktadır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

TOFHLA (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi), bireylerin fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçek, otuzdan fazla tıbbi dökümanın incelenmesi sonucunda hazırlanmıştır ve bu dökümanlar arasında hasta eğitim materyalleri, ilaç kullanım talimatları, hasta kayıt formları gibi çeşitli belgeler bulunmaktadır.

TOFHLA iki ana bölümden oluşur:

1. Okuduğunu Anlama Bölümü: Bu bölüm, 50 çoktan seçmeli sorudan oluşur. Sorular, metinde bırakılan boşlukları doğru seçeneklerle doldurmayı gerektirir. Bu, kişilerin sağlıkla ilgili metinleri ne kadar iyi anladıklarını test etmektedir.
2. Aritmetik Okuma Becerisi Bölümü: Bu bölüm, 17 sorudan oluşmaktadır ve hastaların klinik randevularına uyum, ilaç kullanma talimatlarını doğru şekilde okuyup anlama gibi becerileri ölçmektedir.

Bu iki bölüm, TOFHLA'nın toplam skoruna eşit derecede katkıda bulunmaktadır. Testin uygulanması yaklaşık 22 dakika sürmektedir. TOFHLA, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini kapsamlı bir şekilde ölçse de, testin süresi bazen dezavantaj olarak görülebilmektedir. Uzun süresi, özellikle zaman kısıtlaması olan durumlarda uygulamayı zorlaştırabilmektedir. Ancak, TOFHLA'nın sağladığı detaylı değerlendirme, sağlık profesyonellerine ve araştırmacılara bireylerin sağlık okuryazarlığı konusundaki yeteneklerini anlamada önemli bir araç sunmaktadır (Paker ve ark. 1995). S-TOFHLA (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi), TOFHLA'nın uzun uygulama süresini kısaltmak amacıyla geliştirilmiştir. Bu test, TOFHLA'nın temel özelliklerini korurken, daha kısa bir sürede uygulanabilecek şekilde tasarlanmıştır. S-TOFHLA'nın temel özellikleri şunlardır:

- Soru Sayısı ve Formatı: S-TOFHLA, TOFHLA'nın orijinal formatını takip eder ve metinde bırakılan boşlukların doğru seçeneklerle doldurulmasını gerektiren çoktan

seçmeli sorulardan oluşmaktadır. Bu test, toplam 36 sorudan oluşmaktadır.

- Uygulama Süresi: S-TOFHLA'nın en büyük avantajlarından biri, uygulama süresinin sadece 7 dakika olmasıdır. Bu kısa süre, testin daha geniş çeşitlilikteki ortamlarda kolayca uygulanabilmesini sağlamaktadır (Tofaeono ve ark. 2022).

S-TOFHLA, özellikle zamanın sınırlı olduğu durumlarda veya hızlı bir değerlendirme gerektiğinde TOFHLA'nın uzun formuna bir alternatif olarak kullanılabilimektedir. Kısa süresine rağmen, S-TOFHLA'nın sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için güvenilir ve etkili bir araç olduğu kabul edilmektedir. Bu test, sağlık profesyonellerine, bireylerin sağlık bilgilerini ne kadar iyi anladıklarını ve işlediklerini hızlı bir şekilde değerlendirmek için önemli bir kaynak sunmaktadır (Thomason ve Mayo, 2015).

REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Hesaplanması), sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemede kullanılan başka bir popüler ölçüm yöntemidir (Davis ve ark. 1991). Bu test, sağlık okuryazarlığını değerlendirmede hızlı ve etkili bir araç olarak tasarlanmıştır. REALM'in temel özellikleri şunlardır:

- Test İçeriği: REALM, tıbbi formlar ve hasta eğitim materyallerinden alınan toplam 66 tıbbi terimi içerir. Bu terimler, artan zorluk derecesine göre sıralanmıştır.
- Test Uygulaması: Katılımcılardan, bu tıbbi terimleri yüksek sesle okumaları istenir. Test, katılımcıların tıbbi terimleri ne kadar doğru ve akıcı bir şekilde telaffuz edebildiklerini değerlendirmektedir.
- Skorlama: Her doğru telaffuz edilen kelime, katılımcının REALM skoruna katkıda bulunur. Bu skor, katılımcının tıbbi terimleri ne kadar iyi tanıdığını ve okuyabildiğini göstermektedir.
- Test Süresi: REALM'in en önemli avantajlarından biri, 2-3 dakika gibi kısa bir sürede uygulanabilmesidir. Bu hızlı uygulama, zaman sınırlaması olan ortamlarda REALM'i çok kullanışlı bir araç haline getirmektedir.

REALM testi, özellikle tıbbi terimlerin okunması ve telaffuz edilmesi üzerine yoğunlaşarak, katılımcıların tıbbi bilgiye erişim ve anlama yeteneklerini hızlı bir şekilde değerlendirmektedir. Bu test, sağlık profesyonellerine, bireylerin sağlık materyallerini ne kadar iyi anladıkları ve işledikleri hakkında hızlı bir geri bildirim sağlamaktadır (Dumenci ve ark. 2013).

NVS (En Yeni Yaşamsal Gösterge), Weiss ve arkadaşları tarafından, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini kısa sürede ve doğru bir şekilde belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır. NVS, özellikle beslenme etiketleri üzerindeki bilgilerin okunması ve anlaşılması üzerine yoğunlaşmıştır. NVS'nin temel özellikleri şunlardır:

- Test İçeriği: NVS, bir beslenme etiketinin okunmasını ve anlaşılmasını değerlendirir. Bu süreç, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri nasıl okuyup yorumladıklarını test etmektedir.
- Soru Sayısı ve Formatı: Test, katılımcının bir beslenme etiketi üzerindeki bilgileri nasıl okuyup anladığını 6 soru ile değerlendirir. Bu sorular, etiket üzerindeki bilgilerin nasıl yorumlandığına odaklanmaktadır.
- Uygulama Süresi: NVS'nin uygulanma süresi yaklaşık 2-3 dakika kadardır. Bu kısa süre, testi zaman kısıtlaması olan ortamlarda uygulamayı kolaylaştırmaktadır.

NVS, sağlık okuryazarlığının önemli bir yönü olan sağlık bilgilerini günlük yaşamda nasıl kullanabileceğini değerlendirmek için tasarlanmıştır. Bu test, özellikle beslenme bilgilerinin anlaşılması ve uygulanması konusunda bireylerin yeteneklerini hızlı ve etkili bir şekilde ölçmektedir. Sağlık profesyonelleri ve araştırmacılar için, bireylerin sağlık bilgilerini nasıl işledikleri ve uyguladıkları hakkında değerli bilgiler sağlamaktadır (Weiss ve ark. 2005).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini ve sağlık sistemini etkin şekilde anlama, kullanma ve yönetme kabiliyetini ifade etmektedir. TOFHLA, REALM ve NVS gibi araçlar, bu geniş kavramın sadece sağlık metinlerini okuma ve yorumlama yönlerine odaklanmaktadır. Bu araçlar, hastaların sağlık bilgilerini işleme

ve uygulama yeteneklerini ölçerken, sağlık okuryazarlığının daha geniş alanlarını kapsamlı bir şekilde değerlendirmek için ek yaklaşımlar gerekmektedir (Weiss ve ark. 2005).

HLS-EU-Q, Avrupa'nın sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için geliştirilmiştir ve bu süreçte Sorensen ve arkadaşlarının sağlık okuryazarlığı modeli temel alınmıştır. Test, sağlık okuryazarlığının 3 alan ve 4 sürecini içeren 12 hücreli bir matrise dayanır. HLS-EU-Q, katılımcıların 47 soruyu 5'li Likert ölçeği kullanarak cevaplamalarını ister, seçenekler "çok kolay"dan "bilmiyorum"a kadar değişir. Sorular sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi alanlarını kapsamaktadır (Sorensen ve ark, 2013).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması (HLS-EU) temel alınarak geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır. Bu ölçek, Türkiye'deki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için tasarlanmıştır ve HLS-EU'nun kavramsal çerçevesi ve metodolojisi dikkate alınarak oluşturulmuştur. TSOY-32, Türkiye'nin sağlık sistemine ve kültürel özelliklerine uyum sağlayacak şekilde uyarlanmıştır, böylece sağlık okuryazarlığı düzeylerini daha doğru ve etkili bir şekilde ölçmeyi amaçlamaktadır (Okyay ve Abacıgil 2016).

1.2.6. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

2013 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisi tarafından yayınlanan "Sağlık Okuryazarlığı: Sağlam Kanıtlar" raporunda, sağlık okuryazarlığının bireyin sağlık durumu üzerindeki etkisinin gelir seviyesi, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve ırk gibi diğer faktörlere göre daha belirleyici olduğu vurgulanmıştır. Bu rapor, sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu ve genel sağlık politikaları ve uygulamaları için kritik bir konu olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık okuryazarlığının artırılmasının, bireylerin sağlıkla ilgili kararlarını daha bilinçli bir şekilde vermesine ve böylece genel sağlık durumlarını iyileştirmesine yardımcı olabileceğine dikkat çekilmiştir (Kickbusch ve ark, 2013).

2011 yılında Sekiz Avrupa ülkesi -Yunanistan, Polonya, İspanya, İrlanda, Hollanda, Bulgaristan, Avustralya ve Almanya- kapsayan HLS-EU çalışması, 15 yaş üzeri 8000 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, katılımcıların sağlık

okuryazarlığı düzeyleri, HLS-EU-Q test sonuçlarına göre yetersiz, sorunlu, yeterli ve mükemmel olarak sınıflandırılmıştır. Çalışmanın bulguları, katılımcıların yaklaşık yarısının yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bu, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gereken önemli bir alan olduğunu göstermektedir. Ayrıca, farklı ülkelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinde önemli farklılıklar tespit edilmiştir. Ortalama sağlık okuryazarlığı düzeyinin en yüksek olduğu ülke Hollanda, en düşük olduğu ülke ise Bulgaristan olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ülkeden ülkeye değişebileceğini ve bu farklılıkların sağlık politikaları ve uygulamalarında dikkate alınması gerektiğini göstermektedir (Rowlands ve ark. 2019, Sorensen ve ark. 2015).

2003 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma, yetişkinlerin okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiş ve katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri dört kategoriye ayrılmıştır: yeterli, orta, temel ve temel altı. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların yaklaşık üçte birinin temel veya temel altı sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık okuryazarlığının önemli bir sorun olduğunu ve birçok bireyin sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme ve uygulama konusunda zorluk yaşadığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, bireylerin sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde kullanmalarını, sağlıkla ilgili kararları bilinçli bir şekilde almalarını ve sağlıklı yaşam tarzları benimsemelerini zorlaştırabilir. Bu tür çalışmalar, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim ve politika girişimlerinin geliştirilmesi için önemli bilgiler sağlamaktadır (Kutner ve ark. 2006).

Son on yıl içinde Türkiye'de sağlık okuryazarlığına olan ilgi artmış ve bu alanda önemli araştırmalar yapılmıştır. Özellikle Tanrıöver ve ekibinin yürüttüğü Türkiye Sağlık Okuryazarlığı araştırması Türkiye'deki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve bu düzeyleri etkileyen faktörleri incelemiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, ülkemizde genel sağlık okuryazarlığı indeksi 30,4 şeklinde bulunmuştur. Toplumun %64,6'sı yetersiz (%24,5) veya sorunlu (%40,1) sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip çıkmıştır. Türkiye nüfusuna oranla yaklaşık 35 milyon kişinin sağlık bilgi ve hizmetlerine erişimde zorluklar yaşadığını göstermektedir. Ayrıca, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Türkiye Sağlık

Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, sağlık okuryazarlığını ölçme araçlarının Türkiye bağlamında ne kadar güvenilir ve geçerli olduğunu değerlendirmiştir. Bu çalışma, Türkiye'de kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin bilimsel standartlara uygunluğunu ve uygulanabilirliğini incelemiştir. Bunun yanı sıra, Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması çalışması da, Türkiye'deki sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve bu düzeylerin çeşitli demografik ve sosyoekonomik faktörlerle ilişkisini incelenmiştir. Bu tür çalışmalar, Türkiye'de sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik stratejilerin ve politikaların belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Tanrıöver ve ark. 2014, Okyay ve Abacıgil 2016, Özkan ve ark. 2018).

"Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması" çalışması, Türkiye genelinde gerçekleştirilen kapsamlı bir araştırmadır. Bu çalışmaya 18 yaş ve üzeri toplam 6228 kişi katılmıştır. Araştırmanın odak noktası, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek ve bu düzeylerin çeşitli faktörlerle ilişkisini incelemektir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) anketi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri yetersiz, sorunlu-sınırlı, yeterli ve mükemmel olarak sınıflandırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%68,9) yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Bu bulgu, Türkiye'de sağlık okuryazarlığı konusunda ciddi bir ihtiyacın olduğunu göstermektedir ve bu alanda eğitim ve politika girişimlerinin geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır (Özkan ve ark. 2018).

Çaylan ve Yayla'nın 2016 yılında Edirne il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerine başvuran 285 katılımcı üzerinde gerçekleştirdiği çalışma, yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve hasta aktivasyonunun genel sağlık üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırmada, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek, 0 ile 22 arasında değişen puanlarla sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirir. Çalışmanın bulgularına göre, katılımcıların ölçek puan ortalaması $13,26 \pm 3,34$ olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin orta derecede olduğunu göstermektedir. Bu tür çalışmalar, sağlık okuryazarlığının

bireylerin genel sağlık durumları üzerindeki etkisini anlamada önemli rol oynar ve sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi için değerli bilgiler sunar. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi, bireylerin sağlıkla ilgili daha bilinçli kararlar almasına ve daha sağlıklı yaşam tarzları benimsemesine yardımcı olabilir (Yayla 2016).

1.3. Akılcı İlaç Kullanımı

1.3.1. İlaç Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ilaç, "Bir kişinin sağlık durumunu veya fizyolojik işlevlerini iyileştirmek, değiştirmek veya bir sağlık sorununu incelemek amacıyla kullanılan madde" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, ilacın hem tedavi edici hem de araştırma amaçlı kullanımlarını kapsamaktadır (Kayaalp 2002). İlaçların asıl hedefi hastaların iyileşmesine katkıda bulunmak olsa da, içerdikleri kimyasal ve aktif maddeler nedeniyle yanlış ya da gereksiz kullanıldıklarında istenmeyen etkilere neden olabilir ve sağlığa zarar verebilirler. Bu durum, özellikle etkisiz ilaç kullanımında görülebilmektedir (Özçelikay 2001). Akılcı ilaç kullanımı, sağlık sektörünün kritik bir konusudur. Zaman içinde, ilaç kaynaklarının yanlış kullanılması, yan etkilerde gözle görülür artışlar ve ulaşılabilirlik sorunları gibi çeşitli sorunlar ortaya çıkarmıştır. Bu sorunlar, özellikle hastalık ve ölüm oranlarının artmasına yol açabilir. Böyle bir durumda, sağlık uzmanları ve halk, ilaçların daha etkin ve güvenli bir şekilde kullanılması gerektiğinin farkına varmıştır. Bu durum, akılcı ilaç kullanımının önemini vurgular ve bu kavramın gelişimine katkıda bulunur. Akılcı ilaç kullanımı, hem bireysel sağlık için hem de toplum sağlığı için hayati öneme sahiptir, çünkü bu, yan etkilerin minimize edilmesine, maliyetlerin düşürülmesine ve genel olarak daha iyi sağlık sonuçlarına yol açmaktadır (Titck 2022).

1.3.2. Akılcı İlaç Kullanımı

Akılcı ilaç kullanımı, hem bireylerin sağlığı hem de toplumun ekonomik ve sosyal yapısı üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Sağlık hizmetleri yönetiminde bu kavram, bireysel ve toplumsal sağlığı birbirine bağlayarak önemli bir rol oynamaktadır. Kişilerin sağlık durumları, ilaç kullanım alışkanlıkları ve bunların

geniş çaplı ekonomik sonuçları, sağlık sisteminin verimliliğini ve sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir. Akılcı ilaç kullanımı, hastalıkların daha etkin tedavisi, sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılması ve sağlık hizmetlerinin genel kalitesinin artırılması açısından kritik bir faktördür. Böylece, bu yaklaşım, hem bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürmesine katkı sağlar hem de genel sağlık harcamalarını optimize ederek ekonomik yapıya pozitif katkılar sunmaktadır (Amin ve ark 2011).

1977'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen Birincil Temel İlaçlar Listesi, akılcı ilaç kullanımının temellerini atmıştır. Bu liste, ülkelerin kendi ihtiyaçlarına göre ulusal ilaç politikalarını şekillendirmelerine yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaşmasında bu liste, önemli bir dönüm noktası olmuştur. Ülkelerin sağlık hizmetlerini daha etkili ve verimli bir şekilde planlamalarına olanak tanıyan bu liste, esasen ilaç seçiminde bilimsel verilerin ve ihtiyaç analizlerinin önemini vurgulamaktadır. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken, maliyetleri azaltmayı ve ilaç erişimini genişletmeyi amaçlamaktadır. Böylece, Birincil Temel İlaçlar Listesi, dünya genelinde sağlık sistemlerinin gelişimine önemli katkılarda bulunmuştur.

Akılcı ilaç kullanımının bugünkü tanımı, 1985 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Kenya'da yapılan bir toplantıda şekillendirilmiştir. Bu tanım, hastaların klinik gereksinimlerine uygun, kişisel ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde ve en düşük maliyetle ilaç almasını kapsayan bir kurallar bütünü olarak ifade edilmiştir. Bu önemli adımın ardından, 1989'da ilaç kullanımını daha akılcı ve verimli hale getirmek amacıyla Uluslararası Akılcı İlaç Kullanımı Ağı (INRUD) kurulmuştur. INRUD'un amacı, çeşitli merkezlerde yürütülen ilaç araştırmalarını birleştirerek, ilaç kullanımının bilimsel ve etik standartlara uygunluğunu artırmaktır. Bu ağ, ilaçların etkin, güvenli ve maliyet-etkin kullanımını destekleyerek, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmeyi hedeflemektedir. Bu gelişmeler, uluslararası sağlık politikalarında önemli bir dönüşümü temsil etmektedir (WHO 2002).

Akılcı ilaç kullanımının önemi, sadece sağlık hizmetlerinde ilaçların uygun şekilde kullanılmasını teşvik etmek ve maliyet etkinliğini artırmakla sınırlı değildir; bu kavram, aynı zamanda toplumların sağlıklı ilgili yaşam kalitesini iyileştirmek için

de kritik bir rol oynamaktadır. İlaçların doğru kullanımı, hastaların daha hızlı iyileşmesine, yan etkilerin azalmasına ve genel sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Bu durum, toplumun genel sağlık durumunu iyileştirir ve bireylerin daha kaliteli bir yaşam sürmelerine olanak tanımaktadır. Akılcı ilaç kullanımı, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için de hayati önem taşır, çünkü bu yaklaşım, sağlık kaynaklarının daha etkili kullanılmasını sağlamakta ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürmektedir. Bu nedenle, akılcı ilaç kullanımı, hem bireylerin sağlığı hem de toplumun genel refahı için temel bir öneme sahiptir (Kole 2005).

Akılcı ilaç kullanımının etkin bir şekilde gerçekleşebilmesi için bir dizi adım izlenmelidir. Bu adımlar şu şekilde özetlenebilir:

- Hastanın durumunun doğru bir şekilde teşhis edilmesi,
- Hastalığın seyrinin tahmin edilmesi,
- Tedavi hedeflerinin net bir şekilde belirlenmesi,
- Mümkün olan tedavi alternatiflerinin dikkatlice değerlendirilmesi,
- En uygun tedavi yönteminin seçilmesi,
- Reçetenin doğru bir biçimde yazılması ve ilaç tedavisinin uygun bir şekilde takip edilmesi.

Bu adımlar, ilaç tedavisinin hem etkili hem de güvenli bir şekilde uygulanmasını sağlamak için kritik öneme sahiptir. Her bir adım, hastanın sağlık durumuna en uygun çözümün bulunmasına ve tedavinin olabildiğince etkili olmasına katkıda bulunmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı, bu sürecin her aşamasında dikkatli bir değerlendirme ve karar verme sürecini gerektirmektedir (Yılmaz ve Çıtıl 2022).

Akılcı ilaç kullanımı, sağlık alanında en temel gerekliliklerden biridir ve bu kavram özellikle antibiyotiklerin kullanımında büyük önem taşımaktadır. Akılcı ilaç kullanımı, doğru ilacın doğru hastaya, doğru dozda ve uygun sürelerde verilmesini ifade ederken, akılcı antibiyotik kullanımı ise bu ilaçların yalnızca gerekli olduğu durumlarda ve uygun şekilde kullanılmasını vurgulamaktadır. Her iki kavramın

birleşimi, antibiyotik direncini önlemek ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak için kritik bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda, hem sağlık profesyonellerinin hem de toplumun bilinçlendirilmesi, sağlık alanındaki sürdürülebilir gelişim için hayati öneme sahiptir.

Ürdün'de gerçekleştirilen bir araştırmada, 1213 kişilik bir grup üzerinde yapılan çalışma sonucunda, sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek olan bireylerin Akılcı Antibiyotik Kullanımı (AAK) bilgisinin belirgin şekilde daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Muhlif ve ark. 2021). Benzer şekilde, Türkiye'de bir üniversite hastanesinde yatmakta olan 361 hastayı kapsayan bir başka çalışmada ise, tedaviye uyum ve doktor tavsiyelerine göre ilaç kullanımı, bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri arttıkça iyileşme göstermiştir (Abacıgil ve ark. 2019). Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının, hasta sağlığı ve tedavi süreçlerindeki uyum üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Mısır'da 508 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülen bir araştırmada, öğrencilerin antibiyotik kullanım alışkanlıkları ve Sağlık Okuryazarlığı seviyeleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır (Mostafa ve ark. 2021). Öte yandan, Almanya'da 2000 kişi ile yapılan bir başka çalışmada, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, düşük sağlık okuryazarlığına sahip olanlara kıyasla yakın zamanda antibiyotik kullanmış olma ihtimalinin yaklaşık yarı yarıya daha az olduğu tespit edilmiştir (Salm ve ark. 2018). Bu sonuçlar, farklı coğrafi bölgelerde ve demografik gruplarda sağlık okuryazarlığının antibiyotik kullanımına olan etkilerinin çeşitlilik gösterebileceğini göstermektedir.

2021 yılında Cantimur tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, 324 katılımcının Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Newest Vital Sign (NVS) testi puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, AİK ölçeğinde başarılı olan katılımcıların yaklaşık %33,7'si NVS testinden yeterli Sağlık Okuryazarlığı puanı almıştır. Buna karşılık, AİK bilgisine sahip olmayanların %76,2'si NVS'de yeterli SOY düzeyine ulaşamamıştır. Ayrıca, katılımcıların AİK puanları ile NVS puanları arasında pozitif bir ilişki belirlenmiştir, bu da daha yüksek AİK bilgisine sahip bireylerin genellikle daha yüksek SOY puanlarına sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının ve akılcı ilaç kullanımının birbiriyle yakından ilişkili olduğunu ve birinin diğerini destekleyebileceğini ortaya koymaktadır (Cantimur ve Suvak 2021). 2019 yılında Şler tarafından yapılan bir

araştırmada, bireylerin Sağlık Okuryazarlığı düzeyleri TSOY-32 aracılığıyla ölçülmüş ve bu düzeylerin Akılcı Antibiyotik Kullanımı davranışlarıyla ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, doktora danışmadan ilaç kullanan, doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakan, ilacın kullanım talimatını okumayan veya evde ilaç bulundurmak amacıyla eczaneden ilaç satın alan bireylerin TSOY-32 puanları, bu tür davranışları sergilemeyenlere göre istatistiksel olarak daha düşük çıkmıştır. Bu bulgular, düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerinin, akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları ile ilişkili olduğunu göstermektedir ve bireylerin sağlık okuryazarlığını artırmak, ilaç kullanımı konusunda daha bilinçli kararlar alınmasına yardımcı olabilmektedir (İşler ve Pamuk 2019).

Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) kapsamının artırılması ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşım imkanlarının sunulması gibi olumlu adımlar, Türkiye'deki sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkilemektedir. Sosyal Güvenlik Kurumunun 2022 yılına ait idari faaliyet raporuna göre, 2021 yılında sağlık harcamaları 177 milyar 241 milyon TL iken 2022 yılı sonunda %60 oranında artış gösterip, 283 milyar 224 milyon TL'ye ulaşmıştır. Ülkemizde sağlık harcamalarının büyük bir kısmını ilaç harcamaları oluşturmaktadır. 2022 yılında ülkemizde, ilaç, reçete hizmet bedeli ve diğer harcamalar toplam harcamaların %34'lük kısmını kapsamaktadır. 2022 yılına ait sağlık harcamaların aşağıdaki tabloda verilmiştir (SGK İdari Faaliyet Raporu 2022).

Tablo 3.3.1. SGK İdari Faaliyet Raporu 2022, Sağlık Harcamaları

<i>Sağlık Harcama Kalemleri</i>	<i>Harcama Tutarı (Milyon TL)</i>
Tedavi	187.174
İlaç	91.714
Reçete Hizmet Bedeli	684
Diğer	3.653
Toplam	283.224

2023 yılı itibarıyla dünya çapında ilaç harcamaları sürekli bir artış göstermektedir. Küresel ilaç pazarının 2017 yılında 934,8 milyar Amerikan doları olarak değerlendirildiği ve 2021 yılında ise yaklaşık 1,17 trilyon Amerikan dolarına ulaştığı tahmin edilmektedir. Mevcut projeksiyonlara göre, küresel ilaç

harcamalarının 2023 yılında 1.5 trilyon doları aşması beklenmektedir. Bu artış, 2010 yılında yaklaşık 887 milyar dolar olan ilaç harcamalarının, 2022 yılında yaklaşık 1.48 trilyon dolara yükselmesini yansıtmaktadır. İlave büyümenin beklendiği, küresel ilaç harcamalarının 2025 yılına kadar yıllık %3-6 oranında artarak yaklaşık 1.6 trilyon dolara ulaşacağı öngörülmektedir (IQVIA Enstitü Raporu 2022).

1.3.3. Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün hazırladığı reçete yazma kılavuzu, doktorların hastalarına uygun ilaç tedavileri belirlemeleri ve reçete yazmaları konusunda bir rehber işlevi görmektedir. Bu kılavuz, ilaç seçiminde dikkate alınması gereken etkinlik, güvenlik, maliyet etkinliği ve uygunluk gibi önemli ölçütleri kapsamaktadır. Doktorların, bu rehberi kullanarak hastaları için en uygun ilaç listelerini ve tedavi planlarını oluşturmaları önerilmektedir. Bu yaklaşım, hastalara en uygun tedavi seçeneklerinin sunulmasını sağlamakta ve ilaç tedavisinin genel etkinliğini artırmaktadır. Kılavuz, doktorların ilaç reçetelerini bilinçli ve düşünerek yazmalarına yardımcı olur, böylece hem hasta sağlığı hem de tedavi kalitesi üzerinde olumlu bir etki yaratmaktadır (Gülhan 2013). Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri şu şekildedir;

- **Etkinlik:** İlaç seçiminde en öncelikli ve kritik faktör, ilacın etkinliğidir. Bir ilacın hasta üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinde, onun farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri önemli rol oynamaktadır. İlaçların seçiminde, hastanın durumuna hızlı ve uygun dozlarda yanıt verebilecek olanların tercih edilmesi önemlidir. Bu yaklaşım, tedavinin başarısını artırırken aynı zamanda hastanın iyileşme sürecini hızlandırır ve tedavi süresince olumlu sonuçlar alınmasını sağlamaktadır. Etkin bir ilaç seçimi, hastanın ihtiyaçlarına en uygun şekilde cevap veren tedavi yöntemlerinin belirlenmesinde esastır (Çakmak 2019).
- **Güvenlik:** İlaç tedavisinde önemli bir ölçüttür. Kullanılan ilaçların yan etkileri, kabul edilebilir düzeylerde olmalıdır (İskit 2006). Hastaların alerji veya aşırı reaksiyon geçmişi, ilaç seçiminde dikkate alınarak yan etki riski minimize edilmelidir. Özellikle çocuklar, hamileler, yaşlılar ve karaciğer veya böbrek yetmezliği olan hastalar gibi hassas gruplarda ilaç seçimi ve dozlandırılma konusunda ekstra dikkat gerekmektedir.

- Uygunluk: Hastanın özel durumları göz önünde bulundurularak, kullanımı kolay ve etkili ilaçlar tercih edilmelidir. Hasta için en uygun ilaç, onun sağlık durumu, yaşam tarzı ve diğer ilaçlarla etkileşimleri göz önünde bulundurularak seçilmelidir (WHO 1994, Çakmak 2019).
- Tedavi maliyeti: Maliyet, kim tarafından ödenecek olursa olsun, her zaman sorgulanmalı ve mümkün olan en düşük seviyede tutulmalıdır. Doktorlar, hastanın sağlık sigortası kapsamındaki veya geri ödemesi yapılan ilaçları tercih etmeye özen göstermelidir. Bu yaklaşım, hem hastanın mali yükünü azaltır hem de sağlık sisteminin genel maliyet etkinliğini artırmaktadır (İskit 2006, Akkurt 2016).

1.3.4. Akılcı İlaç Kullanımı Tarafları

Akılcı ilaç kullanım sürecinde, çeşitli paydaşların rolleri bulunmaktadır. Bu sürecin merkezinde, doğru tanıyı koyup uygun ilacı belirleyen doktorlar yer almaktadır. İlacın temini ve hastaya ulaştırılmasında eczacılar, ilacın doğru uygulanmasında hemşireler önemli rol oynamaktadır. Hasta ve hasta yakınları, diğer sağlık çalışanları, ilaç üreticileri, sağlık sektöründe eğitim alan öğrenciler, devlet, medya ve eğitim kurumları da bu sürecin bir parçasıdır (Akkurt 2016).



Şekil 3.1. Akılcı İlaç Kullanımı Paydaşları (SGK 2013).

Doktorların rolü özellikle önemlidir, çünkü teşhis koyma ve ilaç seçimi sorumluluğu onlara aittir. Bir ilacın seçimi, doktorun tıbbi bilgisi ve deneyimi ile

ilaçlar hakkında güncel bilgilere sahip olması gerektiği gerçeği üzerine kuruludur. Bu süreçte, doktorların akılcı ilaç kullanımını destekleyecek şekilde bilinçli ve dikkatli davranmaları gerekmektedir (Oktay 2006).

Eczaneler, ilaç temininin yasal olarak gerçekleştirildiği mekanlardır. Burada, ilaçlar etkinliklerine ve farmakolojik-terapötik özelliklerine göre sınıflandırılarak hastalara sunulmaktadır. İlaç satışları, reçeteli ya da reçetesiz olarak iki farklı biçimde yapılmaktadır. Eczacılar, ilaçların doğru şekilde verilmesi ve hastaları aldıkları ilaçlar hakkında bilgilendirme konusunda sorumluluk taşımaktadırlar. Bu yüzden, akılcı ilaç kullanım sürecinde önemli bir role sahip olan eczacılar, sorumluluk bakımından ikinci sırada yer almaktadır. İlaç sunumu sürecinde, doktorların ana sorumluluğunun yanı sıra, eczacılar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları da kendi rolleri ve sorumlulukları ile etkileşim içindedir. İlaç alımında doktor, hemşire, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarının yanı sıra, hasta ve hasta yakınlarının da sorumlulukları vardır. Bu sürecin en önemli unsuru, hizmet talebinde bulunan hastalardır. Hastaların, uzman tavsiyesi olmadan, tanıdıklarının önerileriyle benzer ilaçları kullanmaları veya doktorun reçete ettiği ilaçları zamanında almamaları gibi durumlar, bu sürecin önemli sorunları arasında yer almaktadır. Bu nedenle, tüm bu paydaşların uyumlu ve bilinçli bir şekilde çalışmaları, akılcı ilaç kullanımının etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır (Barutçu ve ark. 2017).

1.3.5. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, hastaların ilaçlardan yeterince fayda görememesine ve ekonomik kayıplara yol açan bir davranış olarak tanımlanabilmektedir. Bu tür bir ilaç kullanımı, israfın artmasına ve hem bireysel hem de ulusal ekonomi üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Ayrıca, ciddi sağlık sorunlarına ve hatta ölümlere neden olabilecek ekonomik yükleri de beraberinde getirmektedir (Ekenler ve Koçoğlu 2016). Bu sorun, dünya genelinde ve özellikle ülkemizde ciddi bir sağlık meselesi haline gelmiştir. Akılcı olmayan ilaç kullanımıyla mücadele etmek ve bu sorunu aşmak için, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenen kurallara uyulması ve kişiye özel olarak tanımlanan ilaçların rasyonel şekilde kullanılması gerekmektedir (Orhaner ve Salgın 2018).

Tüm ülkelerin, sağlık politikaları aracılığıyla doğrudan önlemler alması ve toplumun akılcı ilaç kullanımı konusunda bilinçlendirilmesi önem taşımaktadır. Bu yaklaşımla, akılcı olmayan ilaç kullanımının yol açtığı sağlık ve ekonomik sorunların önüne geçilmesi hedeflenmektedir (Sürmelioglu ve ark. 2015). Akılcı olmayan ilaç kullanımının çeşitli biçimleri vardır, bunlar arasında:

- İlaçların aşırı veya gereğinden fazla kullanılması,
- Tedavi için ilaç kullanımının gerekli olmadığı durumlarda ilaçlara başvurulması,
- Özel sağlık durumlarında yanlış tedavi yöntemlerinin seçilmesi,
- Yan etkileri net olarak belirlenmemiş veya kanıtlanmamış ilaçların kullanılması,
- Güvenliği tam olarak kanıtlanmamış ilaçların tercih edilmesi,
- Mevcut, güvenli ve etkili ilaç seçenekleri arasında yanlış tercihler yapılması,
- İlaçların uygun olmayan şekillerde (zamanlama, yöntem, dozaj) kullanılması,
- Klinik rehberlere uymayan reçetelerin yazılması,
- Reçetesiz ilaçların temin edilip kullanılması,
- İlaçlar arası ve ilaç-besin etkileşimlerinin göz ardı edilmesi,
- Hastalara yeterli ve doğru bilgi verilmemesi gibi durumlar akılcı olmayan ilaç kullanımına örnek olarak gösterilebilir (Cengiz 2018).

Bu tür kullanımlar, hem hasta sağlığını hem de genel sağlık sistemini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve önemli sağlık riskleri taşıyabilmektedir.

1.3.6. Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Nedenleri

Çeşitli çalışmalar, Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı (AOİK) konusunu detaylıca incelemiş ve bu alandaki ana sorunları belirlemiştir. Bu sorunlar genellikle şunları içermektedir:

- Gereksiz miktarda ilaç reçetelenmesi,
- Lüzumsuz ve yüksek maliyetli ilaçların kullanılması,
- İlaç kullanımının doğru biçimde uygulanmaması,

- Aşırı antibiyotik kullanımı,
- Hekimlerin aşırı miktarda enjeksiyon önermesi.

Bu öncüller, akılcı olmayan ilaç kullanımının temel nedenleri arasında sıralanmaktadır. Bu tür uygulamalar, hem hasta sağlığına zarar verebilir hem de sağlık sistemlerinin maliyet ve verimlilik açısından olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle, AOİK ile mücadele etmek, sağlık politikalarının ve uygulamalarının önemli bir parçası haline gelmiştir (Sürmeli ve ark. 2015).

Aydın ve Gelal'a (2012) göre, akılcı olmayan ilaç kullanımı, sağlık alanında yaygın bir sorundur ve çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Örnekler arasında şunlar sayılabilir: Bir hastaya gereğinden fazla sayıda ilaç reçetelenmesi, hastalara gereksiz ilaçların yazılması, gereksiz antibiyotik kullanımı, oral yoldan alınabilecek ilaçlar yerine enjeksiyon tedavilerinin tercih edilmesi, klinik rehberlere uygun olmayan ilaçların reçete edilmesi, başlanılan ilaç tedavisine hastaların uyum göstermemesi, hastaların kendilerini sürekli reçete ile satılan ilaçlarla yanlış bir şekilde tedavi etmeye çalışmalarıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlarına göre, kullanılan ilaçların yarısından fazlası uygun olmayan şekillerde reçete edilmekte, dağıtılmakta veya kullanılmaktadır. Bu durum, hem hasta sağlığını olumsuz etkileyebilir hem de sağlık sistemlerinin maliyet ve verimliliğini bozabilmektedir. Bu nedenle, akılcı ilaç kullanımı konusunda toplumun bilinçlendirilmesi ve sağlık profesyonellerinin eğitilmesi büyük önem taşımaktadır.

1.3.7. Dünya'da ve Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımı

Dünya genelinde, özellikle gelişmiş ülkelerde, akılcı ilaç kullanımı üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Bu çalışmaların odak noktalarından biri, ilaç kullanımının özellikle dikkatli olunması gereken bazı popülasyonlardaki dinamikleridir. Bu popülasyonlar arasında çocuklar, hamile kadınlar ve kronik sistemik hastalıkları (özellikle karaciğer veya böbrek fonksiyon bozukluğu gibi) olan kişiler yer almaktadır. Akılcı ilaç kullanımı, bu gruplarda ilaçların etkinliği, güvenliği ve uygunluğunu değerlendirmeyi içermektedir. Özellikle yaşlı hastalarda,

polifarmasi (birden fazla ilacın eş zamanlı kullanımı) önemli bir konudur (Veehof ve ark. 1999, Bjerrum ve ark. 1998).

DSÖ'nün akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek için önerileri arasında ulusal düzeyde multidisipliner kurumların kurulması, temel ilaç listeleri ve klinik rehberlerin hazırlanması, ilaç kurullarının oluşturulması, sürekli tıp eğitiminin zorunlu kılınması, mezuniyet öncesi farmakoterapi eğitimi, etkili idare ve denetim sistemleri, halk eğitimi, tarafsız ilaç bilgisi sağlanması, yasal düzenlemelerin uygulanması, finansal teşviklerin düzenlenmesi ve sağlık kaynaklarının devlet tarafından sağlanması bulunmaktadır. Bu öneriler, ilaç kullanımının güvenliğini ve etkinliğini artırmayı ve sağlık sistemlerinin bu alandaki performansını iyileştirmeyi hedeflemektedir (WHO 2002).

Akılcı ilaç kullanımının teşviki kapsamında, sağlık profesyonellerine, özellikle hekimlere yönelik hem mezuniyet öncesi hem de hizmet içi çeşitli eğitim programları düzenlenmiştir. Tıp fakültelerinin son sınıf öğrencilerine, DSÖ'nün "temel ilaçların kullanımına yönelik eylem planına uygun olarak, probleme dayalı rasyonel farmakoterapi eğitimi interaktif yöntemlerle verilmektedir. Bu eğitim programları, tıp öğrencilerinin uygun ilaç seçimi, tedavi süresi belirleme ve endikasyonları anlama konusunda daha yetkin olmalarını sağlamayı hedeflemektedir. Eğitimi alan ve almayan öğrenciler arasında yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada, eğitim alan öğrencilerin ilaç seçimi ve tedavi planlamada daha başarılı olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, akılcı ilaç kullanımı eğitimlerinin sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerilerini artırdığını ve hasta bakım kalitesini iyileştirdiğini göstermektedir. Bu tür eğitim programları, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının ilaç tedavilerini daha etkin ve güvenli bir şekilde yönetmelerine yardımcı olur (De Vries, 1993).

Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) ile ilgili çalışmalar yaklaşık 20 yıldır sürmektedir. Bu çalışmaların bir sonucu olarak, 12 Ekim 2010 tarihinde "Akılcı İlaç Kullanım Birimi" kurulmuştur. Bu birim, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesindeki "Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi" altında faaliyet göstermektedir. Birim, akılcı ilaç kullanımı konusunda çeşitli etkinlikler düzenlemekte, 2014 Ekim'inden itibaren internet sitesi üzerinden aylık e-

bülten yayınlamakta ve çeşitli eğitim materyalleri sunmaktadır. Bu materyaller arasında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Akılcı İlaç Kullanımı Kitapları, Birinci Basamakta Akılcı Reçete Yazımı, Hekimlerin ve Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışları, Hekimlerin Akılcı Reçeteleme Yaklaşımı, Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Halk Eğitimi kitapları, hastane hekim, eczacı, hemşire ve yatan hasta anketleri bulunmaktadır. Ayrıca, öğrencilere akılcı ilaç kullanımının önemini vurgulamak ve bu alanda yenilikçi projeler/çözümler geliştirmelerini teşvik etmek amacıyla 2016 yılında "Akılcı İlaç Kullanımı Proje Yarışması" organize edilmiştir. Bu yarışma, sağlık çalışanlarında ve toplumda akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalığı artırmayı ve bu alanda yenilikçi yaklaşımların geliştirilmesini hedeflemiştir. Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) faaliyetlerinin koordinasyonunu ve etkinliğini artırmak için çeşitli düzeylerde yapılandırmalar yapılmıştır (Şahingöz ve Balcı 2013).

İl sağlık müdürlüklerinde, il içi koordinasyonu sağlamak amacıyla "Akılcı İlaç Kullanımı İl Temsilcisi" görevlendirilmiştir. Hastanelerde ise hizmet kalite standartları gereğince "Akılcı İlaç Kullanım Ekipleri" oluşturulmuştur. Bu ekipler, hastane bazında planlama yapmak ve akılcı ilaç kullanımıyla ilgili faaliyetlerde bulunmakla yükümlüdürler. Bunun yanı sıra, akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek ve bu konuda farkındalık oluşturmak amacıyla "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017" hazırlanmıştır. Bu plan, akılcı ilaç kullanımına dair mevcut ve planlanan eylemleri kapsamlı bir şekilde bir araya getirmiş, her faaliyet için sorumlu ve işbirliği yapılacak tarafları belirlemiştir. Plan, 6 başlık altında 20 stratejik hedef ve 99 faaliyet içermekte ve özellikle "Akılcı Antibiyotik Kullanımı"na odaklanmıştır. Bu planın başarılı uygulanmasının ardından, Sağlık Bakanlığı, planın devamı niteliğinde "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022" çalışmasını başlatmıştır. Bu yeni plan, özellikle güney bölgesindeki illerde yoğun olarak yürütülen faaliyetlerle antibiyotik kullanımının azaltılmasına yönelik başarılı sonuçlar elde etmeyi hedeflemektedir. Bu kapsamlı planlar, Türkiye'de akılcı ilaç kullanımını artırmayı, sağlık çalışanları ve toplum arasında bu konuda farkındalık ve bilinç seviyesini yükseltmeyi amaçlamaktadır (Yağar ve Soysal, 2018).

2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'de "İlaç Takip Sistemi" ve kare kod uygulaması başlatılmıştır. Bu sistem, farmakovijilans (ilaç güvenliği izlemi), sahte ilaçlar ve ambalajlardan korunma, politika oluşturma amacıyla veri toplama ve ek faydalar gibi hedefleri içermektedir. Sistemin temel amacı, ilaçların üretimden tüketiciye ulaşana kadar olan süreçlerini takip ederek, ilaç güvenliğini artırmak ve sahte ilaçların piyasaya sürülmesini önlemektir. Ayrıca, bu sistem, ilaç kullanımıyla ilgili politikaların oluşturulmasında kullanılacak verilerin toplanmasına olanak tanır ve genel sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaktadır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı "Hastane Hizmet Kalite Standartları; Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Kılavuz"u yayınlamıştır. Bu kılavuz, hastane işleyişinin akılcı ilaç kullanımı ilkelerine uygun olarak yürütülmesini sağlamak ve sağlık hizmeti sunucuları ile vatandaşlarda akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalık oluşturmak için hazırlanmıştır. Kılavuz, hastanelerde ilaç yönetimi ve kullanımı konusunda rehberlik sağlayarak, ilaçların daha etkin ve güvenli bir şekilde kullanılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu tür girişimler, Türkiye'de ilaç güvenliği ve etkinliğinin artırılmasına yönelik önemli adımlardır (TİTCK,AİK).

Dünya’da ve ülkemizde yapılan ilaç harcamalarına bakıldığında; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ilaç harcamalarını üç ana kategori altında sınıflandırmaktadır: Reçetesiz alınan ilaçlar, reçeteli ilaçlar ve bireylerin kendi kendilerine yaptıkları ilaç kullanımlarıdır (WHO 2022b). Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Kurumu verilerine göre, ilaç harcamaları 2018'de 30,9 milyar lira iken, bu rakam 2019'da 39,6 milyar liraya ve 2020 yılında 48,6 milyar liraya yükselmiştir (SGK 2021). Ayrıca, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 2020'de toplam sağlık harcamaları, bir önceki yıla göre %24,3 artış göstererek 249 milyar 932 milyon liraya ulaşmıştır. Buna ek olarak, kişi başına düşen sağlık harcamaları 2019'a kıyasla %23,1 artışla 2.997 lira olmuştur. Ülkenin toplam sağlık harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içindeki oranı ise %5 seviyesindedir (TÜİK 2021).

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) tarafından 2021 yılında paylaşılan verilere göre, global ilaç pazarının büyüklüğü 1,3 trilyon dolar olarak belirlenmiştir. Bu büyük pazarda, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Çin ve Japonya sırasıyla en büyük paya sahip ilk üç ülke konumundadır. Türkiye ise dünya ilaç pazarında 19. sırada yer almaktadır, bu da ülkenin bu sektörde önemli bir oyuncu olduğunu

göstermektedir (İEİS 2021).Türkiye'nin ilaç pazarında 2015-2021 yılları arasındaki kazancına ve satılan ilaç kutuları verilerine bakıldığında; 2015 yılında ilaç pazarının büyüklüğü 17,6 milyar TL iken, bu miktar 2021 yılında 61,7 milyar TL'ye yükselmiştir. Bu, söz konusu dönemde pazarın yaklaşık üç buçuk katına çıktığını göstermektedir. Satılan ilaç kutusu sayısında ise 2015 yılında 2,06 milyar kutu iken, 2021 yılında 2,35 milyar kutu olmuş, bu da satılan kutu sayısında daha mütevazı bir artış olduğunu belirtmektedir. Türkiye'deki ilaç pazarındaki büyüme, çeşitli faktörlerle açıklanabilmektedir. İnsanların daha uzun yaşamaları, halkın sağlık hizmetlerine daha rahat erişim sağlaması, nüfusun genişlemesi ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükselmesi, bu genişlemenin temel itici güçleri arasında sayılabilmektedir (Altındiş 2017).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)'nün 2020 yılına ait raporlarına göre, Türkiye ekonomisinin, sağlık sektörüne ayırdığı bütçenin Gayrisafi Yurtiçi Hasıla içindeki payı yüzde 4,6 seviyesindedir. Bu oran, OECD ülkeleri içinde karşılaştırmalı olarak düşük bir yüzdeyi temsil etmektedir. Buna ek olarak, Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcamaları, aynı raporlara göre 1,304.7 Amerikan doları olarak hesaplanmıştır. Bu durum, Türkiye'nin sağlık alanındaki yatırımlarının kişi başına ve ekonomik büyüklük açısından uluslararası ölçekte nasıl bir konumda olduğunu göstermektedir (OECD 2021).

2014 ve 2017 yılları arasında ülkemizde uygulanan bir sağlık stratejisi kapsamında, 2015'te eczanelerden reçetesiz antibiyotik alımı yasaklanarak, aşırı ve gereksiz antibiyotik kullanımının önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Bu dönemde halkı bilinçlendirici yayınlar da yapılarak, günlük antibiyotik tüketiminin azaltılması hedeflenmiştir. Bu çabaların etkisiyle, 1000 hasta başına düşen günlük antibiyotik kullanım miktarı, 2011 yılında 42,2 iken, 2017 yılında 35,25'e düşerek önemli bir başarı elde edilmiştir (Parlakay 2019).

2000 ile 2010 yılları arasında yapılan bir araştırmada, 71 ülkede incelenen antibiyotik kullanımının %35 oranında artış gösterdiği belirlenmiştir (Broeckel ve ark. 2014). Dünya çapında, antimikrobiyal direnç nedeniyle her yıl yaklaşık 700.000 insanın hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Oranı'nın (SOY) yükseltilmesi, antibiyotik direncine karşı farkındalığın

artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu durum, uygunsuz antibiyotik kullanımını ve kişilerin kendi kendilerine ilaç tedavisi uygulamalarını olumlu yönde etkileyebilmektedir (Muflih ve ark. 2021).

2008 yılından bu yana Avrupa'da her 18 Kasım, Antibiyotiklerin Akılcı Kullanımı Farkındalık Günü olarak belirlenmiştir. Bu özel gün çerçevesinde, antimikrobiyal ilaçların yanlış ve aşırı kullanımını azaltmaya yönelik çeşitli kampanyalar düzenlenmektedir (Kourkouta ve ark. 2017).

1.4. Hasta Aktiflik

Hasta aktifliği, hastaların sağlık ve bakım ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli bilgi, beceri ve güvene sahip olmalarını ve bu süreçte net bir rol oynamalarını ifade etmektedir. Bu kavram dört temel aşamadan oluşmaktadır: Aktif rolün önemini anlamak, gerekli bilgi ve güvenle donanmak, eyleme geçmek ve stres altında bile günlük rutinleri sürdürebilmek. Hasta aktifliğini artırmak için, hastanın becerileri, bilgisi, motivasyonu ve özgüveni yüksek olmalıdır (Yağar ve Öke 2018).

Hasta aktivitesi kavramı, hastaların sağlık ve bakımlarını bağımsız bir şekilde yönetebilme kapasitelerine ve bu sürece aktif olarak katılma isteklerine odaklanır. Hibbard ve ekibinin tanımına göre, aktif bir hasta, kendi sağlık durumunu yönetebilme ve sağlık ekipleriyle etkili bir iş birliği içinde olabilme konusunda önemli bir role sahiptir. Bu kişiler, kendi sağlık durumlarını etkin bir şekilde yönetebileceklerine inanmakta ve bu yönetimi destekleyen kişilerle birlikte çalışarak sağlıklı kalmayı hedeflemektedir. Sağlık durumunu yönetebilme, tıbbi ekip ile iş birliği yapabilme ve kaliteli bakım alabilme yetisi olan kişiler, yüksek düzeyde bilgi, yetenek, inanç, özgüven ve isteklilikle donatılmış olarak aktif hasta olarak nitelendirilir (Koşar 2015).

- **Bilgi:** Birey, mevcut sağlık problemleri, semptomlar ve bu semptomlarla nasıl başa çıkılacağı, izlenmesi gereken süreçler, tedavi yöntemleri, hastalığa özgü muhtemel durum değişiklikleri, bu değişikliklere nasıl müdahale edileceği ve ne zaman sağlık profesyonellerine başvurulması gerektiği hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır.
- **Yetenek:** Bireyin, sağlık durumuyla ilgili kendine özgü yönetim tekniklerini

başarıyla uygulayabilmesi; Bu, beslenme düzenini ayarlaması, kan şekeri düzenli olarak kontrol etme, karbonhidrat miktarını hesaplama, uygun gıda tüketimini ölçme, ayak sağlığının korunması, tansiyonun izlenmesi, günlük aktivitelerin planlanması ve eklem sağlığını koruma stratejileri gibi çeşitli alanları kapsamaktadır.

- **İnanç:** Kişinin, kendi sağlığı ve bakımından esas olarak kendisinin sorumlu olduğunu ve kendi kendine yönetim tekniklerini kullanarak semptomlarını kontrol altında tutabileceğine dair güçlü bir inanca sahip olmasıdır.
- **Kendine Güven:** Bireyin, mevcut sağlık durumu ile ilgili öz-yönetim davranışlarını günlük yaşamında, hatta stres altında bile uygulayabileceğine ve sürdürebileceğine dair kendine olan güveni.
- **Arzu:** Kişilerin, kendi sağlıklarını ve bakımlarını yönetme konusunda gösterdikleri heves ve istekli tutumdur. Bu, sağlık yönetimine aktif bir şekilde katılma arzusunu kapsar.

Bu beş unsuru bütünleştiren bir yaklaşım, bireyin kendi sağlığını etkili bir şekilde yönetmesine olanak tanımaktadır (Hibbard 2004).

Hastaların aktivasyon düzeylerinin değerlendirilmesi, bakım planlarının kişisel ihtiyaçlara göre düzenlenmesine ve böylece hastanın genel sağlık durumunun iyileştirilmesine olanak tanımaktadır. Hastaların bakım sürecindeki aktif katılımı, dört farklı grupta sınıflandırılarak incelenmektedir.

Tablo 4.1. Seviyeye Göre Aktivasyon Özellikleri

Derece 1	Derece 2	Derece 3	Derece 4
Ayrılmış ve Bunalmış	Farkında Olmak ve Mücadele Etme	Harekete Geçmek	Davranışları Sürdürmek ve Daha İleri İtmek
Hasta pasiftir ve kendine güveni yoktur. Bilgi düzeyi düşük,	Hasta sağlığı ile ilgilenmeye başlamıştır. Ancak bilgi ve güven	Hastanın temel gerçekleri vardır ve öz yönetim inşa etmektedir. Hasta en	Hasta stres veya değişim zamanlarında mücadele edebilmek için yeni davranışlar

hedef yönelimi ve bağlılığı zayıftır.	eksikliği yaşamaktadır.	iyi uygulama davranışları için hedef odaklı çaba göstermektedir.	benimsemiştir. Hasta için sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmek önemli bir odak noktasıdır.
Hasta bakış açısı: “Doktorum sağlığımdan sorumludur”.	Hasta bakış açısı: “Daha fazlasını yapabiliyordim”.	Hasta bakış açısı: “Sağlık bakım ekibimin bir parçasıyım”.	Hasta bakış açısı: “Ben kendimin savunucusuyum”.

Kaynak: (NHS England 2018).

1.4.1. Hasta Aktifliğinin Önemi

Hasta aktivasyonu, kişilerin sağlık durumlarını bağımsız olarak yönetme yetenekleri ve istekleri üzerinde etkili olan bir bireysel farklılık değişkenidir ve değiştirilebilir bir süreç olarak ele alınmaktadır. Yüksek aktivasyona sahip hastalar, hastalıklarına bağlı semptomları kendi başlarına yönetebilme, fiziksel işlevlerini sürdürme ve sağlık durumlarında düşüşleri önleyen davranışlar sergileme eğilimindedir. Bu hastalar, teşhis ve tedavi seçeneklerine daha fazla katılım gösterir, sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iş birliği yapar ve kaliteye veya performansa dayalı olarak sağlık hizmeti sağlayıcılarını veya bakım merkezlerini seçme olasılıkları daha yüksektir. Özellikle kronik hastalıkları olan bireyler için yüksek hasta aktivasyonu, sağlık durumlarını yönetmeleri gereken birçok davranış açısından önemlidir. Araştırmalar, yüksek düzeyde aktif hastaların daha düşük kolesterol ve depresyon oranlarına, acil servis ve tarama hizmetlerine daha az başvurmaya, daha sağlıklı beslenmeye ve egzersiz yapma olasılıklarının daha yüksek olmasına işaret etmektedir (Vélez-bermúdez ve ark 2018).

Bu durumda, yüksek aktivasyon düzeyine sahip hastaların sağlıkla ilgili olumlu davranışlar sergileme ve kendi sağlık durumlarını daha etkin şekilde yönetme şansları daha fazladır. Bu hastalar, bakım sürecinde üstlendikleri rolleri kavrayarak bu rolleri başarıyla yerine getireceklerine inanmaktadırlar. Diğer yandan, düşük aktivasyon seviyesine sahip hastaların sağlıklarını korumada aktif bir rol almak ihtimali daha azdır. Bu bireyler, yardım ihtiyaçlarında destek arama, sağlık profesyonellerinin önerilerini takip etme ve tedavi almadıkları zamanlarda

sağlıklarını idare etme konusunda genellikle daha az etkilidirler. Hasta aktivasyon seviyesini belirlemenin yaygın bir yolu, aktif ve pasif hastaların gösterdiği davranışları ayırt etmektir.

Tablo 4.2. Aktif ve Pasif Hasta Davranışlarının Karşılaştırılması

Aktif Hasta Davranışı	Pasif Hasta Davranışı
Temel sağlık gereksinimlerine önem verir ve bu konuda sorumluluk üstlenir.	Sağlık gereksinimlerinin temel nedenlerine ve bu nedenlerin sağlık üzerindeki etkilerine az önem verir.
Kendi kendini sınırlayan durumları tanıma ve tedavi etme eylemlerini gerçekleştirir.	Erken belirtileri yok sayar, erteler veya gerektiğinde yardım talep etmekten kaçınır.
Ciddi hastalıklar için en etkili tedavi yöntemini belirlemek adına sağlık profesyoneliyle işbirliği yapar ve tıbbi önerileri düzenli olarak uygular.	Tıbbi önerileri düzenli bir şekilde izlemez.
Uzun süreli durumları aktif şekilde idare eder.	Tedavi olmadıklarında sağlık yönetimini hızla ihmal etmeye başlarlar.

Kaynak : (Rix ve ark 2015).

Son on yılda hasta aktivasyonu ile ilgili ampirik kanıtların artmasıyla birlikte, hasta aktivasyonunu ve katılımını teşvik eden programların geliştirilmesi hız kazanmıştır. Hibbard ve meslektaşlarının 2004 yılında geliştirdikleri Hasta Aktivasyon Ölçümü (PAM12), hasta aktivasyonunun geçerli ve güvenilir bir değerlendirilmesini sağlar. PAM, bir kişinin sağlık ve sağlık hizmetlerini yönetme konusundaki bilgi, yetenek, inanç ve özgüvenini ölçer ve önceki benzer ölçümlere göre daha kapsamlı bir yapı sunmaktadır.

PAM ölçeğinin en düşük seviyesinde bulunan kişiler genellikle pasif bakım alıcılarıdır ve aktif bir hasta rolünün gerekliliğine inanmazlar. Ölçeğin en yüksek seviyesinde ise, bireyler sağlık konusunda proaktif ve çeşitli sağlık davranışlarına katılırlar. 2004'ten bu yana yapılan çalışmalar, sağlıklı yaşam tarzı seçimleri, sağlık sistemi kullanımı, tüketici davranışları, kronik hastalık yönetimi ve kronik hastalıkların kontrolü gibi birçok alanda hasta aktivasyonunun etkilerini incelemiştir.

Ancak, bu çalışmalar genellikle kendi kendine bildirilen sağlık sonuçlarına dayanması ve küçük örneklem grupları kullanılması sebebiyle bazı sınırlamalara sahiptir. Ayrıca, mevcut çalışmalar hasta aktivasyonunun gelecekteki sağlık sonuçlarını öngörebileceğini ve aktivasyonun değiştirilebilir bir nitelik olduğunu göstermektedir (Greene ve Hibbard 2012).

1.4.2. Hasta Aktifliğinin Aşamaları

Kendi kendini yönetme rollerinde hastaların desteklenmesi, kaliteli kronik hastalık bakımının temel bir parçasıdır. Kalitenin diğer yönlerinde olduğu gibi, ölçüm yeteneği, iyileştirmenin bir n şartıdır. Bu bağlamda, Tıp Enstitüsü Zirvesi, PAM'ın kalite ölçümünde kullanılmasını destekleyen yeni yaklaşımlar önermiştir:

İlk olarak, ölçümün hasta deneyimlerine ve sonuçlarına odaklanması gerekmektedir. Bu, hastanın kendi kendine yönetim becerileri gibi orta düzey sonuçları da içerebilmektedir. Bu yöntem, hastaların ölçüm ve bakım süreçlerinde merkezi bir rol almasını ve sağlık sonuçları üzerinde etkili olduklarını kabul etmektedir. İkinci olarak, ölçümün hizmet sunum sürecine entegre edilmesi ve hastanın bakımını iyileştirmesi gerekmektedir. Bu, periyodik olarak hasta sonuçlarını lerek, hem bireysel hasta bakımını geliştirmek hem de farklı hasta gruplarında kaliteyi değerlendirmek için bir fırsat sağlamaktadır. Son olarak, ölçümün uzunlamasına olması ve zaman içinde hastaların durumlarının nasıl değiştiğinin anlaşılması önemlidir. Hastalar zerindeki bakımın etkilerini anlamak için birden fazla zamanda ölçümler yapılması gerekebilmektedir (Hibbard ve ark 2005).

1.4.3. Hasta Aktifliğini Artırmaya Yönelik Müdahaleler

Dünya çapında sağlık sistemleri, artan maliyetlerle başa çıkarken aynı zamanda hasta bakımını iyileştirmeye odaklanmış durumdadır. Bu zorluklarla mücadele etmek için, sağlık sektöründe yenilikçi yaklaşımlar ve reformlar hız kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken maliyetleri azaltma çabası, bu alandaki en önemli önceliklerden biri haline gelmiştir. Bu süreçte, verimliliği artırmak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için yeni stratejiler ve metodolojiler geliştirilmekte, böylece daha etkili ve sürdürülebilir sağlık hizmetleri sunulmaya çalışılmaktadır (Dentzer 2013).

Global sağlık sistemleri, yukselen sağlık harcamalarını yonetirken hasta bakımının kalitesini yukseltmeye yoğunlaşmaktadır. Bu iki hedefe ulaşmak için, sağlık alanında yenilikçi uygulamalar ve yapısal değişiklikler ön plana çıkmaktadır. Maliyet etkinliği sağlarken hizmet kalitesini yukseltme gayreti, sektördeki ana hedefler arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda, hem maliyetleri optimize etmek hem de hasta sonuçlarını geliştirmek adına yeni politikalar ve teknikler geliştirilmekte, bu sayede daha verimli ve uzun vadeli sağlık hizmetleri sağlanmaya çalışılmaktadır (Hibbard ve Gilbert 2014).

Çalışma ortamlarından hastanelere, hastalık yönetim programlarından toplum tabanlı girişimlere ve online platformlara kadar bir dizi alanda, hasta etkinliğini artırmaya yönelik pek çok araştırma ve uygulama mevcuttur. Bu çalışmalar, yapılan müdahalelerle hastaların aktifliğinin artırılmasının mümkün olduğunu ortaya koymaktadır. Elde edilen sonuçlar arasında, sağlık durumlarında ve yaşam kalitesinde iyileşme, klinik göstergelerde (örneğin LDL ve kan basıncı) olumlu değişiklikler, tedaviye daha iyi uyum, yaşam tarzı değişikliklerinde gelişme, semptomlarda azalma, doktor muayenelerinde daha fazla soru sorma, acil servis ziyaretlerinin ve hastane yatışlarının azalması gibi olumlu etkiler bulunmaktadır (Deen ve ark 2011, Parchman ve ark. 2010, Solomon ve ark. 2012).

Aktifliğin artırılması, kişilerin kendi sağlıkları üzerinde artan bir kontrol duygusu kazanmaları ve kendi sağlık kararlarını almak konusunda daha güçlü hissetmeleri anlamına gelmektedir. Bu yaklaşımı destekleyen stratejiler, bireylerin perspektiflerini dikkate alarak, sağlıklı seçimler yapmaları ve yaşam tarzlarını değiştirmeleri konusunda onları teşvik etmektedir. Bu tür müdahaleler, kişilerin sorunları çözme yeteneklerini geliştirmelerine ve kendi sağlıklarını daha etkin bir şekilde yönetmelerine olanak tanımaktadır (Hibbard 2015).

Stanford Kronik Hastalık Öz-Yönetim Programı, hasta aktifliğini artırmaya yönelik stratejilerin başarılı bir uygulamasını temsil etmektedir. Bu program, kronik hastalıkları olan kişilere, zorluklarla daha etkin bir şekilde başa çıkma becerileri kazandırmayı, düzenli egzersiz yapmalarını teşvik etmeyi ve aileleriyle veya bakım verenlerle etkili iletişim kurmalarını hedeflemiştir. Altı hafta süren bu program, hem

yüz yüze hem de online olarak, eğitimli profesyoneller tarafından yönetilen atölye çalışmalarından oluşmuştur. Her atölye oturumu yaklaşık iki buçuk saat sürmüş ve sağlık profesyoneli olmayan, önceden eğitim almış bir veya iki kişi de bu sürece katkıda bulunmuştur. Programa katılan bireyler 18 ay boyunca izlenmiş ve programın sonunda, katılımcıların hasta aktifliği düzeylerinde belirgin bir artış gözlemlenmiştir. Ek olarak, katılımcılarda fiziksel aktivite seviyelerinde iyileşme, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri, HbA1c ve LDL değerlerinde düşüş, vücut kitle indeksinde azalma ve hastane yatışlarında azalma gibi olumlu sonuçlar saptanmıştır (Loring ve ark. 2010).

Müdahale çalışmaları, hastaların aktifliğini artırmanın ötesinde, sağlık bakım sistemini yeniden şekillendirme ve geliştirme amaçları da taşıyabilmektedir. Bu durumda, hasta aktifliği, kendi başına bir hedef olmaktan ziyade, genel sağlık sonuçlarını iyileştirmeye yönelik bir araç olarak değerlendirilmektedir. Bu perspektif, müdahalelerin etkinliğinin, hastaların başlangıçtaki aktiflik seviyelerine bağlı olduğu düşüncesinden yola çıkmaktadır. İngiltere'de yapılan bir çalışma, kronik böbrek hastalığı olan hastaların kendi doktorları ile ortak karar verme sürecinin etkisini incelemiştir. Araştırma, hastaların kendi sağlık kararlarında daha aktif rol almasının, aktiflik seviyelerini yükselttiğini göstermiştir. Ancak, bu iyileşme özellikle aktiflik düzeyi daha yüksek olan hastalarda (aktiflik düzeyi ölçeğinde 1 en düşük, 4 en yüksek) gözlemlenmiştir (Mukoro 2012). Bu bulgular, daha düşük aktiflik düzeyine sahip hastaların ortak karar verme sürecine katılmaya hazır olmayabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, en düşük aktiflik düzeyine sahip hastaların bu sürece dahil olabilmeleri için ekstra destek ve yardıma ihtiyaç duyabilecekleri sonucuna varılmıştır (Hibbard ve Gilbert 2015).

Kişiyi özgü koçluk yöntemi, hastaların çeşitli aktiflik düzeylerini tanıyarak, onlara özel bakım stratejileri oluşturmayı ve sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi hedeflemektedir. Bu yaklaşımda, hasta aktifliği, tedavi sürecinin bir parçası olarak stratejik bir araç olarak kullanılmaktadır. Hastaların aktiflik düzeylerinin ölçülmesi, klinisyenlere hangi hastaların ek destek ve yönlendirme gerektirdiğini belirlemede yardımcı olmaktadır. Bu sayede, her hastaya uygun destek türü ve miktarı daha etkin bir şekilde belirlenebilir, böylece kişiye özel tedavi yaklaşımları daha başarılı hale gelmektedir. Bu yöntem, hastanın sağlık hizmetlerine katılımını artırarak, sağlık

sonuçlarının genel olarak iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Bu kişiye özel koçluk yaklaşımı, hastanın aktiflik düzeyine göre özelleştirilmiş bir bakım planı geliştirerek işlemektedir. İşte bu yaklaşımın nasıl işlediğine dair bir örnek:

- **Aktiflik Düzeyinin Değerlendirilmesi:** Klinisyen, hasta ile ilk görüşmede hastanın aktiflik düzeyini değerlendirir. Bu, hasta katılımı ölçümü (PAM) skoru gibi ölçütlere dayanabilmektedir.
- **Davranış Değişikliklerinin Belirlenmesi:** Klinisyen, hastanın birden fazla davranış değişikliği yapmasının faydalı olabileceğini düşünür. Ancak, eğer hasta düşük bir PAM skoruna sahipse, küçük ve yönetilebilir bir değişiklik ile başlamak daha uygun olabilmektedir.
- **Hedef Odaklı Yaklaşım:** Klinisyen, hastanın üzerinde çalışması gereken ve onun için önemli olan spesifik bir konuyu belirlemektedir.
- **Küçük Adımlara Bölme:** Belirlenen hedef, hastanın kolaylıkla yönetebileceği küçük adımlara bölünmektedir.
- **Takip ve Destek:** Klinisyen, hasta ile düzenli olarak bir araya gelerek, uygulanan adımların nasıl gittiğini değerlendirir ve sonraki adımlar için rehberlik etmektedir.
- **Engellerin Üstesinden Gelme:** Eğer hasta, belirlenen adımlarda herhangi bir engelle karşılaşrsa, klinisyen bu engellerin aşılmasına yardımcı olur ve gerekirse planı ayarlamaktadır (Hibbard ve ark. 2009).

Bu süreç, hasta merkezli bir yaklaşımı temsil eder ve hastanın kendi sağlık yönetiminde daha aktif ve özgüvenli olmasını hedeflemektedir. Klinisyenin rehberliği ve desteği, hastanın kendi sağlığı üzerinde daha fazla kontrol ve etkililik hissetmesine yardımcı olmaktadır. Alternatif bir senaryoda, klinisyenin yüksek PAM skoruna sahip bir hastası varsa, bu durum farklı bir strateji gerektirebilmektedir. Bu tür hastalar genellikle sağlık yönetiminde daha aktif ve özgüvenli olabilmektedir. İşte bu durumda uygulanabilecek bir yaklaşım:

- **Proaktif Planlama:** Klinisyen, hastanın iş seyahati veya stresli bir olay gibi

durumlarında sağlıkla ilgili planlamalar yapmasına yardımcı olabilir. Bu, hastanın sağlık hedeflerini sürdürmesine ve potansiyel engelleri öngörerek yönetmesine olanak tanır.

- Motivasyonel Görüşme Teknikleri: Klinisyen, hastanın motivasyonunu ve özgüvenini artırmak için motivasyonel görüşme tekniklerini kullanabilir. Bu teknikler, hasta merkezli bir iletişim yaklaşımı sağlar ve hastanın sağlıkla ilgili davranışlarını iyileştirmesine yardımcı olur.
- PAM ile Entegrasyon: Motivasyonel görüşme, PAM (Patient Activation Measure) kullanımını destekleyen mükemmel bir tamamlayıcıdır. PAM skoru yüksek olan hastalar, genellikle kendi sağlık hedefleri konusunda daha bilinçli ve motive olurlar.
- Araştırma Destekli Yaklaşım: Araştırmalar, motivasyonel görüşme ve PAM kullanımının birleşiminin, sağlık davranışlarında ve sonuçlarında iyileşmelere yol açtığını göstermektedir.

Bu yaklaşım, hastaların kendi sağlık yönetiminde proaktif olmalarını desteklemekte ve onlara kendi sağlık hedefleri doğrultusunda adımlar atma konusunda rehberlik ve destek sunmaktadır. Bu, özellikle yüksek PAM skoruna sahip hastalar için, sağlıklı davranışların sürdürülmesi ve iyileştirilmesi açısından önemlidir (Mukoro 2012)

Hibbard ve ekibinin yaptığı araştırma, özel olarak uyarlanmış koçluk yaklaşımının geleneksel sağlık bakımına göre etkilerini incelemiştir. Müdahale grubundaki hastalar, kişisel öz-yönetim becerilerine göre değerlendirilip özelleştirilmiş destek almışlar, kontrol grubu ise sıradan sağlık hizmeti almışlardır. Sonuçlar, müdahale grubundaki hastaların aktiflik skorlarında, klinik göstergelerde (diyastolik kan basıncı ve LDL seviyelerinde) iyileşme ve sağlık hizmeti kullanımında azalma göstermiştir. Bu, kişiselleştirilmiş müdahalelerin sağlık sonuçlarına olumlu etkileri olduğunu ortaya koymaktadır (Hibbard ve ark. 2009).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı

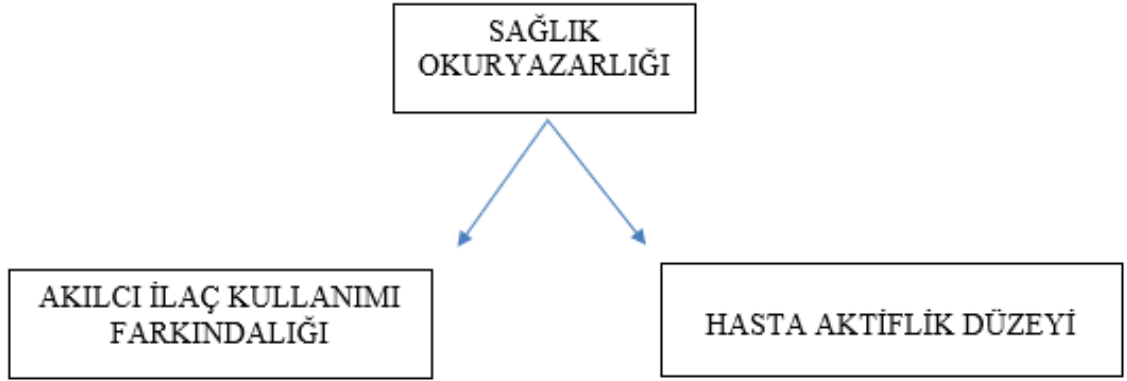
Modern sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerini kullanan bireylerden daha fazla katılım ve sorumluluk beklemektedir. Bu durum, kişilerin kendi sağlık durumlarını daha etkin bir şekilde yönetmelerini, sağlıkla ilgili bilgileri anlamlandırmalarını ve hem kendileri hem de çevreleri için bilinçli sağlık kararları almalarını gerektirmektedir. Bu süreçte, bireylerin sağlık okuryazarlığı yetkinlikleri kritik bir rol oynamaktadır. Sağlıklı bir toplum için bireysel farkındalık ve bilgiye dayalı karar verme becerileri oldukça önem arz etmektedir. Bu durum, kişisel sağlık yönetiminin yanı sıra toplumsal sağlık bilincinin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Bu bağlamda, akılcı ilaç kullanımının önemi öne çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireyler, ilaç kullanımında daha bilinçli davranmakta, doktor ve eczacıların önerilerini anlayıp, doğru şekilde uygulamaktadırlar. Ayrıca, ilaçların gereksiz ya da yanlış kullanımının önüne geçilerek, hem kişisel sağlık düzeyleri korunmakta hem de toplum sağlığı üzerindeki olumsuz etkiler azaltılmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı, sağlık sistemlerinin verimliliğini artırırken, bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını daha etkin bir şekilde üstlenmelerini sağlamaktadır. Bu şekilde, hem bireylerin hem de toplumun sağlık standartları yükseltilmekte, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği artırılmaktadır.

Bu araştırmanın amacı, erişkin bireylerde sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktiflik düzeyi üzerindeki etkisinin araştırılmasını amaçlamaktadır.

2.2. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada, niceliksel araştırma tekniği tercih edilmiştir. Araştırma modeli aşağıda şematize edilmiştir.

Şekil 5.1. Araştırmanın Modeli



2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye’de yaşayan 18 yaş ve üzeri erişkin bireyler oluşturmaktadır. Bu doğrultuda çalışma evrenini oluşturan 18 yaş ve üzeri kişi sayısı 2021 yılı kayıtlarına göre 61 milyon 941 bin 992 kişidir (TÜİK 2022). Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) ile Gürbüz ve Şahin (2018) tarafından oluşturulan tablodan yararlanılmıştır. Bu bağlamda örneklemin %95 güven aralığında (0.05) 384 kişiden oluşması yeterli görülmektedir. Bu araştırmada kullanılan ölçek soruları, Google Forms üzerinden oluşturulmuş ve çevrimiçi anket yöntemiyle Türkiye genelinde 502 kişiye ulaştırılmıştır. Anket; WhatsApp, Facebook ve Instagram gibi sosyal medya araçları aracılığıyla yayılmıştır. Anketi doldurabilmek için katılımcılardan mail adresleri ile ankete giriş yapmaları istenmiştir. Bu çalışmada örneklemin, evren hakkında bilgi verebilmesi ve çalışma konusunun ilişki yönüne odaklanılmasından dolayı nicel araştırma yönteminin uygulanması uygun görülmüştür.

2.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada verilerin toplanması için çevrimiçi anket yönetimi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket formunun ilk kısmında katılımcılara sosyodemografik (yaş, mesleki durum, gelir durumu vb.) özelliklerini öğrenebilmek amacıyla çeşitli sorular sorulmuştur. Devamında kronik hastalıklarının olup olmadığını, varsa bunların hangi hastalıklar olduğu ve sağlık okuryazarlık sorusu sorulmuş ardından ölçek sorularına geçilmiştir. Çalışma toplamda üç ölçekten

oluşmaktadır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği T-SOY32, Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı Ölçeği ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği şeklindedir.

2.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırma kapsamında kullanılan bilgi formunda katılımcılara sosyo-demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, yaşanan yer, gelir durumu sorulmuştur.

2.4.2. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanan, Okuyay ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılan (TSOY-32) Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 kullanılmıştır.

Ölçek 32 maddeden oluşup, cevaplandırması “Çok kolay”, “Kolay”, “Zor”, “Çok zor” ve “Fikrim yok” şeklindedir. Sağlık okuryazarlık ölçeği 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar;

1. **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu,
2. **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu,
3. **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu,
4. **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu,
5. **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu,
6. **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu,
7. **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu,
8. **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu.
9. Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu
10. Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu

TSOY-32, orijinal ölçeğe kıyasla, üç yerine iki ana boyut kullanarak yapılandırılmış ve bir 2X4 matris şeklinde düzenlenmiştir. Bu yapıda, matris 'Tedavi

ve hizmet' ile 'Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi' adlı iki boyut ve 'Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma', 'sağlıkla ilgili bilgiyi anlama', 'sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme', 'Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama' adlı dört süreci içermekte olup, toplamda sekiz farklı bileşene sahiptir.

Bu ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirliği, iç tutarlık yöntemi olan Cronbach Alfa kullanılarak değerlendirilmiştir (Okyay ve ark. 2016). Elde edilen genel iç tutarlık katsayısı 0.927 olarak belirlenmiştir, bu durum kabul edilen minimum güvenilirlik değeri olan 0.80'i aşan bir sonuçtur. Ölçekte çok sayıda madde bulunmasına rağmen bu, güvenilir bir sonuç olarak kabul edilmektedir. Ölçek maddelerinin toplam skorla olan korelasyon değerleri ise 0.347 ile 0.634 arasında değişmekte, hiçbiri 0.30 değerinin altına düşmemektedir.

2.4.3. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı Ölçeği

Aktaş ve Selvi (2019) tarafından geliştirilerek Türkçe Literatüre kazandırılan Erişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçek “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle katılıyorum” ve “Bilemiyorum/ Değerlendiremiyorum” şeklinde beşli Likert tipi bir ölçektir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar;

1. **Faktör1**= Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı (6,8,9,11,16,17,20,22. maddeleri içerir.)
2. **Faktör2**= Doğru İlaç Farkındalığı (3,5,7,10. maddeleri içerir.)
3. **Faktör3**= Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı (15,18,19. maddeleri içerir.)

Bu ölçekteki minimum puan 15, maksimum puan ise 75 olarak saptanmıştır. Katılımcılar tarafından alınan ortalama puan 58 ± 8.75 olup; alınan en az puan 36 iken, en fazla puan 75 olarak kaydedilmiştir. Yapılan hesaplamalar sonucunda, ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için kullanılan Cronbach Alfa katsayısı 0.83 değerinde tespit edilmiştir. Saçılım diyagramına ve faktör analizi sonuçlarına bakıldığında, ölçeğin üç bileşen içeren tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca, alt bileşenlerle ilgili Cronbach Alfa katsayısı değerleri elde edilmiş olup, bu değerler birinci alt bileşen için 0.82, ikinci alt bileşen için 0.73 ve üçüncü alt bileşen için 0.71 olarak belirlenmiştir. Akılcı ilaç kullanımı farkındalığını

ölçmek için kullanılan ölçeğin, güvenilir ve geçerli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.4.4. Hasta Aktivite Ölçeği

Hibbard ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilen, Koşar ve Büyükkaya Besen tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçek “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle katılıyorum” ve “Bilemiyorum/ Değerlen diremiyorum” şeklinde beşli Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin alt boyutları bulunmamaktadır.

Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracı'nın (PAM) Türkçe sürümünün iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.81'dir ve Madde-toplam puan korelasyonları 0.38 ile 0.66 arasında değişmektedir. Rasch analizi ile elde edilen sonuçlara göre, güvenilirlik katsayısı 0.83 ile 0.87 arasındadır.

Netice itibarıyla, Türkiye'de kronik hastalığı bulunan bireylerin hasta aktivite düzeylerini ölçmede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olarak Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracı'nın (PAM) etkinliği belirlenmiştir.

2.5. Verilerin Toplanması

Verileri elde etmek için ilk olarak Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulundan 04.12.2022 tarihinde izin alınmıştır. Çalışma izni alındıktan sonra çeşitli sosyal medya platformlarından (instagram, facebook, whatsapp) Türkiye geneli 18 yaş ve üstü bireylere çevrimiçi ulaşıp online anket yöntemi ile ve yüz yüze anket yöntemiyle veriler toplanmıştır.

55 yaş ve üstü çevrimiçi anket doldurmakta zorlanan 18 adet katılımcıya sorular sesli bir şekilde okunup verdikleri cevaplar işaretlenmiştir.

2.6. Verilerin Analizi

Çalışmada veri analizi, SPSS-27 yazılımı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. İki farklı gruptaki değişkenler arasındaki ortalama farklarını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılırken, üç ya da daha fazla gruptaki değişkenler için Tek Yönlü ANOVA Analizi tercih edilmiştir. Ölçekler arası ilişkinin yönünü ve şiddetini ölçmek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Tüm analizler $\alpha=0,05$ düzeyinde yürütülmüştür.

2.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni alınmıştır (04.12.22). İzin alındıktan sonra araştırma çalışmalarına başlanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin yazarlarına mail yoluyla ulaşıp, ölçeklerini kullanabilmek için rızaları alınmıştır. Anket çalışmasına başlamadan önce katılımcılara anketin ilk kısmında bilgi verilip, rızaları alınmıştır.

2.8. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

- Hipotez 1: Sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı farkındalığına etkisi vardır.
- Hipotez 2: Sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı farkındalığına etkisi yoktur.
- Hipotez 3: Sağlık okuryazarlığının hasta aktiflik düzeyi üzerinde etkisi vardır.
- Hipotez 4: Sağlık okuryazarlığının hasta aktiflik düzeyi üzerinde etkisi yoktur.
- Hipotez 5: Sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktiflik düzeyi arasında bir ilişki vardır.
- Hipotez 6: Sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktiflik düzeyi arasında bir ilişki yoktur.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, 18 yaş ve üzeri bireylerle sınırlı olan araştırma evrenine dayanarak yapılmıştır. Araştırma, katılımcıların ölçeklerle birlikte doldurdukları anket formundaki yanıtlarla da sınırlıdır. Covid-19 pandemisinin yarattığı olağanüstü koşullar nedeniyle veri toplama süreci çevrimiçi yöntemlerle gerçekleştirilmiş olup, bu da araştırmanın diğer bir sınırlılığını oluşturmaktadır. Ayrıca, araştırma sadece veri toplama aşamasında elde edilen bilgiler ve bu bilgilerin analizinde kullanılan

istatistiksel metodlarla kısıtlıdır. Araştırma konusu ile ilgili literatür taraması ise sadece Türkçe ve İngilizce dillerinde yapılabilmektedir.

3. BULGULAR

3.1. Katılımcılara Ait Demografik ve Betimleyici İstatistikler

Bu bölümde katılımcıların sosyodemografik bilgileri verilmiştir.

Tablo 3. 1. Katılımcılara ait demografik veriler.

Değişken	Grup	n	Yüzde (%)
Yaş	18-24	115	%22,9
	25-34	162	%32,3
	35-44	96	%19,1
	45-54	82	%16,3
	55 ve üzeri	47	%9,4
Cinsiyet	Kadın	260	%51,8
	Erkek	242	%48,2
Medeni Durum	Bekar	201	%40,0
	Evli	301	%60,0
Öğrenim Durumu	Okur-yazar	7	%1,4
	İlköğretim	42	%8,4
	Lise	94	%18,7
	Ön lisans	101	%20,1
	Lisans	217	%43,2
	Lisansüstü	41	%8,2
Meslek	Çalışmıyor	31	%6,2
	Ev hanımı	55	%11,0
	Öğrenci	74	%14,7
	Kamu	184	%36,7
	Özel sektör	158	%31,5
Yaşanılan Yer	Köy	36	%7,2
	İlçe	144	%7,7
	İl merkezi	322	%64,1
Gelir Durumu	5500-10000TL	279	%55,6
	10001-15000TL	148	%29,5
	15001-20000TL	41	%8,2
	20001TL ve üzeri	34	%6,8

Araştırmaya katılan bireylere ait demografik veriler Tablo 3.1.'de yer almaktadır. Buna göre katılımcıların yaş aralığına bakıldığında çalışmaya en çok %32,3 (162) ile 25 ve 34 yaş arası bireyler katılmıştır. Katılımı; %22,9 (115) ile 18 ve 24 yaş arası bireyler, %19,1 (96) ile de 35 ve 44 yaş arası bireyler takip etmiştir.

Katılımcıların %51,8 (260)'i kadınlardan oluşurken, %48,2 (242)'si erkeklerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun medeni durumu %60,0(301) ile evlidir. Katılımcıların öğrenim durumuna bakıldığında %43,2 (217)'si Lisans mezunu olup, okur-yazar durumunda olan %1,4 (7)'tür. Bu doğrultuda %36,7 (184)'sı kamuda çalışırken, %6,2(31)'si çalışmıyor durumdadır. Katılımcıların yaşadıkları

yerlere bakıldığında büyük çoğunluğun %64,1 (322) ile il merkezlerinde yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların %55,6 (279)'sının gelir durumu 5500 ile 10000 TL arasındadır.

Tablo 3.2. Katılımcılara ait betimleyici istatistikler.

İlaç Kullanmayı Gerektiren Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu	Evet	126	%25,1
	Hayır	376	%74,9
İlaç Kullanırken Kaçınılması Gereken Besinlere Dikkat Etme Durumu	Evet	390	%77,7
	Hayır	112	%22,3
Kullanılan Bir İlaça Bağlı Yan Etki Geliştiğinde Yapılan Durum	Doktoruma haber veririm.	263	%52,4
	Eczacıya başvururum.	22	%4,4
	İlacı bırakırım.	172	%34,3
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	%8,2
	Yan etkiyi önemsemeden ilaç kullanmaya devam ederim.	4	%0,8
TOPLAM		502	100

Bireylere ait betimleyici istatistikler Tablo 3.2'de yer almaktadır. Buna göre çalışmaya katılan bireylerin %74,9 (376)'u ilaç kullanmayı gerektiren herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip değilken, %25,1 (126)'i kronik rahatsızlıklara sahiptir. Katılımcıların %77,7 (390)'si ilaç kullanırken kaçınılması gereken besinlere dikkat etmektedir. Kullanılan ilaca bağlı bir yan etki geliştiğinde %52,4 (263)'ü doktoruna

haber verirken, %0,8(4)'i yan etkiyi önemsemeden ilaç kullanmaya devam etmektedir.

3.2. Normallik Varsayımı Analizi ve Güvenilirlik Analizi

Tablo 3.3. Normallik analizi ve güvenilirlik analizleri sonuçları.

Ölçek	n	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık	Cronbac's Alpha
Hasta Aktivlik Düzeyi	502	2,82	,690	,000	-,665	,721	,877
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu	502	2,87	,815	,000	-1,017	1,574	,798
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu	502	2,89	,690	,000	-,875	1,782	,741
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu	502	2,46	,829	,000	-,552	,422	,691
Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu	502	2,93	,710	,000	-,636	,701	,708
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	502	2,80	,641	,000	-,644	1,401	,913
Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu	502	2,77	,858	,000	-1,155	1,866	,806
Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu	502	2,86	,691	,000	-,797	1,810	,803
Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu	502	2,55	,847	,000	-,890	1,370	,744
Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu	502	2,46	,804	,000	-,565	,956	,739
Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu	502	2,69	,665	,000	-,733	1,943	,927
Sağlık Okuryazarlığı	502	2,73	,640	,000	-,749	1,916	,955
Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	502	3,57	,630	,002	,048	-,493	,587
Doğru İlaç Farkındalığı	502	3,63	,699	,000	-,480	,558	,531
Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	502	4,14	,821	,000	-1,199	1,671	,585
Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı	502	3,67	,543	,000	,165	-,423	,730

* p <0,05

Dağılımın normalliğini değerlendirirken literatürde belirtilen kesme noktalarına göre; normal bir dağılım için çarpıklık ve basıklık katsayıları sırasıyla -1 ile 1 arasında olmalıdır. Çarpıklık katsayısı bu aralıkta ise, basıklık -2 ile 2 aralığında; basıklık katsayısı -1 ile 1 arasında ise, çarpıklık -2 ile 2 arasında değer alabilmektedir (George ve Mallery 2001, Leach ve ark. 2005). Ölçekler yeterince güvenilirdir. Cronbach Alpha değerinin 0,60 ile 0,80 aralığında oluşu orta seviye güvenilirliği, 0,80 ile 1,00 arasında oluşu ise yüksek güvenilirliği temsil eder. (Kayış 2009). Çalışmamız tabloda görüldüğü üzere normal dağılım göstermektedir. Bu sebeple normal dağılım testleri uygulanmıştır.

3.3. Cinsiyet Değişkeni T-Test Tablosu

Tablo 3.4. Cinsiyet değişkeni için Bağımsız Örneklem T-Test Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p
Hasta Aktivlik Düzeyi	Kadın	260	2,82	,710	-,111	500	,911
	Erkek	242	2,83	,669			
THSİBU	Kadın	260	2,95	,830	2,222	500	,027*
	Erkek	242	2,78	,792			
THSİBA	Kadın	260	2,93	,717	1,313	500	,190
	Erkek	242	2,85	,657			
THSİBD	Kadın	260	2,47	,802	,199	500	,842
	Erkek	242	2,45	,858			
THSİBK/U	Kadın	260	2,97	,705	1,052	500	,293
	Erkek	242	2,90	,715			
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	Kadın	260	2,83	,670	,864	500	,388
	Erkek	242	2,78	,609			
HKSİBU	Kadın	260	2,83	,852	1,528	500	,127
	Erkek	242	2,71	,861			
HKSİBA	Kadın	260	2,89	,697	1,124	500	,262
	Erkek	242	2,82	,684			
HKSİBD	Kadın	260	2,54	,853	-,349	500	,728
	Erkek	242	2,56	,842			
HKSİBK/U	Kadın	260	2,46	,803	-,017	500	,987
	Erkek	242	2,46	,806			
Hastalıklarda n Korunma Alt Boyutu	Kadın	260	2,69	,700	,010	500	,992
	Erkek	242	2,69	,627			
Sağlık Okuryazarlığı	Kadın	260	2,75	,670	,455	500	,649
	Erkek	242	2,72	,607			
Doğru Bilgilendirilme	Kadın	260	3,55	,597	-,406	500	,685
	Erkek	242	3,58	,663			

Farkındalığı							
Doğru İlaç Farkındalığı	Kadın	260	3,64	,663	,381	500	,704
	Erkek	242	3,61	,737			
Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	Kadın	260	4,25	,748	3,132	500	,002*
	Erkek	242	4,02	,879			
Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık	Kadın	260	3,69	,515	,616	500	,538
	Erkek	242	3,66	,572			

*p<0,05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu.

Sağlık bilgilerine erişim konusunda cinsiyet bazlı farklılıklar önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmamızda, kadınların bu alandaki puanlarının erkeklerin puanından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir ($p=0,027 < 0,05$). Ayrıca, 'Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı' değerlendirme ölçütünde de benzer bir eğilim tespit edilmiştir. Bu ölçütte de kadınların ortalama puanları, erkeklerinkinden belirgin şekilde yüksektir ($p=0,002 < 0,05$).

3.4. Medeni Durum Değişkeni T-Test Tablosu

Tablo 3.5. Medeni durum değişkeni için Bağımsız Örneklem T-Test Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p
Hasta Aktivlik Düzeyi	Bekar	201	2,80	,764	-,534	500	,594
	Evli	301	2,84	,637			
THSİBU	Bekar	201	2,77	,981	-1,972	500	,049*
	Evli	301	2,93	,676			
THSİBA	Bekar	201	2,83	,784	-1,390	500	,165
	Evli	301	2,92	,617			
THSİBD	Bekar	201	2,40	,908	-1,272	500	,204
	Evli	301	2,50	,770			
THSİBK/U	Bekar	201	2,90	,793	-,705	500	,481
	Evli	301	2,95	,650			
Tedavi ve	Bekar	201	2,77	,715	-1,042	500	,298

Hizmet Alt Boyutu	Evli	301	2,83	,587			
HKSİBU	Bekar	201	2,69	,979	-1,688	500	,092
	Evli	301	2,83	,763			
HKSİBA	Bekar	201	2,81	,781	-1,191	500	,234
	Evli	301	2,89	,623			
HKSİBD	Bekar	201	2,49	,960	-1,368	500	,172
	Evli	301	2,59	,761			
HKSİBK/U	Bekar	201	2,41	,910	-1,132	500	,258
	Evli	301	2,50	,724			
Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu	Bekar	201	2,65	,736	-,870	500	,385
	Evli	301	2,71	,614			
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Bekar	201	2,70	,719	-1,012	500	,312
	Evli	301	2,76	,581			
Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	Bekar	201	3,46	,595	-3,140	500	,002*
	Evli	301	3,64	,642			
Doğru İlaç Farkındalığı	Bekar	201	3,55	,660	-1,897	500	,058
	Evli	301	3,68	,722			
Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	Bekar	201	4,09	,807	-1,102	500	,271
	Evli	301	4,17	,829			
Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık	Bekar	201	3,58	,486	-3,070	500	,002*
	Evli	301	3,73	,571			

*p<0,05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu.

Bu çalışmada, medeni durumun sağlıkla ilgili bilgi erişimi ve sağlık faktörleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle, evli bireylerin, bekarlara kıyasla sağlıkla ilgili bilgiye erişimde daha yüksek puanlar aldığı belirlenmiştir (p=0,049 <0,05). Bunun yanı sıra, ' Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ' değerlendirme ölçütünde de evli bireylerin ortalama puanları bekarlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır (p=0,002 <0,05). Ayrıca, akılcı ilaç kullanımı farkındalığı açısından da evliler, bekarlara göre daha yüksek puanlar elde etmiştir (p=0,002 <0,05).

3.5. İlaç Kullanmayı Gerektiren Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu Değişkeni T-Test Tablosu

Tablo 3.6. İlaç kullanmayı gerektiren kronik hastalığa sahip olma durumu değişkeni için Bağımsız Örneklem T-Test Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p
Hasta Aktivlik Düzeyi	Evet	126	2,93	,613	2,062	500	,040*
	Hayır	376	2,79	,711			
THSİBU	Evet	126	2,88	,728	,150	500	,881
	Hayır	376	2,86	,843			
THSİBA	Evet	126	2,93	,647	,744	500	,457
	Hayır	376	2,87	,704			
THSİBD	Evet	126	2,52	,768	,950	500	,343
	Hayır	376	2,44	,848			
THSİBK/U	Evet	126	2,95	,670	,230	500	,818
	Hayır	376	2,93	,724			
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	Evet	126	2,82	,626	,312	500	,755
	Hayır	376	2,80	,647			
HKSİBU	Evet	126	2,86	,779	1,252	500	,211
	Hayır	376	2,75	,882			
HKSİBA	Evet	126	2,91	,623	,940	500	,348
	Hayır	376	2,84	,713			
HKSİBD	Evet	126	2,58	,748	,505	500	,613
	Hayır	376	2,54	,879			
HKSİBK/U	Evet	126	2,45	,735	-,237	500	,812
	Hayır	376	2,47	,826			
Hastalıklarda n Korunma Alt Boyutu	Evet	126	2,72	,599	,734	500	,463
	Hayır	376	2,67	,687			
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Evet	126	2,75	,634	,325	500	,745
	Hayır	376	2,73	,642			
Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	Evet	126	3,65	,667	1,691	500	,091
	Hayır	376	3,54	,615			
Doğru İlaç Farkındalığı	Evet	126	3,73	,709	1,844	500	,066
	Hayır	376	3,59	,694			
Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	Evet	126	4,26	,750	1,989	500	,047*
	Hayır	376	4,09	,840			
Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık	Evet	126	3,77	,581	2,254	500	,025*
	Hayır	376	3,64	,527			

*p<0,05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet

Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu çalışmada, kronik hastalıkların ve ilaç kullanımının hastaların sağlıklı ilgili davranışları üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. İlaç kullanımı gerektiren kronik hastalığı olan kişilerin, Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeğinde, bu tür bir hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar aldığını görülmektedir ($p=0,040 < 0,05$). Ayrıca, ' Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ' sağlık faktörü açısından da, kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı bir puan farkı gözlemlenmektedir ($p=0,047 < 0,05$). Kronik hastalığı olan bireyler, Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeğinde de daha yüksek puanlar elde etmiştir ($p=0,025 < 0,05$).

3.6. İlaç Kullanırken Kaçınılması Gereken Besinlere Dikkat Etme Durumu Değişkeni T-Test Tablosu

Tablo 3.7. İlaç kullanırken kaçınılması gereken besinlere dikkat etme durumu Değişkeni T-Testi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p
Hasta Aktivite Düzeyi	Evet	390	2,87	,687	3,124	500	,002*
	Hayır	112	2,64	,676			
THSİBU	Evet	390	2,87	,822	,317	500	,751
	Hayır	112	2,85	,794			
THSİBA	Evet	390	2,89	,696	,150	500	,881
	Hayır	112	2,88	,669			
THSİBD	Evet	390	2,45	,823	-,627	500	,531
	Hayır	112	2,50	,850			
THSİBK/U	Evet	390	2,93	,711	-,098	500	,922
	Hayır	112	2,94	,710			
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	Evet	390	2,80	,645	-,123	500	,902
	Hayır	112	2,81	,630			
HKSİBU	Evet	390	2,78	,857	,310	500	,757
	Hayır	112	2,75	,862			
HKSİBA	Evet	390	2,88	,682	1,593	500	,112
	Hayır	112	2,77	,718			
HKSİBD	Evet	390	2,55	,856	-,138	500	,891
	Hayır	112	2,56	,819			

HKSİBK/U	Evet	390	2,49	,789	1,489	500	,137
	Hayır	112	2,36	,848			
Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu	Evet	390	2,71	,657	1,181	500	,238
	Hayır	112	2,62	,693			
Sağlık Okuryazarlığı ¹	Evet	390	2,74	,641	,351	500	,726
	Hayır	112	2,71	,638			
Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	Evet	390	3,58	,617	,883	500	,378
	Hayır	112	3,52	,674			
Doğru İlaç Farkındalığı	Evet	390	3,67	,674	2,774	500	,006*
	Hayır	112	3,47	,762			
Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	Evet	390	4,21	,771	3,496	500	,001*
	Hayır	112	3,88	,931			
Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık	Evet	390	3,71	,524	2,547	500	,011*
	Hayır	112	3,56	,592			

*p<0,05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu çalışmada, ilaç tedavisi sırasında beslenme alışkanlıklarına dikkat etmenin hastaların sağlık yönetimindeki aktifliğine ve ilaç kullanımındaki bilinç düzeylerine etkisini incelemiştir. Bulgularımıza göre, ilaç kullanımı esnasında diyet kısıtlamalarına dikkat eden bireyler, bu konuda dikkatli olmayanlara kıyasla Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği'nde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar elde etmiştir (p=0,002 <0,05). Aynı şekilde, bu grup ' Doğru İlaç Farkındalığı ' ve ' Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ' ölçeklerinde de anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır (sırasıyla p=0,006 ve p=0,001 <0,05). İlave olarak, Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği'nde de, beslenme alışkanlıklarına dikkat edenler, etmeyenlere göre daha yüksek puanlar elde etmiştir (p=0,011 <0,05).

3.7. Yaş Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Tablo 3.8. Yaş değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p
Hasta Aktivlik Düzeyi	18-24	115	2,69	,799	1,583	,178
	25-34	162	2,88	,689		
	35-44	96	2,85	,626		
	45-54	82	2,82	,647		
	55 ve üzeri	47	2,89	,577		
	Toplam	502	2,82	,690		
THSİBU	18-24	115	2,78	1,005	1,854	,117
	25-34	162	2,90	,879		
	35-44	96	3,03	,658		
	45-54	82	2,84	,579		
	55 ve üzeri	47	2,70	,657		
	Toplam	502	2,87	,815		
THSİBA	18-24	115	2,81	,843	,880	,476
	25-34	162	2,91	,735		
	35-44	96	2,97	,542		
	45-54	82	2,88	,552		
	55 ve üzeri	47	2,82	,587		
	Toplam	502	2,89	,690		
THSİBD	18-24	115	2,41	,940	,419	,795
	25-34	162	2,51	,882		
	35-44	96	2,49	,767		
	45-54	82	2,40	,648		
	55 ve üzeri	47	2,47	,763		
	Toplam	502	2,46	,829		
THSİBK/U	18-24	115	2,90	,827	,986	,415
	25-34	162	2,97	,772		
	35-44	96	3,02	,596		
	45-54	82	2,86	,587		
	55 ve üzeri	47	2,84	,572		
	Toplam	502	2,93	,710		
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	18-24	115	2,78	,742	,923	,450
	25-34	162	2,83	,699		
	35-44	96	2,88	,540		
	45-54	82	2,74	,497		
	55 ve üzeri	47	2,71	,578		
	Toplam	502	2,80	,641		

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**:

Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi

Bu çalışmada, yaş değişkenine göre Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği Puanı ile Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Bilgiyi Anlama, Bilgiyi Değerlendirme, Bilgiyi Kullanma/Uygulama ve Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Tablo 3.9. Yaş değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p
HKSİBU	18-24	115	2,68	1,039	,486	,746
	25-34	162	2,81	,929		
	35-44	96	2,81	,714		
	45-54	82	2,80	,694		
	55 ve üzeri	47	2,77	,621		
	Toplam	502	2,77	,858		
HKSİBA	18-24	115	2,83	,805	1,008	,403
	25-34	162	2,92	,721		
	35-44	96	2,91	,557		
	45-54	82	2,76	,653		
	55 ve üzeri	47	2,80	,589		
	Toplam	502	2,86	,691		
HKSİBD	18-24	115	2,50	,951	,253	,908
	25-34	162	2,58	,938		
	35-44	96	2,50	,828		
	45-54	82	2,58	,634		
	55 ve üzeri	47	2,59	,595		
	Toplam	502	2,55	,847		
HKSİBK/U	18-24	115	2,42	,962	,664	,617
	25-34	162	2,54	,842		
	35-44	96	2,47	,742		
	45-54	82	2,38	,648		
	55 ve üzeri	47	2,45	,590		
	Toplam	502	2,46	,804		
Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu	18-24	115	2,69	,704	,468	,759
	25-34	162	2,74	,738		
	35-44	96	2,66	,651		
	45-54	82	2,63	,539		
	55 ve üzeri	47	2,65	,534		
	Toplam	502	2,69	,665		
Sağlık Okuryazarlığı	18-24	115	2,71	,729	,436	,783
	25-34	162	2,77	,721		
	35-44	96	2,77	,546		

45-54	82	2,69	,486
55 ve üzeri	47	2,68	,525
Toplam	502	2,73	,640

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığı konusunda yaş grupları arasında anlamlı farkların olmadığını göstermektedir. Yani, farklı yaş grupları, sağlıkla ilgili bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konularında benzer düzeyde yetkinliklere sahiptir.

Tablo 3.10. Yaş değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc
Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	18-24	115	3,39	,614	5,361	,000*	1 ve 3<4
	25-34	162	3,60	,592			1<5
	35-44	96	3,49	,661			schefee
	45-54	82	3,76	,610			
	55 ve üzeri	47	3,70	,646			
	Toplam	502	3,57	,630			
Doğru İlaç Farkındalığı	18-24	115	3,48	,713	2,892	,022*	1<5
	25-34	162	3,64	,644			
	35-44	96	3,59	,663			
	45-54	82	3,74	,811			
	55 ve üzeri	47	3,82	,653			
	Toplam	502	3,63	,699			
Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı	18-24	115	3,93	,875	2,562	,038*	1<2
	25-34	162	4,23	,740			
	35-44	96	4,15	,833			
	45-54	82	4,15	,932			
	55 ve üzeri	47	4,24	,642			
	Toplam	502	4,14	,821			
Akılcı İlaç	18-24	115	3,50	,496	5,760	,000*	1<2,4 ve 5

Kullanımı	25-34	162	3,71	,507
Farkındalık	35-44	96	3,62	,549
	45-54	82	3,82	,604
	55 ve üzeri	47	3,82	,543
	Toplam	502	3,67	,543

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Özellikle, 45-54 yaş aralığındaki bireylerin ' Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ' puanları, 18-24 ve 35-44 yaş aralıklarındakilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,000 <0,05). Ortaya çıkan anlamlılığın hangi gruplar arasında ortaya çıktığını belirlemek için Post Hoc: Games-Howell uygulanmıştır. Benzer şekilde, 55 yaş ve üzeri bireylerin bu ölçekteki puanları da 18-24 yaş grubundakilerden anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. 'Doğru İlaç Farkındalığı' ölçeğinde de, 55 yaş ve üzeri bireylerin puanları 18-24 yaş grubuna göre daha yüksek çıkmıştır (p=0,022 <0,05). ' Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ' puanları açısından ise, 25-34 yaş aralığındaki bireyler 18-24 yaş grubundan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek puanlar elde etmiştir (p=0,038 <0,05). Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği'nde de, 25-34, 45-54 ve 55 yaş ve üzeri bireylerin puanları, 18-24 yaş arası grubun puanlarına göre anlamlı derecede farklı ve yüksek bulunmuştur (p=0,000 <0,05).

3.8. Eğitim Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Tablo 3.11. Eğitim durumu değişkeni için One-Way ANOVA Analiz sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	K.O.	F	p	Post-Hoc
Hasta Aktivite Düzeyi	İlköğretim	42	2,53	,856	1,496	3,239	,012*	1<4 ve 5
	Lise	94	2,79	,700	,462			
	Ön lisans	101	2,79	,687				
	Lisans	217	2,90	,637				
	Lisansüstü	41	2,98	,629				
	Toplam	495	2,83	,686				
THSİBU	İlköğretim	42	2,67	1,017	1,675	2,640	,033*	1 ve 3<2

	Lise	94	3,01	,737	,635		
	Ön lisans	101	2,76	,824			
	Lisans	217	2,87	,775			
	Lisansüstü	41	3,10	,716			
	Toplam	495	2,88	,802			
THSİBA	İlköğretim	42	2,78	,842	,916	1,977	,097
	Lise	94	2,90	,597	,463		
	Ön lisans	101	2,77	,799			
	Lisans	217	2,93	,629			
	Lisansüstü	41	3,08	,624			
	Toplam	495	2,89	,683			
THSİBD	İlköğretim	42	2,18	,968	1,259	1,881	,112
	Lise	94	2,47	,819	,669		
	Ön lisans	101	2,50	,907			
	Lisans	217	2,46	,725			
	Lisansüstü	41	2,66	,887			
	Toplam	495	2,46	,821			
THSİBK/U	İlköğretim	42	2,90	,902	1,830	3,812	,005* 3 ve 4<5
	Lise	94	3,01	,602	,480		
	Ön lisans	101	2,88	,751			
	Lisans	217	2,87	,675			
	Lisansüstü	41	3,30	,581			
	Toplam	495	2,94	,701			
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	İlköğretim	42	2,68	,789	,910	2,267	,061
	Lise	94	2,85	,583	,402		
	Ön lisans	101	2,73	,738			
	Lisans	217	2,80	,571			
	Lisansüstü	41	3,04	,609			
	Toplam	495	2,80	,637			

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Lisans ve lisansüstü mezunlarının Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği'nde, ilköğretim mezunlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı gözlemlenmiştir ($p=0,012<0,05$). Hosberg's analizi grup gözlem sayısı birbirinden uzak değişkenlerde daha sağlıklı sonuç verdiği için ,Post Hoc: Hochberg's GT2 uygulanmıştır. Ayrıca, lise ve lisansüstü mezunlarının Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu'nda da ilköğretim ve ön lisans mezunlarına göre daha yüksek puanlar elde ettiği belirlenmiştir ($p=0,033 <0,05$).

İlginç bir şekilde, lisansüstü mezunları, Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Alt Boyutu'nda ön lisans ve lisans mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı ve daha yüksek puanlar almıştır ($p=0,005 < 0,05$).

Tablo 3.12. Eğitim durumu değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc
HKSİBU	İlköğretim	42	2,50	1,104	3,989	,003*	1,2 ve 4<5
	Lise	94	2,70	,832			
	Ön lisans	101	2,68	,883			
	Lisans	217	2,85	,765			
	Lisansüstü	41	3,13	,756			
	Toplam	495	2,78	,845			
HKSİBA	İlköğretim	42	2,72	,766	1,754	,137	
	Lise	94	2,80	,628			
	Ön lisans	101	2,82	,696			
	Lisans	217	2,89	,690			
	Lisansüstü	41	3,07	,629			
	Toplam	495	2,86	,684			
HKSİBD	İlköğretim	42	2,35	1,030	2,369	,052	
	Lise	94	2,51	,824			
	Ön lisans	101	2,47	,826			
	Lisans	217	2,60	,786			
	Lisansüstü	41	2,84	,796			
	Toplam	495	2,56	,829			
HKSİBK/U	İlköğretim	42	2,48	1,049	1,340	,254	
	Lise	94	2,48	,792			
	Ön lisans	101	2,39	,807			
	Lisans	217	2,44	,732			
	Lisansüstü	41	2,72	,793			
	Toplam	495	2,46	,796			
Hastalıklar dan Korunma Alt Boyutu	İlköğretim	42	2,65	,696	3,025	,018*	1 ve 3<5
	Lise	94	2,62	,684			
	Ön lisans	101	2,60	,705			
	Lisans	217	2,71	,622			
	Lisansüstü	41	2,99	,572			
	Toplam	495	2,69	,660			
Sağlık Okuryazarlı ğı	İlköğretim	42	2,60	,812	2,539	,039*	3<5
	Lise	94	2,73	,594			
	Ön lisans	101	2,65	,709			
	Lisans	217	2,76	,562			
	Lisansüstü	41	2,98	,649			

Toplam	495	2,73	,635
--------	-----	------	------

*p<0,05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu çalışmada, eğitim seviyesinin hastalıklardan korunma bilgisine erişim ve sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisinin önemi vurgulanmaktadır. Özellikle, lisansüstü mezunlarının Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu'nda ilköğretim, lise ve lisans mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p=0,003<0,05$). Aynı zamanda, Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu'nda da lisansüstü mezunlarının lise ve ön lisans mezunlarına göre daha yüksek puanlar elde ettiği belirlenmiştir ($p=0,018<0,05$).. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nde de lisansüstü mezunlarının ön lisans mezunlarına kıyasla anlamlı derecede daha yüksek puanlar elde ettiği görülmüştür ($p=0,039<0,05$).

Tablo 3.13. Eğitim durumu değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc
Doğru Bilgilendirme Farkındalığı ¹	İlköğretim	42	3,67	,649	1,429	,223	
	Lise	94	3,61	,619			
	Ön lisans	101	3,57	,653			
	Lisans	217	3,51	,608			
	Lisansüstü	41	3,71	,682			
	Toplam	495	3,57	,630			
Doğru İlaç Farkındalığı ¹	İlköğretim	42	3,67	,860	,739	,566	
	Lise	94	3,70	,631			
	Ön lisans	101	3,60	,767			
	Lisans	217	3,58	,690			
	Lisansüstü	41	3,73	,540			
	Toplam	495	3,63	,700			
Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ¹	İlköğretim	42	4,07	,914	3,270	,012*	3<5
	Lise	94	4,18	,744			
	Ön lisans	101	3,94	,877			
	Lisans	217	4,18	,813			
	Lisansüstü	41	4,44	,691			

	Toplam	495	4,14	,821		
Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık	İlköğretim	42	3,73	,619	1,555	,185
	Lise	94	3,72	,534		
	Ön lisans	101	3,64	,550		
	Lisans	217	3,63	,530		
	Lisansüstü	41	3,83	,528		
	Toplam	495	3,68	,544		

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ölçütünde, lisansüstü mezunlarının ortalama puanları, ön lisans mezunlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,012 <0,05).

3.9. Meslek Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Tablo 3.14. Meslek değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p
Hasta Aktivite Düzeyi	Çalışmıyor	31	2,75	,648	1,794	,129
	Ev hanımı	55	2,71	,677		
	Öğrenci	74	2,72	,822		
	Kamu	184	2,82	,642		
	Özel sektör	158	2,93	,683		
	Toplam	502	2,82	,690		
THSİBU	Çalışmıyor	31	3,00	,933	1,538	,190
	Ev hanımı	55	3,06	,841		
	Öğrenci	74	2,73	1,102		
	Kamu	184	2,85	,593		
	Özel sektör	158	2,85	,842		
	Toplam	502	2,87	,815		
THSİBA	Çalışmıyor	31	2,96	,692	,512	,727
	Ev hanımı	55	2,96	,721		
	Öğrenci	74	2,82	,881		
	Kamu	184	2,87	,592		
	Özel sektör	158	2,91	,686		
	Toplam	502	2,89	,690		

THSİBD	Çalışmıyor	31	2,35	,910	,745	,562
	Ev hanımı	55	2,55	,805		
	Öğrenci	74	2,34	,996		
	Kamu	184	2,48	,743		
	Özel sektör	158	2,49	,831		
	Toplam	502	2,46	,829		
THSİBK/U	Çalışmıyor	31	2,85	,828	1,729	,142
	Ev hanımı	55	3,11	,708		
	Öğrenci	74	2,85	,904		
	Kamu	184	2,88	,599		
	Özel sektör	158	2,99	,697		
	Toplam	502	2,93	,710		
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	Çalışmıyor	31	2,85	,626	,721	,578
	Ev hanımı	55	2,92	,673		
	Öğrenci	74	2,76	,800		
	Kamu	184	2,77	,532		
	Özel sektör	158	2,81	,667		
	Toplam	502	2,80	,641		

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Genel olarak, bu bulgular farklı meslek grupları arasında sağlıkla ilgili bilgiye erişim, anlama, değerlendirme, kullanma ve tedavi hizmetleriyle ilgili alt boyutlarda önemli farklılıkların olmadığını göstermektedir. Bu, meslek farklılıklarının bu alanlardaki yetenek ve erişim üzerinde önemli bir etkisi olmadığını işaret etmektedir.

Tablo 3.15. Meslek değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p
HKSİBU	Çalışmıyor	31	2,69	1,070	,651	,626
	Ev hanımı	55	2,91	,825		
	Öğrenci	74	2,71	1,113		
	Kamu	184	2,81	,730		
	Özel sektör	158	2,74	,827		
	Toplam	502	2,77	,858		
HKSİBA	Çalışmıyor	31	2,79	,717	,230	,921
	Ev hanımı	55	2,90	,666		
	Öğrenci	74	2,90	,803		

	Kamu	184	2,84	,644		
	Özel sektör	158	2,86	,699		
	Toplam	502	2,86	,691		
HKSİBD	Çalışmıyor	31	2,40	1,014	,973	,422
	Ev hanımı	55	2,54	,821		
	Öğrenci	74	2,42	1,069		
	Kamu	184	2,56	,762		
	Özel sektör	158	2,63	,797		
	Toplam	502	2,55	,847		
HKSİBK/U	Çalışmıyor	31	2,23	,844	2,148	,074
	Ev hanımı	55	2,62	,742		
	Öğrenci	74	2,33	1,052		
	Kamu	184	2,43	,685		
	Özel sektör	158	2,55	,800		
	Toplam	502	2,46	,804		
Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu	Çalışmıyor	31	2,59	,704	,519	,722
	Ev hanımı	55	2,78	,590		
	Öğrenci	74	2,73	,736		
	Kamu	184	2,67	,597		
	Özel sektör	158	2,68	,725		
	Toplam	502	2,69	,665		
Sağlık Okuryazarlığı	Çalışmıyor	31	2,72	,635	,385	,820
	Ev hanımı	55	2,82	,647		
	Öğrenci	74	2,71	,803		
	Kamu	184	2,71	,547		
	Özel sektör	158	2,74	,658		
	Toplam	502	2,73	,640		

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu sonuçlar, farklı meslek gruplarının hastalıklardan korunma ve sağlık okuryazarlığı konularında sağlıkla ilgili bilgilere erişim, anlama, değerlendirme, kullanma ve uygulama yeteneklerinde önemli farklılıkların olmadığını göstermektedir. Bu, meslek farklılıklarının bu alanlardaki bilgi ve beceri düzeyleri üzerinde önemli bir etkisi olmadığını işaret etmektedir.

Tablo 3.16. Meslek değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc
Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ¹	Çalışmıyor	31	3,77	,625	3,880	,004*	3<1 ve 2
	Ev hanımı	55	3,73	,642			
	Öğrenci	74	3,36	,619			
	Kamu	184	3,54	,605			
	Özel sektör	158	3,59	,636			
	Toplam	502	3,57	,630			
Doğru İlaç Farkındalığı ¹	Çalışmıyor	31	3,61	,831	1,158	,329	
	Ev hanımı	55	3,69	,813			
	Öğrenci	74	3,51	,694			
	Kamu	184	3,60	,677			
	Özel sektör	158	3,70	,654			
	Toplam	502	3,63	,699			
Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ¹	Çalışmıyor	31	4,05	,898	1,067	,372	
	Ev hanımı	55	4,26	,844			
	Öğrenci	74	3,99	,886			
	Kamu	184	4,14	,822			
	Özel sektör	158	4,17	,761			
	Toplam	502	4,14	,821			
Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık	Çalışmıyor	31	3,76	,620	3,083	,016*	3<2 ve 5
	Ev hanımı	55	3,80	,613			
	Öğrenci	74	3,50	,466			
	Kamu	184	3,65	,524			
	Özel sektör	158	3,71	,542			
	Toplam	502	3,67	,543			

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu çalışmada, meslek gruplarının belirli sağlık faktörleri üzerindeki etkisini inceleyerek ilgi çekici sonuçlar ortaya koymaktadır. Özellikle, ' Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ' puanları açısından, çalışmayan ve ev hanımı olan

bireylerin öğrenci olan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür ($p=0,004 < 0,05$). Bu, farklı meslek gruplarının sağlıkla ilgili farklı bilgi ve farkındalık düzeylerine sahip olabileceğini göstermektedir. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği'nde ise, ev hanımı ve özel sektörde çalışan bireylerin öğrencilere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek puanlar elde ettiği belirlenmiştir ($p=0,016 < 0,05$).

3.10. Yaşanılan Yer Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Tablo 3.17. Yaşanılan yer değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p
Hasta Aktivlik Düzeyi	Köy	36	2,62	,660	2,178	,114
	İlçe	144	2,79	,655		
	İl merkezi	322	2,86	,706		
	Toplam	502	2,82	,690		
THSİBU	Köy	36	2,57	,987	2,619	,074
	İlçe	144	2,90	,765		
	İl merkezi	322	2,89	,812		
	Toplam	502	2,87	,815		
THSİBA	Köy	36	2,72	,606	1,204	,301
	İlçe	144	2,90	,701		
	İl merkezi	322	2,90	,692		
	Toplam	502	2,89	,690		
THSİBD	Köy	36	2,28	,956	1,013	,364
	İlçe	144	2,45	,849		
	İl merkezi	322	2,48	,804		
	Toplam	502	2,46	,829		
THSİBK/U	Köy	36	2,87	,793	,155	,856
	İlçe	144	2,95	,714		
	İl merkezi	322	2,93	,701		
	Toplam	502	2,93	,710		
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	Köy	36	2,71	,587	,391	,676
	İlçe	144	2,80	,673		
	İl merkezi	322	2,81	,633		
	Toplam	502	2,80	,641		

* $p < 0.05$ **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**:

Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu sonuçlar, farklı yaşam yerlerindeki insanların hastalıklardan korunma ve sağlık okuryazarlığı konularında sağlıkla ilgili bilgilere erişim, anlama, değerlendirme, kullanma ve uygulama yeteneklerinde önemli farklılıkların olmadığını göstermektedir. Bu, yaşanan yerin bu alanlardaki bilgi ve beceri düzeyleri üzerinde önemli bir etkisi olmadığını işaret etmektedir.

Tablo 3.18. Yaşanılan yer değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc
HKSİBU	Köy	36	2,47	1,086	3,124	,045*	1<3
	İlçe	144	2,73	,900			
	İl merkezi	322	2,83	,803			
	Toplam	502	2,77	,858			
HKSİBA	Köy	36	2,71	,649	1,294	,275	
	İlçe	144	2,83	,734			
	İl merkezi	322	2,89	,675			
	Toplam	502	2,86	,691			
HKSİBD	Köy	36	2,26	1,039	2,648	,072	
	İlçe	144	2,52	,877			
	İl merkezi	322	2,59	,805			
	Toplam	502	2,55	,847			
HKSİBK/U	Köy	36	2,38	1,003	,232	,793	
	İlçe	144	2,48	,776			
	İl merkezi	322	2,46	,793			
	Toplam	502	2,46	,804			
Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu	Köy	36	2,60	,702	,931	,395	
	İlçe	144	2,64	,731			
	İl merkezi	322	2,72	,630			
	Toplam	502	2,69	,665			
Sağlık Okuryazarlığı	Köy	36	2,62	,665	,876	,417	
	İlçe	144	2,71	,686			
	İl merkezi	322	2,76	,616			
	Toplam	502	2,73	,640			

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu çalışmada, yaşam alanının hastalıklardan korunma bilgisine erişimde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Özellikle, il merkezinde yaşayan bireylerin Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu'nda, köyde yaşayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p=0,045 < 0,05$).

Tablo 3.19. Yaşanılan yer değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p
Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ¹	Köy	36	3,46	,641	1,838	,160
	İlçe	144	3,50	,580		
	İl merkezi	322	3,60	,648		
	Toplam	502	3,57	,630		
Doğru İlaç Farkındalığı ¹	Köy	36	3,66	,644	1,106	,332
	İlçe	144	3,55	,750		
	İl merkezi	322	3,66	,681		
	Toplam	502	3,63	,699		
Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ¹	Köy	36	4,01	,649	1,181	,308
	İlçe	144	4,08	,760		
	İl merkezi	322	4,18	,862		
	Toplam	502	4,14	,821		
Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık	Köy	36	3,60	,521	2,019	,134
	İlçe	144	3,61	,521		
	İl merkezi	322	3,71	,553		
	Toplam	502	3,67	,543		

* $p < 0,05$ **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**:

Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu sonuçlar farklı yaşam yerlerindeki insanların belirtilen faktörler (Doğru İlaç Farkındalığı, Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı, Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı) ve akılcı ilaç kullanımı farkındalığı açısından önemli farklılıklar göstermediğini işaret etmektedir.

3.11. Gelir Durumu Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Tablo 3.20. Gelir durumu değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p
Hasta Aktivlik Düzeyi	5500-10000TL	279	2,77	,745	1,176	,318
	10001-15000TL	148	2,88	,554		
	15001-20000TL	41	2,85	,655		
	20001 TL ve üzeri	34	2,95	,785		
	Toplam	502	2,82	,690		
THSİBU	5500-10000TL	279	2,87	,907	,114	,952
	10001-15000TL	148	2,84	,646		
	15001-20000TL	41	2,91	,585		
	20001 TL ve üzeri	34	2,90	,935		
	Toplam	502	2,87	,815		
THSİBA	5500-10000TL	279	2,85	,764	,749	,523
	10001-15000TL	148	2,90	,546		
	15001-20000TL	41	2,97	,573		
	20001 TL ve üzeri	34	3,00	,736		
	Toplam	502	2,89	,690		
THSİBD	5500-10000TL	279	2,47	,879	,094	,963
	10001-15000TL	148	2,43	,732		
	15001-20000TL	41	2,49	,651		
	20001 TL ve üzeri	34	2,48	1,006		
	Toplam	502	2,46	,829		
THSİBK/U	5500-10000TL	279	2,93	,754	,029	,994
	10001-15000TL	148	2,92	,610		
	15001-20000TL	41	2,94	,612		
	20001 TL ve üzeri	34	2,96	,870		
	Toplam	502	2,93	,710		
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	5500-10000TL	279	2,79	,716	,275	,844
	10001-15000TL	148	2,79	,500		
	15001-20000TL	41	2,83	,500		
	20001 TL ve üzeri	34	2,89	,704		
	Toplam	502	2,80	,641		

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu sonuçlar, farklı gelir gruplarındaki insanların hastalıklardan korunma ve sağlık okuryazarlığı konularında sağlıkla ilgili bilgilere erişim, anlama, değerlendirme, kullanma ve uygulama yeteneklerinde önemli farklılıkların olmadığını göstermektedir.

Tablo 3.21. Gelir durumu değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p
HKSİBU	5500-10000TL	279	2,71	,921	1,787	,149
	10001-15000TL	148	2,84	,746		
	15001-20000TL	41	3,00	,494		
	20001TL ve üzeri	34	2,76	1,062		
	Toplam	502	2,77	,858		
HKSİBA	5500-10000TL	279	2,82	,734	,709	,547
	10001-15000TL	148	2,90	,606		
	15001-20000TL	41	2,96	,644		
	20001TL ve üzeri	34	2,83	,739		
	Toplam	502	2,86	,691		
HKSİBD	5500-10000TL	279	2,50	,898	1,172	,320
	10001-15000TL	148	2,56	,774		
	15001-20000TL	41	2,74	,549		
	20001TL ve üzeri	34	2,65	,998		
	Toplam	502	2,55	,847		
HKSİBK/U	5500-10000TL	279	2,47	,859	,173	,914
	10001-15000TL	148	2,46	,651		
	15001-20000TL	41	2,46	,659		
	20001TL ve üzeri	34	2,37	1,082		
	Toplam	502	2,46	,804		
Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu	5500-10000TL	279	2,65	,725	,717	,542
	10001-15000TL	148	2,70	,575		
	15001-20000TL	41	2,79	,476		
	20001TL ve üzeri	34	2,77	,718		
	Toplam	502	2,69	,665		
Sağlık Okuryazarlığı	5500-10000TL	279	2,71	,712	,410	,746
	10001-15000TL	148	2,74	,496		
	15001-20000TL	41	2,81	,447		
	20001TL ve üzeri	34	2,79	,768		
	Toplam	502	2,73	,640		

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu sonuçlar, farklı gelir gruplarındaki insanların hastalıklardan korunma ve sağlık okuryazarlığı konularında sağlıkla ilgili bilgilere erişim, anlama, değerlendirme, kullanma ve uygulama yeteneklerinde önemli farklılıkların olmadığını göstermektedir.

Tablo 3.22. Gelir durumu değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p
Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ¹	5500-10000TL	279	3,53	,644	1,152	,328
	10001-15000TL	148	3,59	,588		
	15001-20000TL	41	3,62	,639		
	20001TL ve üzeri	34	3,71	,666		
	Toplam	502	3,57	,630		
Doğru İlaç Farkındalığı ¹	5500-10000TL	279	3,59	,729	,869	,457
	10001-15000TL	148	3,70	,634		
	15001-20000TL	41	3,64	,664		
	20001TL ve üzeri	34	3,64	,762		
	Toplam	502	3,63	,699		
Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ¹	5500-10000TL	279	4,10	,854	,496	,685
	10001-15000TL	148	4,19	,729		
	15001-20000TL	41	4,15	,760		
	20001TL ve üzeri	34	4,22	,994		
	Toplam	502	4,14	,821		
Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık	5500-10000TL	279	3,63	,547	1,238	,295
	10001-15000TL	148	3,72	,517		
	15001-20000TL	41	3,71	,567		
	20001TL ve üzeri	34	3,76	,584		
	Toplam	502	3,67	,543		

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu sonuçlar farklı gelir gruplarındaki insanların belirtilen faktörler ve akılcı ilaç kullanımı farkındalığı açısından önemli farklılıklar göstermediğini işaret etmektedir.

3.12. Kullanılan Bir İlaça Bağlı Yan Etki Geliştiğinde Yapılan Durum Değişkeni Tek Yönlü Anova Analizi

Tablo 3.23. Kullanılan bir ilaca bağlı yan etki geliştiğinde yapılan durum değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc
Hasta Aktivite Düzeyi	Doktoruma haber veririm.	263	2,93	,637	4,427	,004*	3<1
	Eczacıya başvururum.	22	2,56	,719			
	İlacı bırakırım.	172	2,74	,718			
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	2,73	,718			
	Toplam	498	2,83	,683			
THSİBU	Doktoruma haber veririm.	263	2,91	,788	1,170	,320	
	Eczacıya başvururum.	22	2,58	1,106			
	İlacı bırakırım.	172	2,86	,773			
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	2,91	,878			
	Toplam	498	2,88	,807			
THSİBA	Doktoruma haber veririm.	263	2,91	,699	,151	,929	
	Eczacıya başvururum.	22	2,88	,875			
	İlacı bırakırım.	172	2,87	,620			
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	2,86	,743			
	Toplam	498	2,89	,684			
THSİBD	Doktoruma haber veririm.	263	2,48	,838	,754	,520	
	Eczacıya başvururum.	22	2,33	,881			
	İlacı bırakırım.	172	2,50	,792			
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	2,32	,896			
	Toplam	498	2,47	,829			
THSİBK/U	Doktoruma haber veririm.	263	2,98	,689	1,030	,379	
	Eczacıya başvururum.	22	2,74	,960			
	İlacı bırakırım.	172	2,91	,637			

	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	2,89	,880		
	Toplam	498	2,94	,703		
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	Doktoruma haber veririm.	263	2,83	,634	,734	,532
	Eczacıya başvururum.	22	2,63	,861		
	İlacı bırakırım.	172	2,80	,599		
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	2,79	,664		
	Toplam	498	2,81	,636		

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu çalışmada, ilaç kullanımı sırasında yaşanan yan etkilerle ilgili alınan tedbirlerin hastaların aktiflik düzeyleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle, ilaç kullanımına bağlı yan etki yaşandığında doktorlarına haber veren bireylerin, ilacı kullanmayı bırakan bireylere kıyasla Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği'nde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı belirlenmiştir ($p=0,004 < 0,05$).

Tablo 3.24. Kullanılan bir ilaca bağlı yan etki geliştiğinde yapılan durum değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p
HKSİBU	Doktoruma haber veririm.	263	2,79	,865	,904	,439
	Eczacıya başvururum.	22	3,05	,730		
	İlacı bırakırım.	172	2,73	,802		
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	2,79	1,010		
	Toplam	498	2,78	,851		

HKSİBA	Doktoruma haber veririm.	263	2,91	,685	1,426	,234
	Eczacıya başvururum.	22	2,98	,695		
	İlacı bırakırım.	172	2,80	,660		
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	2,75	,839		
	Toplam	498	2,86	,691		
HKSİBD	Doktoruma haber veririm.	263	2,54	,831	,636	,592
	Eczacıya başvururum.	22	2,73	,922		
	İlacı bırakırım.	172	2,57	,810		
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	2,43	1,011		
	Toplam	498	2,55	,843		
HKSİBK/U	Doktoruma haber veririm.	263	2,47	,813	,231	,875
	Eczacıya başvururum.	22	2,55	,800		
	İlacı bırakırım.	172	2,48	,756		
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	2,38	,896		
	Toplam	498	2,47	,799		
Hastalıklarda n Korunma Alt Boyutu	Doktoruma haber veririm.	263	2,70	,674	,473	,702
	Eczacıya başvururum.	22	2,82	,707		
	İlacı bırakırım.	172	2,67	,621		
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	2,64	,797		
	Toplam	498	2,69	,667		
Sağlık Okuryazarlığı	Doktoruma haber veririm.	263	2,76	,636	,120	,948
	Eczacıya başvururum.	22	2,73	,762		
	İlacı bırakırım.	172	2,72	,595		
	Yardımcı sağlık	41	2,71	,707		

personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum. Toplam	498	2,74	,633
---	-----	------	------

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu sonuçlar, ilaç kullanımına bağlı yan etkilerle karşılaşan farklı grupların hastalıklardan korunma ve sağlık okuryazarlığı konularında sağlıkla ilgili bilgilere erişim, anlama, değerlendirme, kullanma ve uygulama yeteneklerinde önemli farklılıkların olmadığını göstermektedir. Bu, ilaç kullanımına bağlı yan etki durumlarının bu alanlardaki bilgi ve beceri düzeyleri üzerinde önemli bir etkisi olmadığını işaret etmektedir.

Tablo 3.25. Kullanılan bir ilaca bağlı yan etki geliştiğinde yapılan durum değişkeni için One-Way ANOVA Analizi sonuçları

Ölçek	Grup	n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc
Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	Doktoruma haber veririm.	263	3,72	,627	11,688	,000*	2, 3 ve 4<1
	Eczacıya başvururum.	22	3,31	,530			
	İlacı bırakırım.	172	3,40	,573			
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	3,44	,692			
	Toplam	498	3,57	,630			
Doğru İlaç Farkındalığı	Doktoruma haber veririm.	263	3,79	,636	12,045	,000*	2 ve 3<1
	Eczacıya başvururum.	22	3,27	,617			
	İlacı bırakırım.	172	3,43	,740			
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	3,64	,645			
	Toplam	498	3,63	,696			

Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı 1	Doktoruma haber veririm.	263	4,31	,723	8,978	,000*	2 ve 3<1
	Eczacıya başvururum.	22	3,80	,921			
	İlacı bırakırım.	172	3,94	,910			
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	4,09	,715			
	Toplam	498	4,14	,820			
Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık	Doktoruma haber veririm.	263	3,83	,532	18,101	,000*	2, 3 ve 4<1
	Eczacıya başvururum.	22	3,37	,390			
	İlacı bırakırım.	172	3,49	,492			
	Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum.	41	3,60	,576			
	Toplam	498	3,67	,543			

*p<0.05 **THSİBU**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu çalışmada, ilaçlara bağlı yan etkilerle karşılaşıldığında alınan farklı tedbirlerin sağlık faktörleri üzerindeki etkilerini incelemiştir. Bulgularımıza göre, yan etki yaşandığında doktoruna haber veren bireylerin ' Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ', ' Doğru İlaç Farkındalığı ' ve ' Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ' puanları, eczacıya başvuran, ilacı bırakan veya yardımcı sağlık personeline başvuran bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (tümü için p=0,000 <0,05). Ayrıca, Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği'nde de doktora haber verenlerin puanları, diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

3.13. Korelasyon Analizi

Tablo 3.26. Korelasyon Analizi sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Hasta Aktivlik Düzeyi	1															
THSİBU	,186**	1														
	,000															
THSİBA	,244**	,720**	1													
	,000	,000														
THSİBD	,192**	,691**	,652**	1												
	,000	,000	,000													
THSİBK/U	,145**	,713**	,699**	,600**	1											
	,001	,000	,000	,000												
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	,235**	,849**	,902**	,814**	,812**	1										
	,000	,000	,000	,000	,000											
HKSİBU	,218**	,695**	,692**	,652**	,645**	,720**	1									
	,000	,000	,000	,000	,000	,000										
HKSİBA	,191**	,596**	,642**	,498**	,573**	,657**	,720**	1								
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000									
HKSİBD	,251**	,615**	,643**	,671**	,597**	,679**	,772**	,628**	1							
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000								
HKSİBK/U	,210**	,553**	,553**	,613**	,632**	,625**	,680**	,511**	,693**	1						
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000							
Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu	,225**	,613**	,705**	,636**	,608**	,758**	,829**	,812**	,818**	,744**	1					
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000						
Sağlık Okuryazarlığı	,271**	,782**	,872**	,773**	,764**	,944**	,846**	,752**	,817**	,752**	,900**	1				
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000					
Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı	,152**	,193**	,196**	,138**	,247**	,209**	,202**	,187**	,177**	,159**	,184**	,212**	1			
	,001	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000				

p<0,01 *p<0,05. **THSİBU: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **THSİBA**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **THSİBD**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi

Değerlendirme Alt Boyutu, **THSİBK/U**: Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu, **HKSİBU**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu, **HKSİBA**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, **HKSİBD**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, **HKSİBK/U**: Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu

Bu çalışmada, Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği ile sağlıkla ilgili çeşitli alt boyutlar ve faktörler arasındaki ilişkileri incelemiştir. Bulgularımıza göre, bu ölçek ile Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Bilgiyi Anlama, Bilgiyi Değerlendirme ve Bilgiyi Kullanma/Uygulama Alt Boyutları arasında pozitif yönde ve çoğunlukla zayıf seviyede anlamlı ilişkiler bulunmaktadır (r değerleri sırasıyla 0,186, 0,244, 0,192 ve 0,145; p değerleri hepsi için 0,000 veya 0,001). Ayrıca, Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği ile Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Bilgiyi Anlama, Bilgiyi Değerlendirme ve Bilgiyi Kullanma/Uygulama Alt Boyutları arasında da benzer pozitif yönlü ve genellikle zayıf ilişkiler tespit edilmiştir (r değerleri sırasıyla 0,218, 0,191, 0,251 ve 0,210; p değerleri hepsi için 0,000). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile de pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki gözlemlenmiştir ($r=0,271$, $p=0,000$). Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı, Doğru İlaç Farkındalığı ve Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ile Hasta Aktivlik Düzeyi arasında da pozitif yönlü ve zayıf ila çok zayıf seviyelerde anlamlı ilişkiler bulunmuştur (r değerleri sırasıyla 0,152, 0,319 ve 0,344; p değerleri hepsi için 0,000 veya 0,001). Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği ile de pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0,301$, $p=0,000$).

Bu çalışmada, Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu ile diğer sağlıkla ilgili alt boyutlar arasında güçlü ve anlamlı pozitif ilişkiler bulmuştur. Bu alt boyut, Bilgiyi Anlama ($r=0,720$), Bilgiyi Değerlendirme ($r=0,691$) ve Bilgiyi Kullanma/Uygulama ($r=0,713$) alt boyutları ile güçlü ilişkiler göstermiş, Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu ile ise çok güçlü bir ilişki ($r=0,849$) saptanmıştır. Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu ile de güçlü ($r=0,695$) ve Bilgiyi Anlama Alt Boyutu ile orta seviyede ($r=0,596$) anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Hastalıklardan Korunma Bilgiyi Değerlendirme ($r=0,615$) ve Bilgiyi Kullanma/Uygulama ($r=0,553$) Alt Boyutları ile de orta ve güçlü ilişkiler bulunmuştur. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile de güçlü bir ilişki ($r=0,782$) gözlemlenmiştir. Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Anlama Alt Boyutu ile Bilgiyi

Değerlendirme ($r=0,652$), Bilgiyi Kullanma/Uygulama ($r=0,699$) ve Hastalıklardan Korunma Alt Boyutları ($r=0,705$) arasında da güçlü ilişkiler bulunmuştur. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile bu alt boyut arasında çok güçlü bir ilişki ($r=0,872$) saptanmıştır. Tedavi ve Hizmet Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu ise, Bilgiyi Kullanma/Uygulama ($r=0,600$) ve Hastalıklardan Korunma Alt Boyutları ($r=0,636$) ile güçlü ilişkiler göstermiştir. Tüm bu bulgular, Tedavi ve Hizmet ile Hastalıklardan Korunma alanlarındaki bilgi alt boyutlarının birbirleriyle güçlü ve anlamlı ilişkiler içinde olduğunu, ve bu alt boyutların sağlık okuryazarlığıyla da güçlü bir bağlantıya sahip olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada, Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği arasında güçlü bir pozitif ilişki ($r=0,773$) bulmuştur. Aynı alt boyut, Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ve Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ile çok zayıf (r sırasıyla 0,138 ve 0,134), Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği ile de çok zayıf bir ilişki ($r=0,130$) göstermiştir. Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Alt Boyutu, Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu ile çok güçlü ($r=0,812$), Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu ile güçlü ($r=0,645$) ve Bilgiyi Anlama ve Değerlendirme Alt Boyutları ile orta seviyede anlamlı ilişkiler (r sırasıyla 0,573 ve 0,597) sergilemiştir. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile de güçlü bir ilişki ($r=0,764$) bulunmuştur. Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ile zayıf ($r=0,247$), Doğru İlaç Farkındalığı ile çok zayıf ($r=0,157$) ve Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ile zayıf ilişkiler ($r=0,245$) gözlemlenmiştir. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği ile zayıf bir ilişki ($r=0,273$) tespit edilmiştir. Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu ise, Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Anlama, Değerlendirme ve Kullanma/Uygulama Alt Boyutları ile güçlü ilişkiler (r değerleri sırasıyla 0,720, 0,657, 0,679 ve 0,625) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile çok güçlü bir ilişki ($r=0,944$) sergilemiştir. Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ile zayıf ($r=0,209$), Doğru İlaç Farkındalığı ile çok zayıf ($r=0,107$) ve Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ile zayıf ilişkiler ($r=0,244$) bulunmuştur. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği ile de zayıf bir ilişki ($r=0,230$) gözlemlenmiştir. Bu bulgular, Tedavi ve Hizmet ile Hastalıklardan Korunma alanlarında sağlık bilgilerinin değerlendirilmesi ve kullanılması ile sağlık okuryazarlığı arasında önemli ve anlamlı ilişkiler olduğunu

göstermektedir.

Bu çalışmada, Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu ile diğer alt boyutlar ve sağlıkla ilgili değişkenler arasında önemli ilişkiler bulunmuştur. Bu alt boyut, Bilgiyi Anlama ($r=0,720$), Bilgiyi Değerlendirme ($r=0,772$) ve Bilgiyi Kullanma/Uygulama ($r=0,680$) alt boyutları ile güçlü pozitif ilişkiler göstermiş, Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu ile çok güçlü bir ilişki ($r=0,829$) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile de çok güçlü bir ilişki ($r=0,846$) saptanmıştır. Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ile zayıf ($r=0,202$), Doğru İlaç Farkındalığı ile çok zayıf ($r=0,149$) ve Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ile zayıf ilişkiler ($r=0,251$) bulunmuştur. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği ile zayıf bir ilişki ($r=0,243$) tespit edilmiştir. Hastalıklardan Korunma Bilgiyi Anlama Alt Boyutu, Bilgiyi Değerlendirme ($r=0,628$) ve Bilgiyi Kullanma/Uygulama ($r=0,511$) ile güçlü ve orta seviyede ilişkiler göstermiş, Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu ile çok güçlü bir ilişki ($r=0,812$) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile güçlü bir ilişki ($r=0,752$) bulunmuştur. Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ile çok zayıf ($r=0,187$), Doğru İlaç Farkındalığı ile çok zayıf ($r=0,147$) ve Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ile zayıf ilişkiler ($r=0,208$) gözlemlenmiştir. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği ile zayıf bir ilişki ($r=0,224$) saptanmıştır. Hastalıklardan Korunma Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu, Bilgiyi Kullanma/Uygulama ($r=0,693$) ile güçlü bir ilişki göstermiş ve Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu ile çok güçlü bir ilişki ($r=0,818$) sergilemiştir. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile de çok güçlü bir ilişki ($r=0,817$) bulunmuştur. Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ile çok zayıf ($r=0,177$), Doğru İlaç Farkındalığı ile çok zayıf ($r=0,104$) ve Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ile zayıf ilişkiler ($r=0,156$) tespit edilmiştir. Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği ile çok zayıf bir ilişki ($r=0,188$) gözlemlenmiştir. Bu bulgular, hastalıklardan korunma ile ilgili bilgi alt boyutlarının birbirleriyle ve sağlık okuryazarlığı ile güçlü ve anlamlı ilişkiler içinde olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı, Doğru İlaç Farkındalığı ve Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı arasındaki ilişkileri incelemiştir. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ile zayıf ($r=0,212$), Doğru İlaç Farkındalığı ile çok zayıf ($r=0,122$) ve

Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ile zayıf bir ilişki ($r=0,235$) göstermiştir. Aynı ölçek, Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği ile de zayıf bir ilişki ($r=0,235$) sergilemiştir. Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ve Doğru İlaç Farkındalığı arasında orta seviyede anlamlı bir ilişki ($r=0,477$) bulunurken, Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ve Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı arasında zayıf bir ilişki ($r=0,264$) tespit edilmiştir. Özellikle dikkat çekici olan, Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ile Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği arasındaki çok güçlü ilişki ($r=0,875$) olmuştur. Doğru İlaç Farkındalığı ve Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı arasında da orta seviyede anlamlı bir ilişki ($r=0,467$) gözlemlenmiştir. Doğru İlaç Farkındalığı ile Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği arasındaki çok güçlü ilişki ($r=0,803$) ve Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı ile Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği arasındaki orta seviyede ilişki ($r=0,582$) da önemli bulgulardır. Bu sonuçlar, sağlık okuryazarlığının ve belirli sağlık faktörlerinin hastaların sağlıkla ilgili farkındalık ve bilgi düzeyleriyle önemli ilişkiler içinde olduğunu göstermektedir. Özellikle Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı ile Doğru Bilgilendirilme Farkındalığı ve Doğru İlaç Farkındalığı arasındaki güçlü ilişkiler, sağlık okuryazarlığının ve ilaç kullanımı bilincinin hasta sağlığı ve tedavi süreçleri üzerindeki etkisinin altını çizmektedir.

3.14. Regresyon Analizi

Tablo 3.27. Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Yordanan	Yordayan	Std. Olm.	Std.	t	p	F	R
		B	S.H.	B		(p)	AdjR ²
Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık	(Sabit)	2,988	,118		25,366	,000	0,310
	Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu	,064	,067	,096	,952	,341	(0,000) (0,078)
	Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu	,076	,100	,097	,758	,449	
	Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu	-,071	,066	-,109	-1,078	,281	
	Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu	,172	,073	,225	2,366	,018*	
	Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	-,103	,216	-,122	-,478	,633	

Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu	,078	,061	,124	1,294	,196
Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu	,037	,067	,048	,558	,577
Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu	-,006	,057	-,010	-,108	,914
Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu	-,024	,053	-,036	-,456	,648
Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu	-,002	,127	-,003	-,019	,985

Tablo 3.27’de Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği Puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bağımsız değişkenler, Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeğinin %7,8’ini açıklamaktadır.

- Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık (Sabit): Modeldeki sabit katsayısı 2.988 ve p-değeri 0.000 olarak belirtilmiştir. Bu, modelin anlamlı olduğunu ve sabit terimin de istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. R^2 değeri 0.310, bağımsız değişkenlerin %31’lik bir varyansı açıkladığını göstermektedir.

- Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu: Bu bağımsız değişkenin B katsayısı .064, fakat p-değeri .952 olarak hesaplanmıştır, bu durum değişkenin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir.

- Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu: Bu değişken için de B katsayısı .076 ve p-değeri .758 olarak hesaplanmıştır. Değişkenin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir.

- Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu: B katsayısı -.071 ve p-değeri 1.078 olarak hesaplanmıştır ve yine anlamlı bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir.

- Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu: Bu değişkenin B katsayısı .172 ve p-değeri .018 ile bu değişkenin bağımlı

değişken üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu ve en önemli etkiye sahip değişken olduğu görülmektedir.

Diğer değişkenler için B katsayıları ve p-değerleri incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadıkları görülmektedir. Yalnızca "Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu" değişkeninin anlamlı bir etkisi olduğu ve bu modelde önemli bir değişken olduğu sonucuna varılmaktadır.

Tablo 3.28. Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Yordanan	Yordayan	Std. Olm.		Std.	t	p	F	R
		B	S.H.	B				
Hasta Aktivite Düzeyi	(Sabit)	2,164	,149		14,492	,000	5,518 (0,000)	0,318 (0,083)
	Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu	-,162	,085	-,191	-1,898	,058		
	Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu	-,086	,127	-,086	-,676	,499		
	Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu	-,189	,084	-,227	-2,260	,024*		
	Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama Alt Boyutu	-,322	,092	-,331	-3,491	,001*		
	Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	,798	,274	,741	2,910	,004*		
	Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu	,096	,077	,120	1,256	,210		
	Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu	,143	,085	,143	1,679	,094		
	Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu	,233	,073	,286	3,201	,001*		
	Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/	,177	,068	,206	2,616	,009*		

Uygulama Alt Boyutu					
Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu	-,433	,161	-,417	-2,687	,007*

Tablo 3.28’de Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği Puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bağımsız değişkenler, Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeğinin %8,3’ünü açıklamaktadır.

- Hasta Aktivliği (Sabit): Modeldeki sabit katsayısı 2.164 ve p-değeri 0.000’dır, bu durum modelin anlamlı olduğunu göstermektedir. $AdjR^2$ değeri 0.318’dir, yani bağımsız değişkenlerin %31.8’lik bir varyansı açıkladığı sonucuna varılmaktadır.
- Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu: Bu değişkenin B katsayısı -.162 ve p-değeri .191’dir, yani bu değişkenin bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.
- Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu: B katsayısı -.086, p-değeri .499 ile bu değişken anlamlı değildir.
- Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu: B katsayısı -.189 ve p-değeri .024 ile bu değişkenin anlamlı olduğu görülmektedir. Yani, bu değişkenin bağımlı değişken üzerinde negatif bir etkisi vardır ve bu etki istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Alt Boyutu: B katsayısı -.322 ve p-değeri .001 ile bu değişken anlamlıdır ve negatif bir etkiye sahiptir.
- Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu: B katsayısı .798 ve p-değeri .004 ile bu değişkenin pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir.
- Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu: B katsayısı .096, p-değeri .210 ile bu değişken anlamlı değildir.
- Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Alt Boyutu: B

katsayısı .143, p-değeri .094 ile bu değişken de sınırda anlamsızdır.

- Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu: B katsayısı .233, p-değeri .001 ile bu değişken anlamlıdır ve pozitif bir etkiye sahiptir.

- Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Alt Boyutu: B katsayısı .177 ve p-değeri .009 ile bu değişken de anlamlıdır ve pozitif bir etkiye sahiptir.

- Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu: B katsayısı -.433 ve p-değeri .007 ile bu değişkenin bağımlı değişken üzerinde negatif ve anlamlı bir etkisi vardır.

Bu analizde, çoğu bağımsız değişkenin "Hasta Aktivite Düzeyi" üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur, yalnızca "Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu", "Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Alt Boyutu", "Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu", "Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutu", ve "Hastalıklardan Korunma Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Alt Boyutu" anlamlıdır ve bağımlı değişkeni etkilemektedir. Anlamlı değişkenlerin etkileri hem pozitif hem de negatif olabilmektedir bu durum bu değişkenlerin hasta aktivite düzeyini farklı yönlerde etkilediğini göstermektedir.

Modelin genel anlamlılığını değerlendirdiğimizde, F istatistiği 5.518 ve p-değeri .000 ile modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Düzeltilmiş R^2 değeri 0.318 olduğundan, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki varyansın yaklaşık %31.8'ini açıkladığını belirtmektedir, bu durum modelin orta düzeyde bir açıklayıcılığa sahip olduğunu göstermektedir.

4. TARTIŞMA

Bu araştırma sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktiflik düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamıştır. Araştırma evrenini Türkiye’de yaşayan 18 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Online anket yönetimi kullanılarak 502 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcıların özelliklerine bakılacak olursa, %51,8’i kadınlardan, %60’ evlilerden, %32,3’ü 25-34 yaş gurubundan, %43,2’si Lisans eğitimi almış bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların %74,9’unun ilaç kullanmayı gerektiren kronik hastalığı yoktur. İlaç kullanırken kaçınılması gereken besinlere dikkat eden katılımcı sayısı 390’dur.

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı ölçeği ile akılcı ilaç kullanımı ölçeği arasında pozitif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,235$; $p=,000$). Bu doğrultuda, katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça akılcı ilaç kullanımı farkındalığı da artmaktadır. Bu sonuç doğrultusunda yapılan çalışmalara bakıldığında; Yalman ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptığı çalışma sonuçlarına göre, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin, akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireylerin doğru, etkili ve güvenli ilaç kullanımını olumlu yönde etkilemektedir. Bireyler bu beceriyle ilaçlarını daha bilinçli kullanıyor, sağlıklarına daha fazla katkı sağlamaktadır. Öte yandan, iletişimsel sağlık okuryazarlığı düzeyleri, ilaç kullanımındaki doğruluk, etkililik ve güvenlik algısını olumsuz etkilemektedir. Bu durum, bireylerin ilaç kullanımı konusundaki kararlarını ve uygulamalarını negatif yönde değiştirebilmektedir. İskender ve arkadaşlarının (2023) yapmış olduğu çalışma sonucunda, sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükselmesiyle birlikte bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusunda artan bir farkındalık geliştirdiklerini göstermiştir.

Pakistan’da Arshad ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada Uluslararası Akılcı İlaç Kullanımı Ağı (INRUD), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), PubMed, Science Direct’in yıllıkları ve bilgisayarlı veritabanları ilgili dergi makaleleri, araştırma raporları ve bültenler için taranmıştır. Toplamda 60 makale incelemeye alınmıştır. Çalışmada, büyük miktarda ilacın yanlış şekilde kullanıldığı tespit edilmiştir. Mevcut makale, Pakistan’daki toplum eczanelerinde sunulan

hizmetlerin kalitesinin tatmin edici olmadığını vurgulamaktadır. Çalışmanın yapıldığı hastanelerde akılcı ilaç kullanımı göstergelerinin durumu endişe vericidir. Durumu iyileştirmek için acil müdahaleye ihtiyaç vardır şeklinde sonuca ulaşmıştır. Kharaba ve arkadaşlarının 2023 yılında yaptıklarına çalışmaya göre; medikal alanda çalışanlarda ve daha yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerde yeterli sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Birleşik Arap Emirlikleri'ndeki nüfus arasında antibiyotiklerle kendi kendine ilaç alma oranı düşüktür. Bu bulgular, nüfuslar arasında sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin, sorumlu antibiyotik kullanımının teşvik edilmesinin ve doğru ilaç atık yönetimi uygulamalarının cesaretlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Öztaş ve Aslan (2019)'ın 'yaşlı bireylerin ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili ilaç kullanım davranışları ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisi' adlı çalışma bulgularına göre, yaşlı bireyler arasında ilaç kullanımında görülen uyumsuzluklar incelenmiştir. Araştırmanın bulgularına göre, katılımcıların %46.4'ü ilaçlarını almayı unuttuğunu belirtmiştir. Ayrıca, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalama olarak $11,75 \pm 3,97$ puan olarak ölçülmüş ve bu durum orta düzeyde bir sağlık okuryazarlığına işaret etmektedir. Lojistik regresyon analizi sonucunda, düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinin, ilaçları düzenli almayı unutma ve kendini iyi hissettiğinde doktora danışmadan ilaç kullanımını bırakma gibi davranışlar için bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, yaşlı bireylerde ilaç uyumsuzluğunu anlamak ve bu sorunları ele almak için sağlık okuryazarlığının önemini vurgulamaktadır. Kan ve Sevim (2023) 'in araştırma bulgularına göre, Türkiye'deki bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeyleri ölçülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin ortalama puanı, sorunlu veya sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer alan $32,90 \pm 7,35$ olarak belirlenmiştir. Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinin ortalama puanı ise, akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olduğunu gösteren $38,82 \pm 3,90$ olarak tespit edilmiştir. Önemli bir bulgu olarak, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve alt boyutları ile akılcı ilaç kullanım düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuç, sağlık okuryazarlığının yüksekliği ile akılcı ilaç kullanımı arasında doğrudan bir bağlantı olmayabileceğini göstermektedir.

Ekici ve arkadaşlarının (2019) Konya ilindeki özel bir hastanede yapmış oldukları çalışmada erişkinlerin akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin ölçülmesi

amacıyla 124 kişiye ulaşılmıştır. Çalışma sonucunda, araştırmaya katılan bireylerin akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyleri yüksek bulunmuştur. Çavdar ve Suvak (2023)' in yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların akılcı ilaç kullanım ölçeği (AİK) puanları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, bu iki ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasında doğrudan bir bağlantı olmadığını göstermektedir. Ayrıca, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi gibi sağlık okuryazarlığının alt boyutları ve AİK puanları arasındaki ilişkiye yönelik yapılan regresyon analizleri, bu değişkenlerin akılcı ilaç kullanımı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını ortaya koymuştur ($R=0.053$, $R^2= 0.003$, $p>0.05$). Bu bulgular, akılcı ilaç kullanımının yalnızca sağlık okuryazarlığı ile değil, belki de başka faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, sağlık okuryazarlığı ve ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi anlamak için daha geniş bir perspektif gerektirdiğini vurgulamaktadır. Güner ve ark. 2020 yılında yapmış oldukları çalışmada, diyabetli bireylerin sağlıkla ilgili çeşitli özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım düzeyleri karşılaştırılmıştır. Araştırma, diyabet tanı süresi, başka kronik hastalıkların varlığı, düzenli doktor kontrolü, diyabet eğitimi alma durumu, eğitim gereksinimi, ilaçları düzenli alma ve reçete dışı ilaç kullanma durumlarına göre önemli istatistiksel farklılıklar olduğunu göstermiştir ($p<0.001$). Bu bulgular, diyabet yönetimindeki bu farklı faktörlerin, hem sağlık okuryazarlığı hem de akılcı ilaç kullanımı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r=0.827$; $p<0.001$). Bu, yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip diyabetli bireylerin genellikle daha akılcı ilaç kullanımı gösterdiklerini gösteren güçlü bir bulgudur. Bu sonuçlar, diyabet yönetiminde eğitim ve bilinçlendirme programlarının önemini vurgulamakta ve sağlık okuryazarlığının diyabetli bireylerin ilaç kullanım davranışlarını iyileştirmede kritik bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada sağlık okuryazarlık ölçeği ile hasta aktiflik düzeyi arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=.271$; $p=.000$). Bu doğrultuda, katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça hasta aktiflik düzeyi de artmaktadır. Yapılan çalışmalara bakıldığında; Zaimoğlu ve Özer'in (2023) çalışmasında, kronik hastalığı olan bireylerin e-sağlık okuryazarlık ve hasta

aktivasyon düzeyleri incelenmiştir. E-Sağlık okuryazarlık ile Hasta Aktivasyonu Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,268$, $p<0,01$). Yani, e-sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça hasta aktifliğinin arttığı belirlenmiştir.

Fowles ve ekibinin 2009 yılında yaptığı araştırma, aktif yaşam tarzını benimseyen bireylerin sağlık risklerinin daha az olduğunu ve sağlıklarını koruma konusunda daha etkin davranışlar sergilediklerini ortaya koymuştur. Bu çalışma, aktif bireylerin, daha az aktif olanlara kıyasla, sağlık bilgilerini arama ve kullanma konusunda daha yüksek bir eğilime sahip olduğunu belirlemiştir. Bu bulgular, aktif yaşam tarzının, bireylerin genel sağlık bilincini ve sağlıkla ilgili proaktif davranışları artırabileceğini göstermektedir.

Yayla ve ekibi tarafından 2016 yılında gerçekleştirilen bir araştırma, kronik hastalığı olan bireylerin çoğunun tedavi süreçlerine düşük düzeyde katılım gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu katılım, 'Aktivasyon Seviyesi 1' olarak tanımlanmıştır. Bir başka çalışma olan Koşar ve arkadaşlarının 2018 tarihli çalışmasında, bu grup hastaların ortalama aktivasyon puanları 40.63 ± 8.44 olarak hesaplanmış ve yine düşük aktivasyon seviyelerine işaret edilmiştir. Schmaderer ve ekibinin 2016'da yaptığı benzer bir inceleme, kronik rahatsızlığı olan bireylerin aktivasyon seviyelerinin yine düşük olduğunu, yani 'Seviye 1' olduğunu doğrulamıştır. Heui ve ekibinin 2015 yılındaki çalışması ise, bu popülasyonun %55,2'sinin en düşük aktivasyon seviyesinde yer aldığını göstermiştir. Öte yandan, Magnezi ve arkadaşlarının 2014'teki araştırması, hasta aktivasyonunun ortalama $70,7 \pm 15,4$ puan olduğunu ve bu grubun 'Aktivasyon Seviyesi 3' olarak sınıflandırıldığını belirtmiştir. Tusa ve ekibinin 2020'deki çalışması da benzer bir sonuca ulaşmış ve hasta aktivasyon puanının ortalama $69,9 \pm 15,7$ olduğunu, bu grubun da yüksek bir aktivasyon seviyesinde, yani 'Seviye 3' olduğunu kaydetmiştir. Bu çeşitlilikteki sonuçlar, araştırmaların farklı coğrafi bölgelerde yürütülmesinin sonuçlar üzerinde etkili olabileceğini gösteriyor. Her bir çalışmanın ortaya koyduğu bulgular, kronik hastalıkları olan bireylerin tedaviye katılım seviyelerinin coğrafi ve belki de kültürel faktörlere bağlı olarak değişebileceğine işaret etmektedir.

2019 yılında Yüksel ve Deniz tarafından gerçekleştirilen bir araştırma,

insanların elektronik sağlık (e-sağlık) okuryazarlık düzeylerini incelemiştir ve bu düzeylerin ortalama bir seviyede olduğunu gözlemlenmiştir. Benzer bir bulgu, Shiferaw ve ekibi tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada da tekrarlanmıştır; bu çalışmada da e-sağlık okuryazarlık seviyelerinin orta derecede olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan, Kurtoğlu ve arkadaşlarının 2022 yılındaki çalışmaları, bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu, 2015 yılında Milne ve ekibi tarafından yapılan bir başka araştırmanın sonuçlarıyla zıt bir durum. Milne ve ekibinin çalışması, bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olduğunu belirlemiştir. Bu araştırmalar arasındaki bu çeşitlilik, incelenen popölasyonların farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Her bir çalışmanın elde ettiği sonuçlar, e-sağlık okuryazarlığının bireyler arasında ve farklı topluluklarda nasıl değişkenlik gösterebileceğine dair önemli ipuçları sunmaktadır.

Bu çalışmada, sağlık bilgilerine erişim ve akılcı ilaç kullanımı alt boyutu faktör 3 (ilaçları doğru kullanım şekli farkındalığı) konusunda cinsiyet bazlı farklılıklar önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmada kadınların ortalama puanları, erkeklerinkinden belirgin şekilde yüksek çıkmıştır. Kadınların erkeklere nazaran sağlık bilgilerinin daha yüksek olduğu ve akılcı ilaç kullanımına daha fazla önem verildiği düşünölmektedir. Literatürde bunu kanıtlar nitelikte çalışmalar bulunmuştur. Işık'ın (2021) yapmış olduğu çalışmada da katılımcıların akılcı ilaç kullanımı puanlamasında, kadınlar erkeklerden istatistiksel olarak daha yüksek puan almıştır. 2017 yılında Barutçu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, akılcı ilaç kullanımı ve cinsiyet arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Aynı şekilde, Mollahaliloğlu ve arkadaşları (2011), Yapıcı ve arkadaşları (2011), Özyiğit ve Arıkan'ın 2015'te yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar çıkmıştır. Genel olarak literatür incelendiğinde kadınların erkeklerden ilaçların yan etkisi, saklama koşulları, son kullanım tarihine dikkat etme vb. konular hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğu görölmektedir.

Bu alışma kapsamında kadın ve erkek katılımcılar arasında soy puanında farklılık bulunmazken, soy alt boyutunda farklılık görölmüştür. Kadınların Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu Puanı ortalaması erkeklerin ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyük çıkmıştır. Al (2021)'in

çalışmasında ise kadın ve erkek katılımcılar arasında sağlık okuryazarlık ölçeğinde farklılık bulunmaz iken bazı alt boyutlarında farklılıklar bulunmuştur. Kadınların puanları erkeklere oranla daha yüksek çıkmıştır. Araştırma grubumuzun %51,8'i kadınlardan oluşmaktadır. Özer'in (2018) araştırmasında katılımcıların %53,1, Deniz'in (2018) çalışmasında ise katılımcıların %66,5'i kadınlardan oluşmaktadır.

Çalışma grubumuzun %60'ını evli bireyler oluşturmaktadır. Aktürk (2018)'in araştırmasında evli bireyler %67,9 oranındadır. Katılım sağlayan bireylerin E- sağlık Okur Yazarlık ölçek puanı ile medeni durumları arasında anlamlılık çıkmıştır. Bizim çalışmamızda sağlık okuryazarlık ölçeğinde anlamlı bir şekilde farklılık görülmezken, evlilerin Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu Puanı ortalaması bekarın ortalamasından anlamlı şekilde farklı ve büyük çıkmıştır. Al (2021)'in çalışmasında katılımcıların % 83,7'si evlidir ve medeni durumun sağlık okuryazarlık üzerinde anlamlı bir ilişki çıkmamıştır.

Bu çalışmada, gelir durumu değişkeni, gruplar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Literatürde ise; Aygun ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı ile gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Benzer bir şekilde HLS-UE (European Health Literacy Scale) çalışmasında gelir durumu düşük katılımcıların sağlık okur yazarlıklarının da düşük olduğunu tespit etmiştir.

Bu çalışmada, akılcı ilaç kullanımı Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı alt boyutu puanlamasında, lisansüstü katılımcıların puanlarının önlisans mezunlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi olarak eğitim seviyesi yükseldikçe akılcı ilaç kullanımı farkındalığının artması söylenebilir. Literatürde bulgumuzu kanıtlar nitelikte benzer sonuçlar elde edilmiştir. 2021 yılında Işık'ın yapmış olduğu çalışmada akılcı ilaç kullanımının öğrenim düzeyi puanlamasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Doktora mezunu katılımcıların okur-yazar, lise, önlisans ve lisans katılımcılarından daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. Aynı şekilde Demirtaş ve arkadaşlarının, Barutçu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu çalışmada, lisans ve lisansüstü mezunlarının Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği'nde,

ilköğretim mezunlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı gözlemlenmiştir ($p=0,012<0,05$). Ayrıca, lise ve lisansüstü mezunlarının Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Alt Boyutu'nda da ilköğretim ve ön lisans mezunlarına göre daha yüksek puanlar elde ettiği belirlenmiştir ($p=0,033 <0,05$). İlginç bir şekilde, lisansüstü mezunları, Tedavi ve Hizmet Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Alt Boyutu'nda ön lisans ve lisans mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı ve daha yüksek puanlar almıştır. Atilla'nın 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada lisansüstü eğitimi olanların daha fazla ilaç prospektüsü okuduğunu analiz etmiştir. 2018 yılında Aktürk'ün yaptığı çalışmada eğitim durumunun E-Sağlık Okuryazarlık ölçek puanı ile arasında anlamlılık bulunmuşken Al (2021)'in çalışmasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır.

Bu çalışmada yaş değişkeni sağlık okuryazarlık ölçeği üzerinde anlamlı bir şekilde farklılık göstermemiştir. Oysa Aktürk(2018) yapmış olduğu çalışmada 18-27 yaşındaki kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve yaş aldıkça bu düzeyin düştüğünü gözlemlemiştir. Bir başka çalışmada yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlık seviyesinin azaldığını saptamıştır (Değerli 2018).

Bu çalışmada, kronik hastalıkların ve ilaç kullanımının hastaların sağlıkla ilgili davranışları üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. İlaç kullanımı gerektiren kronik hastalığı olan kişilerin, Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeğinde, bu tür bir hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar aldığını görülmektedir ($p=0,040 <0,05$). Ayrıca, 'Doğru Kullanım Şekli Farkındalığı' sağlık faktörü açısından da, kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı bir puan farkı gözlemlenmektedir ($p=0,047 <0,05$). İlginç bir şekilde, kronik hastalığı olan bireyler, Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeğinde de daha yüksek puanlar elde etmiştir($p=0,025 <0,05$), bu da kronik hastalık durumunun ilaç kullanımı ve sağlık bilincine önemli bir etki yaptığını göstermektedir. Michou ve ark. (2019) yapmış oldukları araştırmada sağlıklı bireylerin kronik hastalara nazaran daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını analiz etmiştir. Şenol (2018) menopoza dönemindeki kadınlarla yaptığı araştırmasında, sürekli ilaç kullanma gereği duymayan katılımcıların, sürekli ilaç kullananlara oranla daha yüksek sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olduklarını analiz etmiştir ($p=0,002$). Dinçer 2016 yılındaki çalışmasında tedavi gördükleri hastalıkları bulunan kişilerin sağlık okuryazarlık

düzeylerinin, hastalığı olmayan kişilere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuştur ($p<0,05$). Bu, hastalık deneyimi yaşayan bireylerin sağlıkla ilgili bilgi ve anlayışlarının geliştiğini, bu durumun da sağlık okuryazarlıklarını olumlu yönde etkilediğini gösteriyor olabilmektedir. Bu tür bulgular, hastalık deneyiminin kişilerin sağlıkla ilgili bilgi edinme ve anlama kapasitelerini artırabileceğinin altını çizmektedir. Bükecik'in 2019'da eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirdiği çalışma, sağlık çalışanları üzerinde Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği kullanarak yapılmıştır. Çalışmanın sonuçları, katılımcıların düzenli ilaç kullanımı ve ilk başvurdukları sağlık kuruluşu tercihleri ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığını göstermiştir.



5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, erişkin bireylerin sağlık okuryazarlıklarının akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktiflik düzeyi arasındaki etkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın sonuçları, sağlık okuryazarlığı seviyesinin yüksek olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusunda daha bilinçli olduğunu ve hasta olarak aktiflik düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının, hem ilaç kullanımı sürecinde bilinçli kararlar alabilmeyi hem de genel sağlık yönetiminde aktif bir rol üstlenmeyi teşvik ettiğini ortaya koymaktadır.

Sağlık okuryazarlığı, sadece hastalıkların anlaşılması ve yönetilmesi açısından değil, aynı zamanda ilaç kullanımının bilinçli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilmesi için de hayati öneme sahiptir. Toplumsal sağlık ve sağlık sisteminin etkin işleyişi açısından, tüm yaş gruplarındaki bireylere akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalık kazandırılması ve sağlık okuryazarlığının genel olarak yükseltilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığının artırılması, bireylerin sağlık hizmetlerini daha etkin kullanmalarını, sağlıkla ilgili kararlarını daha bilinçli bir şekilde alabilmelerini ve ilaçlarını daha uygun şekilde kullanmalarını sağlayabilir. Bu yaklaşım, toplumun genel sağlık durumunun iyileştirilmesine ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin azaltılmasına katkıda bulunabilir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığını ve akılcı ilaç kullanımını teşvik eden eğitim programları ve kampanyalar, sağlık politikalarında öncelikli alanlar olarak değerlendirilmelidir. Politika yapımcılar, uygulayıcılar ve akademisyenler için önemli bir yol gösterici olabilir. Sağlık okuryazarlığını ve akılcı ilaç kullanımını artırmak amacıyla yürütülecek stratejilerin ve politikaların daha kapsamlı ve çeşitlendirilmiş yaklaşımlar benimsemesi gerekebilir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımını artırmaya yönelik daha etkili stratejilerin geliştirilmesi için bu konularda daha fazla araştırma yapılması önem taşımaktadır. Bu çalışmalar, sağlık alanında karar vericilere ve uygulayıcılara daha bilinçli ve etkili müdahaleler için gerekli bilgi ve anlayışı sağlayabilir.

5.1. Sosyo-demografik Veri Sonuçları

- Araştırmaya katılım gösteren bireylerin sosyo-demografik bulgularının

sonuçlarına göre; katılımcıların %51,8'i kadınlardan, %32,3'ü 25-34 yaş aralığından, %60'ı evlilerden, %43,2'si lisans mezunundan ve %36,7'si kamu sektöründe çalışandan oluşmaktadır.

- Katılımcıların %74,9'u ilaç kullanmayı gerektiren herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip değildir. %77,7'si ilaç kullanırken kaçınılması gereken besinlere dikkat etmektedir. Kullanılan ilaca bağlı yan etki geliştiğinde %52,4'ü doktora başvururken, %0,8'si yan etkiyi önemsemeden ilaç kullanmaya devam etmektedir.

5.3. Öneriler

- Bu tez çalışmasının evreni ve örneklemini genel halk oluşturduğu için, sonuçlar bu demografiye özgü dinamikleri yansıtmaktadır. Bu nedenle, gelecekteki çalışmaların kapsamını genişleterek sağlık çalışanlarını da içerecek şekilde tasarlanması, mevcut bulguları daha kapsamlı bir perspektifle değerlendirmek açısından faydalı olacaktır.
- Bu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık, akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktifliğin de bireylerin daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Genel sağlık göstergelerinde olumlu gelişmeler elde etmek isteyen toplumlar, bireylerin sağlık hizmetine katılımını destekleyici politikalar üretmelidir. Eğitim seviyesini yükseltmek için öncelikle ailelere bu konunun önemi anlatılmalıdır.
- Bu çalışmadaki sonuçlara göre cinsiyet değişkeni baz alındığında kadınların kendi sağlıklarında daha aktif rol oynadıkları ve farkındalıklarının erkeklere nazaran daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bağlamda erkeklere yönelik sağlık okuryazarlık eğitimi başta olmak üzere çeşitli farkındalık eğitimleri verilmelidir.

6.KAYNAKLAR

- Abacıgil F, Harlak H, Okyay P, 2016. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Editör: Pınar Okyay ve Filiz Abacıgil, bölüm: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025 Baskı: 1, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti, 21-41.
- Abacıgil F, Turan S, Adana F, Okyay P, Demirci B, 2019. Rational use of drugs among inpatients and its association with health literacy. Meandros Medical and Dental Journal, 20, 1, 64-73.
- Ahn YH, Kim BJ, Ham OK, Kim SH, 2015. Factors associated with patient activation for self-management among community residents with osteoarthritis in Korea. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 26(3):303-311.
- Akalın E, 2012. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Neden Önemlidir? Erişim adresi:<http://saglikpolitikalari.org/images/dosyalar/saglik-okuryazarligi-neden-onemli%20erdal-akalin-2012.pdf>
- Akılci İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017 Yayınlanmamış Rapor. Erişim adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/wpcontent/uploads/2014/11/aik-ulusal-eylem-planı.pdf>
- Akılci İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022 Çalıştay. Erişim adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/?p=4391>
- Akkurt B, 2016. Araştırma görevlilerinin (branş) akılci ilaç kullanımı konusunda bilgi tutum ve davranışları. Tıpta uzmanlık tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Aktaş H, Selvi H, 2019. Erişkinlerde akılci ilaç kullanımı farkındalık ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12,3,439-447.
- Al Elif, 2021. Ankara il sağlık müdürlüğü çalışanlarının sağlık okuryazarlık ve beslenme okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi sağlık bilimleri üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Altındiş S, 2017. Akılci ilaç kullanımına sistematik bir bakış. Journal of BSHR, 1, 2, 34-8.
- Amin A, Khan M, Azam S, Haroon U, 2011. Review of prescriber approach towards rational drug practice in hospitalised patients. J Ayub Med Coll Abbottabad, 23(1).
- Andrus, MR, Roth, MT, 2002. health literacy: a review. pharmacotherapy: the journal of human pharmacology and drug therapy, 22, 282-02
- Arshad S, Mahmood, Rasool S, Hayat S, Zafar S, Zehra T. 2016. Rational Drug use in Pakistan: A systematic review. Journal of pharmacy practice and community medicine, 2(4).
- Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. 2014. TAF Prev Med Bull 13(4):327-34.
- Aslantekin F, 2011. Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlık Durumları ve Etkileyen Faktörler. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Aydın B, Gelal A, 2012. Akılci ilaç kullanımı: Yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 26 (1), 57-63.
- Aygun O, Cerim S. The relationship between general health behaviors and general health literacy levels in the Turkish population. Health Promotion International 2021;36(5):1275-89.
- Baker D, Parker RM, Williams MV. Health literacy and the risk of hospital admission. J Gen Intern Med. 1998 Dec; 13(12): 791-798.
- Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine

2006;21(8):878-83.

Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B, 2014. Sağlık okur-yazarlığı. TAF Prev Med Bull 13(4):321-6.

Barutçu A, Tengilimoğlu D, Naldöken Ü, 2017. Vatandaşların akılcı ilaç kullanımı, bilgi ve tutum değerlendirmesi: Ankara ili metropol ilçeler örneği. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 19 (3) , 1062- 1078.

Bilgel N, Sarkut P, Bilgel H, Ozcakir A, 2017. Functional health literacy in a group of Turkish patients: A pilot study. Cogent Social Sciences. 3(1):1287832.

Bjerrum L, Seggaard J, Hallas J, Kragstrup J, 1998. Polypharmacy: Correlations With Sex, Age and Drug Regimen. Eur J Clin Pharmacol. 54:197-202. DOI: 10.1007/s002280050445

Cantimur İE, Suvak Ö, 2021. SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Suam Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının en yeni yaşamsal belirteç (newest vital sign) puanları ile karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara.

Cengiz Z, 2018. Hemodiyaliz hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisi. Doktora tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü, Malatya.

Center for Disease Control and Prevention, Healty Literacy 2023. Healty Literacy Affects Everyone Erişim: 22.11.2023

Chinn D, 2011. Critical health literacy: A review and critical analysis. Social science &medicine. 73(1):60-7.

Çakmak V, 2019. Hipertansiyon tedavisi alan hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığına etkisinin değerlendirilmesi. Doktora tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü, Manisa.

Çavdar M, Suvak Ö, 2023. Pandemi Gölgesinde Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 655-666.

Çopurlar C, Kartal M, 2016. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 10(1).

Davis T.C, Crouch, M., Long, S.W., Jackson, R.H., Bates, P., George, R.B., et al. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. Family Medicine, 23(6), 433-5.

De Vries T, 1993. Presenting Clinical Pharmacology and Therapeutics: Evaluation of a Problem Based Approach for Choosing Drug Treatments. Br J Clin Pharmac. 35.

Deen D, Lu WH, Rothstein D, Santana L, Gold MR. Asking questions: The effect of a brief intervention in community health centers on patient activation. Patient Educ and Couns. 2011;84(2):257-60.

Deniz S, 2019. Akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışların belirlenmesine yönelik bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi ,22(3):619-32.

Dentzer S. The “triple aim” goes global, and not a minute too soon. Health Aff. 2013;32(4):638.

Dinçer A, Kurşun Ş, 2017. Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi, 20.

Dumenci L, Matsuyama RK, Kuhn L, Perera RA, Siminoff LA, 2013. On the validity of the Shortened Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) scale as a measure of health literacy. Communication Methods and Measures,7(2):134-43.

Durmuş İskender M, Özcan E, Gülsoy A, Uyan Y, 2023.Yetişkin Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı Öz Farkındalığı ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Araştırma. TJFMPC,

- Tanrıöver M, Yıldırım H, Demiray R, Çakır B, Akalın H, 2014. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, 37-52.
- Ekenler Ş, Koçoğlu D, 2016. Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3(3),44- 55.
- Ekici M. A., Kurutçu, Ş., Uysal, B. 2019. Erişkinlerdeki Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi. International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR), 6(32), 179-189.
- Esher A, Coutinho T, 2017. Rational use of medicines, pharmaceuticalization and uses of methylphenidate. Cien Saude Colet, 22(8):2571-80.
- Fertman C, Allensworth D, 2012. Sağlığı geliştirme programları: teoriden pratiğe. Sağlık Bakanlığı, Yayın no: 882. Ankara: Ereğ.
- Fowles JB, Terry P, Xi M, Hibbard J, Bloom CT, Harvey L. 2009 Measuring self-management of patients' and employees' health: further validation of the Patient Activation Measure (PAM) based on its relation to employee characteristics. Patient Educ Couns. 77(1):116–22. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.018>.
- George D, 2007. 10 SPSS for Windows Step-by-step: A Simple Guide and Reference: 15.0 Update. Allyn and Bacon.
- George, D. Mallery, M. (2001). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 10.0 update. (3. Baskı). Allyn and Bacon.
- Greene J, Hibbard J. H, 2012. Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationships between Patient Activation and Health-Related Outcomes. Journal of General Internal Medicine 27(5):520–26.
- Gülhan R, 2013. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. Okmeydanı Tıp Dergisi, 29(2), 100-101.
- Güner T, Ayşe K, Bayraktaroğlu T, 2020. Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi, 4(3), 214-223.
- Gürbüz S, Şahin F, 2018. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayınevi. 119-140.
- Hibbard J H, Eldon R M, Jean S, 2005. “Methods Development and Testing of a Short Form of the Patient Activation Measure.” 1918–30
- Hibbard JH, Gilbert H. Supporting people to manage their health. An introduction to patient activation. First Edit. The King's Fund; 2014.
- Hibbard JH, Greene J, Tusler M. Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation. Am J Manag Care. 2009;15(6):353–60.
- Hibbard JH. Patient-Centered Care. In: Mas N, Wisbaum W, editors. The Triple Aim for the Future of Health Care. Madrid: Funcas; 2015. p. 121–37.
- Hibbard, J.H., Mahoney, E. R, Stock, R. & Tusler, M, 2004, Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers, HSR: Health Services Research, 39(4), 1005- 1026
- Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a crosssectional study of primary care in Japan. (2013). BMC family practice. 14(1):40.

- Işık A, 2021. Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı Ve Akılcı İlaç Kullanımının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Okan Üniversitesi.
- İskit P, 2006. Akılcı ilaç kullanımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 15 (7), 4-5.
- İşler AO, Pamuk Gülseren, 2019. 8-65 yaş arası kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık tezi. İzmir.
- İEİS, 2021. Dünya ve Türkiye ilaç pazarı. Erişim tarihi 08.08.2023. Erişim adresi, <https://www.ieis.org.tr/tr/dunya-ve-turkiye-ilac-pazari>.
- Kan Z, Sevim E, 2023. Sağlık Okuryazarlığı ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 641-654.
- Kanat E, 2021. Sağlık okuryazarlığı neden önemlidir? Erişim:22.11.2023. <https://www.iienstitu.com/blog/saglik-okuryazarligi-nedir>
- Kayaalp P, 2002. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji 11. Basım. Ankara: Hacettepe Taş.
- Kayış A, 2009. "Güvenilirlik Analizi". Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 4. Baskı. Ed. Ş.Kalaycı. Ankara: Asil Yayın Dağıtım. 403-419.
- Kharaba Z, Al-Azzam S, Altawalbeh S, Alkwarit A, 2023 Health literacy, knowledge, household disposal and misuse practices of antibiotics among UAE residents: a nationwide cross-sectional study.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy: The Solid Facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013:4-25. 27. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. Turk J Public Health 2014;12
- Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English longitudinal study of ageing. Prev Med. 2014;61:100-5.
- Kole, P. 2005. Pharmabiz.com. Erişim:01.10.2023 <http://test.pharmabiz.com/special%20features/rational-drug-use-need-of-thehour-30000>
- Muflih SM, Al-azzam S, Karasneh RA, Conway BR, Aldeyab MA. Public health literacy, knowledge, and awareness regarding antibiotic use and antimicrobial resistance during the Covid19 Pandemic: A cross-sectional study. Antibiotics. 2021;10(9):1107-26
- Koşar C, Sezgi ÇP, Dedeli Çaydam Ö. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sıvı kısıtlamasına uyumları ve hasta aktifliği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Dergisi. 2018;2(3):126-137.
- Koşar C, Besen D. B, 2015. Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(1), 45-51.
- Kurtoğlu İ, Yılmaz N, Taş MA. Kronik hastaların e-Sağlık okuryazarlık düzeyleri üzerine bir araştırma. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2021; (35):126-136. <https://doi.org/10.20875/makusobed.1009918>
- Kutner M, Greenburg E, JinY, Paulsen C. The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy (NCES 2006-483). Washington, DC: U.S. Department of Education;2006:9-21.
- Leech, N. L., Barrett, K. C. & Morgan, G. A. (2005). SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation. (2. Baskı). Taylor & Francis.

- Lorig K, Ritter PL, Laurent DD, Plant K, Green M, Jernigan VB, et al. Online diabetes self-management program: a randomized study. *Diabetes Care*. 2010;33(6):1275-81.
- MacAskill W, Rolleston RM, Brumpton K, Pinidiyapathirage J. Assessing health literacy of Aboriginal and Torres Strait Islander peoples presenting. *Australian Journal General Practice to General Practice* 2022;51(8):621-5.
- Magnezi R, Glasser S. Psychometric properties of the hebrew translation of the patient activation measure (PAM-13). *PLoS One*. 2014;9(11):9-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113391>.
- Medline Plus. Why is health literacy important. Erişim. 22.11.2023 <https://medlineplus.gov/healthliteracy.html#:~:text=Health%20literacy%20is%20important%20because,do%20is%20to%20make>
- Milne RA, Puts MTE, Papadakos J, Le LW, Milne VC, Hope AJ, et al. Predictors of high eHealth literacy in primary lung cancer survivors. *Journal of Cancer Education*. 2015;30(4):685-92. DOI 10.1007/s13187-014-0744-5.
- Mostafa A, Abdelzaher A, Rashed S, Alkhawaga SI, Afifi SK, Abdelalim S, et al. Is health literacy associated with antibiotic use, knowledge and awareness of antimicrobial resistance among non-medical university students in Egypt? A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2021;11(3):1-15.
- Mukoro F. Summary of the evidence on performance of the patient activation measure (PAM). In: National Health Service; 2012.
- Muflih SM, Al-azzam S, Karasneh RA, Conway BR, Aldeyab MA. Public health literacy, knowledge, and awareness regarding antibiotic use and antimicrobial resistance during the Covid19 Pandemic: A cross-sectional study. *Antibiotics*. 2021;10(9):1107-26
- OECD, 2021. Erişim tarihi 06.08.2023. Erişim adresi, <https://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-desante.htm>.
- Oktay ř, 2006. Akılcı ila kullanımı genel ilkeleri. *Türk Geriatri Dergisi* 9, 15- 18.
- Okyay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik alışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016:21-60.
- Orhaner E, Sağlın E, 2018. Akılcı ilaç kullanımında aile hekiminin rolü: Bitlis ilinde bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(3).
- Özata M, 2010. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürütölen e-sağlık projelerinin sağlık hizmeti sunumuna etkileri. *Journal of Azerbaijani Studies*, 6, 444-64.
- Özçelikay G, 2001. Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot alışma. *Ankara Eczacılık Faköltesi Dergisi* 30 (2), 9-18.
- Özer O, 2018. Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı ile Hizmet Sundukları Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Özkan S, Aksakal FN, alışkan D, Dikmen AU, Tüzün H, Taşçı Ö, ve ark. Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin araştırılması. Özkan S (Editör). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü 2018;3-88.
- Öztaş Ö, Aslan Korkmaz G. Yaşlı bireylerin İlaç Uyumsuzluğu İle İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. *HUHEMFAD*. 2019;6(3):132-40.
- Özyiğit F, Arıkan İ. Kütahya İlinde Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Bozok Tıp Dergisi*, 2015; 5(1): 47- 52.

- Parchman ML, Zeber JE, Palmer RF. Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: a STARNet study. *Ann Fam Med*. 2010;8(5):410-7.
- Parlakay Aslınur Özkaya. Akılcı antibiyotik kullanımı. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2019;13(3):121-121.
- Radha R. 2021. Kanser hastalarında hasta aktiflik düzeyi ile hastalığı kabullenme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Konya.
- Rix A, Marrin K, Lewis P, Jones R, Shorrocks O, 2015. Prudent health care and patient activation. Erişim adresi, <http://www.prudenthealthcare.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Prudenthealthcare-and-patient-activation.pdf>.
- Rowlands G, Trezona A, Russell S, Lopatina M, Pelikan J, Paasche-Orlow M, et al. WHO health evidence network synthesis reports 65. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;2019:7-29.
- Şahingöz M, Balcı E, 2013. Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 12: 1-2.
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 1. Baskı. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2011:9-12.
- Salm F, Ernsting C, Kuhlmeier A, Kanzler M, Gastmeier P, Gellert P. Antibiotic use, knowledge and health literacy among the general population in Berlin, Germany and its surrounding rural areas. *PLOS ONE*. 2018;13(2):1-11.
- Schmaderer MS, Zimmerman L, Hertzog M, Pozehl B, Paulman A. Correlates of patient activation and acute care utilization among multimorbid patients. *Western Journal of Nursing Research*. 2016; 38(10):1335-1353. <https://doi.org/10.1177/0193945916651264>.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 2021. İlaç harcamaları. Erişim adresi, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/Haberler/haber_202100131_51.
- Sezer A. (2012). Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Shiferaw KB, Tilahun BC, Endehabtu BF, Gullslett MK, Mengiste SA. E-Health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: a cross-sectional survey. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2020;20(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01202-1>.
- Shoou-Yih D, Tzu-I T, Yi-Wen T. Accuracy in self-reported health literacy screening: a difference between men and women in Taiwan. *BMJ Open* 2013; 3:e002928
- Solomon M, Wagner SL, Goes J. Effects of a Web-based intervention for adults with chronic conditions on patient activation: online randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2012;14(1):e32.
- Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, ve diğerleri. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*, 12:80.
- Sørensen K, Broucke, VS, Pelikan J, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of HLSEU-Q. *BMC Public Health*. 2013 Oct 10;13:948. doi:10.1186/1471-2458-13-948.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015;25(6):1053-8.

- Sosyal Güvenlik Kurumu. Akılcı ilaç kullanımında hasta bakım personelinin rolü. Ankara: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı;2013:8-20.
- Sürmelioglu N, Kiroğlu O, Erdoğan T, Karataş Y, 2015. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımını Önlemeye Yönelik Tedbirler. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 24(4),452–62.
- T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, mevzuat. Erişim adresi: <https://www.titck.gov.tr/mevzuat>
- T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü. Hastane Hizmet Kalite Standartları; Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Kılavuz. Erişim adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/?p=431>
- T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, İlaç Takip Sistemi. Erişim adresi: <https://www.its.gov.tr/index.php?run=content&get=14&mp=3>.
- Thomason TR, Mayo AM. A critique of the short test of functional health literacy in adults. Clinical Nurse Specialist 2015;29(6):308-12.
- Tian CY, Xu RH, Mo PKH, Dong D, Wong ELY. Generic health literacy measurements for adults: A scoping review. Int J Environ Res Public Health. 2020 Oct 23;17(21):7768. doi: 10.3390/ijerph17217768.
- Tofaeono V, Tong K, Sy A, Cassel K, Pagano I, Ka'opua LSI, et al. Validation of the Short-Test of Functional Health Literacy in Adults for the Samoan population. Health Literacy Research and Practice 2022;6(4):247-56.
- Tosun, N., & Hoşgör, H. (2021). E-sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı farkındalığı arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 22(2), 82-102.
- Trezona A, Rowlands G, Nutbeam D. Progress in implementing national policies and strategies for health literacy-what have we learned so far? Int J Environ Res Public Health. 2018 Jul 23;15(7):1554. doi: 10.3390/ijerph15071554.
- Tusa N, Kautiainen H, Elfving P, Sinikallio S, Mäntyselkä P. Relationship between patient activation measurement and self-rated health in patients with chronic diseases. BMC Family Practice. 2020;21(1):1–8. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01301-y>.
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK). (2022). Erişim: 24.11.2023 İlaç takip sistemi: https://www.its.gov.tr/its/ilac_takip_sistemi_nedir
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2021. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500#:~:text=T%C3%BCrkiye%20n%C3%BCfusu%2084%20milyon%20680,252%20bin%20172%20ki%C5%9Fi%20>
- TÜİK, 2021. Sağlık harcamaları istatistikleri, 2021.. Erişim adresi, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192>.
- Van Boeckel TP, Gandra S, Ashok A, Caudron Q, Grenfell BT, Levin SA, et al. Global antibiotic consumption 2000 to 2010: An analysis of national pharmaceutical sales data. The Lancet Infectious Diseases. 2014;14(8):742–50.
- Veehof L, Stewart R, Meyboom-de JB, Haaijer-Ruskamp F. Adverse Drug Reactions and Polypharmacy In The Elderly In General Practice. Eur J Clin Pharmacol. 1999 Sep;55(7):533-6.
- Vélez-bermúdez, Miriam, Alan J. Christensen, Ellen M. Kinner, and M. A. Anne I. Roche, 2018. “Exploring the Relationship Between Patient Activation, Treatment Satisfaction, and Decisional Conflict in Patients Approaching End-Stage Renal Disease.” 1–11.

- Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine* 2005;3(6):514-22.
- Who. (1994). Guide to good prescribing. World Health Organization (WHO), Geneva.
- World Health Organization (WHO) 2002. Promoting Rational Use of Medicines: Core Components. Erişim: 24.11.2023 <https://www.who.int/medicines/publications/policy/perspectives/ppm05en.pdf>
- World Health Organization (WHO). 1998. Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO). 2016 Health Promotion, The mandate for health literacy, World Health Organization, Canada.
- World Health Organization. WHO Policy Perspectives On Medicines. Promoting Rational Use Of Medicines: Core Components. Geneva Sept 2002.
- World Policy Perspectives on Medicines. Promoting rational use of medicines: core components. World Health Organization; 2002 Sep Document number: WHO/EDM/2002.3.
- World Health Organization (WHO), 2022b. Erişim adresi, <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceuticalspending.htm#indicator-chart>.
- Yağar Fedayi, Ö. P, 2018. Kişisel Özelliklerin Hasta Aktivliği Düzeyi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi Examining The Impact Of. (February).
- Yağar F, Soysal A, 2018. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili hastane uygulamalarının değeriendirilmesi: asistan hekimler örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 14, 1, 81-96.
- Yalman, F., Yıldız, M. S., & Vural, N. (2022). The Effect Of Health Literacy On Rational Drug Use Behavior. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2), 475-487. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.1057988>
- Yapıcı G, Balıkcı S, Uğur Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2011;4:458-465.
- Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S, 2004. SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık
- Yılmaz H, Çıtıl, R, 2022. Üniversite hastanesine başvuran hastalarda akılcı ilaç kullanımı ve etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 31 (3), 161-171.
- Yılmaz M, Tiraki Z, 2016. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(4), 142-147.
- Yüksel O, Deniz S. Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. 2nd International Conference on Data Science and Applications (ICONDATA'19), October 3-6, 2019, Balıkesir, Turkey.
- Zaimoğlu Bn, Özer Z, 2023. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde E-Sağlık Okuryazarlık ve Hasta Aktivasyon Düzeylerinin İncelenmesi/Investigation of E-Health Literacy and Patient Activation Levels in Individuals with Chronic Disease. *NefroHemDergi*. 18(1):12-21.
- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS, 2005. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2):195-203.

7.EKLER

Ek-A: Ölçekler



☐ İl Merkezi

7. Gelir Durumunuz?

☐ 4250-5250

☐ 5251-6250

☐ 6251-7250

☐ 7251 ve üstü

8. İlaç kullanmayı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

9. Evet ise mevcut hastalıklarınız nelerdir?

☐ Şeker Hastalığı (Diyabet)

☐ Psikiyatrik Hastalık

☐ Yüksek Tansiyon (Hipertansiyon)

☐ Romatizmal Hastalık

☐ Kolesterol yüksekliği (Dislipidemi)

☐ Böbrek Yetmezliği

☐ Solunum Yolları Hastalığı (Astım- KOAH- Kronik Bronşit)

☐ Kanser

☐ Kalp – Damar Hastalığı

☐ Nörolojik Hastalık

☐ Diğer (Lütfen belirtiniz).....

10. Kullandığınız ilaçlara bağlı bir yan etki geliştiğinde yaparsınız?

☐ İlacı bırakırım

☐ Doktoruma haber veririm

☐ Eczacıya başvururum

☐ Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) başvururum

☐ Yan etkiyi önemsemeden ilacı kullanmaya devam ederim

11. İlaç kullanırken kaçınmanız gereken yiyecek ve içeceklerle dikkat eder misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

12. Grip, nezle, soğuk algınlığı gibi durumlarda muayene olmadan, kendi kendinize antibiyotik kullanır mısınız?

☐ Evet kullanırım

☐ Evet başlarım ama iyi hissettiğimde ilacı kullanmayı keserim

☐ Hayır; muayene olmadan kullanmam

☐ Diğer.....

2. HASTA AKTİFLİK ÖLÇEĞİ

Lütfen her ifadeyi okuduktan sonra size en uygun olan seçeneği (X) ile işaretleyiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Bilemiyorum/Değerlendiremiyorum
1. Her şeyden ve herkesten önce kendi sağlığımdan ve bakımımdan sorumlu olan kişi benim.					
2. Kendi sağlık bakımımda aktif rol almak, sağlığım için en önemli faktördür.					
3. Sağlık problemlerimi önleyebilme veya azaltabilme konusunda kendimden eminim.					
4. Benim için reçetelenen her bir ilacı neden kullandığımı biliyorum					
5. Bir sağlık sorunum olduğunda, bu sorunla kendim baş edebilir miyim ya da doktora gitmem mi gerekiyor, bunu ayırt etmede kendimden eminim.					
6. Doktor bana sormasa bile, ona endişelerimi aktarabilme konusunda kendimden eminim.					
7. Tıbbi tedaviyi (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi) evde sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					
8. Sağlık sorunlarımı ve bunlara nelerin neden olduğunu biliyorum.					
9. Sağlık sorunlarım için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu biliyorum.					
10. Şu ana kadar, doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebildim.					
11. Sağlığım ile ilgili sorunları nasıl önleyebileceğimi biliyorum.					
12. Sağlığım ile ilgili yeni sorunlar ortaya çıktığında, bu sorunları çözebileceğim konusunda kendimden eminim.					

13. Stresli zamanlarda bile, beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					
--	--	--	--	--	--

3. AKILCI İLAÇ KULLANIMI FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ

	Lütfen her ifadeyi okuduktan sonra size en uygun olan seçeneği (X) ile işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	'Lazım olur' düşüncesiyle ilaç yedeklemenin gerekli olduğunu düşünürüm.					
2	Doktora danışmadan ilaç kullanmam.					
3	Yakınlarımla ilaç tavsiyelerini dikkate alırım.					
4	Hastalandığımda ilaç dışı (kantaron, bitkisel karışımlar, hacamat, vb.) yöntemlere de başvururum.					

5	Doktorun önerdiği ilaçtan fayda görmezsem, ilacı kullanmayı bırakırım.					
6	Doktor dışında bir sağlık çalışanının (eczacı, hemşire, sağlık memuru, vb.), ilaç tavsiyelerini <u>dikkate almam.</u>					
7	Şikayetim geçmezse, doktorun önerdiklerinin dışında başka tedaviler de denerim.					
8	Doktorun muayenesi içime sinmese <u>de</u> yazdığı ilacı kullanırım.					
9	Hastalandığımda şikâyetimin kendi					

	kendine geçmesini beklerim.					
10	Bana iyi gelen ilaçları yakınlarıma tavsiye ederim.					
11	Sağlık için ilaca ödediğim para benim için <u>önemsizdir.</u>					

12	Çok sık (her rahatsızlandığımda) ilaç kullanımının, ilaçların etkisini <u>azalttığımı</u> düşünürüm.					
13	Doktor önerisi dışındaki tedavi yöntemlerinin sağlık açısından risk taşıdığını düşünürüm.					
	Lütfen her ifadeyi okuduktan sonra size en uygun olan seçeneği (X) ile işaretleyiniz.	<u>Kesinlikle Katılmıyorum</u>	<u>Katılmıyorum</u>	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
14	İnsanlara ilaç tavsiyesinde bulunmanın doğru <u>olmadığını</u> düşünürüm.					
15	Bitmeyen ilaçlarımı evde saklamaya devam ederim.					
16	İlacımı kullanmadan önce son kullanma tarihinin geçip geçmediğini kontrol ederim.					
17	İlaçlarımı prospektüste (kutunun içindeki kağıtta) yazan saklama					

	saklamaya özen gösteririm.					
--	----------------------------	--	--	--	--	--

18	Hastalanmamak adına ara ara bir ilaç kullanmanın gerekli olduğunu düşünürüm.					
19	Yakınının önerdiği ilacın iyi geleceğine inanırım.					
20	Bana göre, ilaçlar doktorun önerdiği şeklin (doz, süre, uygulama şekli, vb. açıdan) dışında <u>kullanılmamalıdır.</u>					
21	İlaç dışı tedavi yöntemlerinin de (kantaron, bitkisel ürünler, hacamat, vb.) sağlık açısından faydalı olduğunu düşünürüm.					
22	Doktor önerisi dışında ilaç kullanmanın, gerek sağlık açısından gerekse maddi açıdan çok daha maliyetli sonuçlar doğurabileceğini düşünürüm.					
23	Kullandığım ilaç beklenmeyen bir yan etki gösterirse, hemen doktora gitmeyi gereksiz bulurum.					

24	Hastalanıldığında hastalığın kendi kendine geçmesini beklemenin hastalığı ilerletebileceğine inanırım.					
25	Doktor tedavi sonrası yeniden görmek istese de, eğer iyileşmişsem					

	yeniden doktora gitmeyi <u>gereksiz</u> bulurum.					
26	Sağlık güvencesi karşılasa bile her rahatsızlanıldığında ilaç kullanmak bence <u>doğru</u> <u>değildir</u> .					
27	Uygulama zorluğu nedeniyle bazı ilaçlarımı kullanmadığım olur.					
28	Son kullanma tarihi geçmiş ilaç kullanmanın çok da sorun <u>olmayacağını</u> düşünürüm.					
29	Başlanılan ilacın doğru zaman aralıklarıyla kullanılması gerektiğini düşünürüm. (Örn: günde 2 kez ilaç kullanmak için 12 saatlik zaman aralığına dikkat etmek gibi)					

30	Bana göre, reçetede yazan her ilacı (ağrı kesici, vitamin, vb.) kullanmak <u>gerekli değildir</u> .					
31	Doktora ya da eczacıya ilaçlarımı nasıl kullanmam gerektiğini sorarım.					
32	Nasıl kullanacağımı bilmediğim bir ilacın nasıl kullanılacağını bir yakınıma danışırım.					
33	İlacımı kullanmadan önce ilacın saklama koşullarını, beklenen yan etkileri, doz bilgisini, kullanma					

	şeklini vb. öğrenmek için ilaç kutusundan çıkan kâğıdı (prospektüs) okurum.					
34	İlaçların nasıl (doz, süre, uygulama şekli, vb. açıdan) kullanacağını hekim ya da eczacı dışında birine <u>danışılmaması</u> gerekir.					
35	Kırk, çıkık, ağrı gibi durumlarda sınıkçı/çıkıkçı'ya gitmeyi tercih ederim.					

36	Bana göre, doktor dışındaki sağlık çalışanları (eczacı, hemşire, sağlık memuru, vb.) hiç kimseye ilaç önermemelidir.					
37	Kullandığım ilaçları önerilen süreden önce bıraktığım olur.					
38	İlerde lazım olur düşüncesi ile doktordan reçeteye ilaç (ağrı kesici, antibiyotik, vb.) eklemesini talep ederim.					
39	İlaçların doktorun önerdiği şekilde (doz, süre, uygulama şekli, vb. açıdan) kullanılmasının önemli bir gereklilik olduğunu düşünürüm.					

4. SAĞLIK OKUR-YAZARLIK ÖLÇEĞİ (TSOY-32)

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	Sağlığımızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					

2	Sağlığımızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığımızla 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 başvurumuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağımızı 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/tetikik 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 sağlığımız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığımız 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 sağlığını 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					