

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. H. Nezh DAĞDEVİREN

**EDİRNE İL MERKEZİNDE YAŞAYAN
YETİŞKİMLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYİNİN VE AKILCI İLAÇ KULLANIMINA
ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Halim DURGUN

EDİRNE-2023



TEŐEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim boyunca emeği geçen, desteklerini esirgemeyen, bilgi birikimlerinden ve tecrübelerinden yararlanma imkanı bulduğum tez danışmanım Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, katkılarından dolayı Prof. Dr. Ayőe Çaylan'a, Prof. Dr. Serdar Öztora'ya ve Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma, beni bu günlere getiren ve her an yanımda olduğunu hissettiren aileme, her zaman yanımda ve desteğini esirgemeyen kıymetli eşim Dr. Sevgi Akyol Durgun'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	3
AKILCI İLAÇ KULLANIMI.....	14
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	20
BULGULAR.....	23
TARTIŞMA.....	73
SONUÇLAR.....	85
ÖZET.....	87
SUMMARY.....	89
KAYNAKLAR.....	91
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AİKÖ: Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HLS-EU: European Health Literacy Survey (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması)

HLS-EU-Q: European Health Literacy Survey Questionnaire (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması Anketi)

REALM: Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Gösterge)

S-TOFHLA: Short Test of Functional Health Literacy in Adults (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi)

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlıkla ilişkilidir ve bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, sağlık bilgisini anlama, sorgulama ve sağlığı hakkında karar verme yeteneğini içermektedir. Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler sağlık hizmetlerinden verimli bir şekilde yararlanabilir ve sağlık durumunu geliştirmek için uygun kararları alabilir (1,2).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1970’li yıllarda gündeme gelmiştir. 2003 yılında Amerika’da yapılan Yetişkin Okuryazarlığı Araştırmasının Ulusal Değerlendirilmesi çalışması ile literatürde yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu tarihten günümüze kadar sağlık okuryazarlığının önemi giderek artmıştır (3–5).

Sağlık okuryazarlığının günümüze kadar farklı kurumlar ve kişiler tarafından birçok tanımlaması yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün tanımlaması sıkça kullanılan tanımlamalardandır. DSÖ, sağlık okuryazarlığını “Bireyin iyi sağlık halini sürdürmek ve geliştirmek amacıyla sağlık ile ilgili bilgiye ulaşması, bu bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan zihinsel ve sosyal yetenekler” olarak tanımlamıştır (6).

T.C Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde sağlık okuryazarlığı, hem kişisel hem de toplumsal sağlığı sürdürmek ve iyileştirmek amacıyla sağlık bilgisine ulaşmak, bu bilgiyi anlamak ve kullanmak için gerekli sosyal ve bilişsel beceriler olarak tanımlanmıştır (7). Kısaca, sağlık okuryazarlığı bireylerin uygun sağlık davranışını geliştirebilmesi için sahip olması gereken yetenekler bütünü olarak ifade edilebilir.

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık durumunun, sağlık davranışlarının ve sağlık hizmetlerinden faydalanma özelliklerinin önemli bir belirleyicisidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, sağlık açısından olumsuz sonuçlara sebep olabilir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi

düşük bireyler koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlanma, daha sık tedavi edici hizmet başvurusu, tedaviye uyumsuzluk ve daha fazla hastaneye yatış eğilimi göstermektedir (6).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması; sağlık bilgisi erişimine ve sağlık bilgisinin doğru kullanılmasına katkı sağlayacaktır. Böylece sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesi, sağlıksız davranışlardan kaçınma, erken tanı ve tedavi seçeneklerinden faydalanma gibi davranışlarla hem toplumun hem de bireylerin sağlığı geliştirilecektir.

Günümüzde teknolojinin ilerlemesi, ekonomik şartların iyileşmesi, sağlık politikalarındaki değişimler ile bireyler sağlık bilgisine daha kolay ulaşabilir ve ilaçları daha kolay temin edebilir hale gelmiştir (8). Ancak bu olumlu gelişmeler; bilgi kirliliği, gereksiz ve hatalı ilaç kullanımı gibi sorunları da beraberinde getirmiştir.

DSÖ'nün ilaç politikalarının temel unsurlarından biri akılcı ilaç kullanımudur. Akılcı ilaç kullanımı, DSÖ tarafından "hastaların klinik durumlarına uygun ilaçları, bireysel gereksinimlerini karşılayacak dozda, yeterli süre boyunca, topluma ve kendilerine en az maliyetle kullanmaları" olarak tanımlamıştır (9,10).

Aşırı ve uygunsuz ilaç kullanımı, özellikle yan etki ve advers etki oluşma sıklığında artışa, kronik hastalığı olan bireylerde morbiditeye ve mortaliteye, aşırı antimikrobiyal kullanımı ile antimikrobiyal direnç gelişmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda akılcı olmayan ilaç kullanımı ilaç stoklarında azalmaya neden olarak ilaç erişiminde sorunlara ve ilaç harcamalarında artışa yol açmaktadır (9).

Dünya nüfusunun üçte biri temel ilaçlara erişememekte ve dünya çapında kullanılan ilaçların yarısından fazlası uygun olmayan şekilde reçete edilmekte, kullanılmakta veya satılmaktadır (11). Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılmasının bu önemli sorunun çözümüne katkı sağlayacağı kanaatindeyiz. Bu noktada toplumun akılcı ilaç kullanımı düzeyinin belirlenmesi ve bu doğrultuda önemler alınması gerekmektedir.

Hem ülkemizde hem de dünya genelinde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı konularını ayrı ayrı ele alan pek çok çalışma mevcuttur. Ancak bu kavramları birlikte değerlendiren çalışma sayısının az olması dikkat çekmektedir. Çalışmamızın amacı; Edirne il merkezinde yaşayan yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerini belirlemek, sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkisini araştırmaktır.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Tarihçesi

Geçmişte hastalığın olmayışı şeklinde tanımlanan sağlık kavramının en kabul gören ve en sık kullanılan tanımlaması DSÖ' nün 1948 anayasasında yapılmıştır. DSÖ sağlığı yalnız hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (12,13).

Okuryazarlık, kişinin toplumda işlev görmesi, hedeflerine ulaşması, bilgisini ve potansiyelini geliştirmesi için basılı ve yazılı bilgileri kullanması olarak tanımlanmaktadır. Okuryazarlık tanımına sağlık bileşeni dahil edilerek bireyin sağlığı ile ilgili uygun kararları alabilmesi için gerekli olan temel tıbbi bilgilere erişme, bu bilgileri anlama, bu doğrultuda karar alma ve uygulama yeteneği şeklindeki sağlık okuryazarlığı tanımı geliştirilmiştir (14).

Sağlık okuryazarlığı kavramı literatürde ilk kez Scott K. Simonds'un 1974 yılında yayınlanan Health Education as Social Policy (Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi) adlı kitabında yer almıştır (15). Bu tarihten itibaren sağlık okuryazarlığı kavramı birçok kez farklı şekillerde değerlendirilmiş ve tanımlanmıştır.

Ottawa şehrinde 1986'da gerçekleştirilen Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı'nda sağlıkla ilişkili bilgilerin topluma anlaşılabilir bir dille ve ulaşılabilir yöntemlerle iletilmesi, toplumun bu bilgilere ulaşması, anlaması ve uygun davranış geliştirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramı bu noktada öne çıkmıştır (16).

Nutbeam ve Wise 1993 yılında günümüz tanımlamasının temelini oluşturan "kişinin kendi sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, bu bilgiyi anlaması ve bu bilgi doğrultusunda doğru

davranışı geliştirmesi” tanımlamasını yapmıştır. Sonrasında tanımlama yine Nutbeam tarafından DSÖ adına hazırlanan Health Promotion Glossary (Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü)’de “kişinin sağlık ile ilgili bilgiye erişmesi, bilgiyi anlaması, sağlığını geliştirmek amacıyla bu bilgiyi kullanabilmesi için gerekli motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” şeklinde geliştirmiştir (16,17).

Sağlık okuryazarlığı kavramının literatürde yaygınlaşması 2003 yılında Amerika’da yapılan Yetişkin Okuryazarlığı Araştırmasının Ulusal Değerlendirilmesi alışması ile olmuştur (4). Yine Amerika’da Tıp Enstitüsü tarafından 2004 yılında hazırlanan raporda sağlık okuryazarlığı düzeyi; kişinin sağlığıyla ilgili doğru kararları verebilmesi için gerekli olan sağlık bilgisine ulaşabilmesi, bilgileri değerlendirebilmesi, anlayabilmesi için gerekli hizmetleri kullanabilme seviyesi olarak tanımlanmıştır (18).

Zarcadoolas ve ark. (19) ise sağlık okuryazarlığını kişilerin bilinçli seçimler yapmak, hayat kalitesini artırmak ve sağlık risklerini azaltmak amacıyla sağlık bilgisine erişmek ve bu bilgiyi anlamak, değerlendirmek, uygulamak için geliştirdikleri beceriler ve yetiler olarak tanımlamıştır.

Sorensen ve ark.’nın (20) 2012 yılında sağlık okuryazarlığı hakkında yaptıkları literatür taramasında on yedi sağlık okuryazarlığı tanımını analiz ederek “okuryazarlık ile ilişkili, kişinin sağlığıyla ilgili günlük hayatında karar vermek, yaşam kalitesini sürdürmek ve artırmak için sağlığını geliştirme, hastalıkları önleme gayesiyle sağlıkla ilgili gerekli bilgiye ulaşmasını, anlamasını, değerlendirmesini ve bunu kullanmasını sağlayacak bilgi, yeterlilik ve istek” şeklindeki tanımlamayı yapmıştır.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’na (European Health Literacy Survey, HLS-EU) göre sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlıkla ilişkilidir ve bireylerin yaşamları süresince hayat kalitesini artırmak gayesiyle gündelik yaşamda sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi ile ilgili hedef belirlerken ve karar alırken sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmaya, bilgileri anlamaya, yorumlamaya ve uygulamaya yönelik bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliğini ifade etmektedir (5).

şangay’da gerçekleşen 9. Küresel Sağlığın Teşviki Konferansı’nda sağlık okuryazarlığı geniş yer bulmuştur. Sağlık okuryazarlığı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda temel direklerden biridir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttırılması, kendi sağlıkları ve ailelerinin sağlıkları hakkında daha bilinçli kararlar almalarını sağlayacaktır (21,22).

T.C Sağlık Bakanlığı’na hazırlanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde bireylerin okuryazarlık kabiliyetinin zayıf olmasının kişinin sosyal ve kültürel gelişiminin yanında sağlık okuryazarlığını sınırlandırarak sağlık sonuçlarını olumsuz etkilediği

belirtmiştir. Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı yazılı kaynakları okuyabilme, söylenenleri yapabilmenin ötesindedir. Hem kişisel hem de toplumsal sağlığı sürdürmek ve iyileştirmek amacıyla sağlık bilgisine ulaşmak, bu bilgiyi anlamak ve kullanmak için gerekli sosyal ve bilişsel becerilerdir (7).

Görüldüğü üzere sağlık okuryazarlığının farklı zamanlarda farklı kişi veya kurumlarca yapılmış birçok tanımı mevcuttur. Birçoğunda sağlık okuryazarlığının genel okuryazarlık ile ilişkili olduğu ve kişinin mevcut sağlık durumunu iyileştirmek veya devam ettirmek amacıyla elde etmesi gereken sağlık bilgilerine ulaşabilme, bu bilgileri değerlendirerek doğru sağlık kararını alabilme kabiliyeti olduğu vurgulanmıştır.

Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlık anlayışının ötesinde kişiyi sağlığını anlama, sorgulama ve sağlığı hakkında kararlar verme yeteneğini ifade eder. Bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma ve sağlık durumunu iyileştirmesi için aldığı kararları etkiler (1,2). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile sağlık bilgilerini edinme ve anlama yeteneğini artırır, bilinçli karar verme kolaylaşır (23).

Sağlık okuryazarlığı seviyesi, kişinin sağlık çıktılarının güçlü bir göstergesidir (24). Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık üzerine çok sayıda olumsuz etkisi olabilir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi; tedaviye bağlılığın azalmasına, hastaneye yatış sayısının artmasına ve süresinin uzamasına, daha sık acil sağlık hizmeti kullanımına, daha sık gereksiz tetkik talebine, önleyici sağlık hizmetlerinin daha az kullanımına, yüksek sağlık sistemi maliyetlerine, iş gücü kaybına, daha kötü sağlığa ve yüksek mortalite oranlarına neden olabilir (16,25).

DSÖ'ye göre günümüzde en önemli ölüm sebeplerinden biri bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Diyabet, kalp hastalıkları, hipertansiyon, kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşumuna katkı sağlayan; olumsuz beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite gibi değiştirilebilir risk faktörleri mevcuttur. Kişileri bu risk faktörlerinden arındırmak amacıyla yapılacak olan eğitim, bilgilendirme çalışmaları bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerine göre etkiler yaratacaktır (26,27).

Sağlık okuryazarlığının kronik hastalığa sahip kişilerde hastalık bilgisi ve hastalığın yönetimi üzerine ciddi etkileri mevcuttur (28). Örneğin; çoğunluğu Amerika kaynaklı olan 61 makalenin incelenmesiyle oluşturulan bir meta-analiz çalışmasında Tip 2 Diyabet hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin diyabet bilgisi, glisemik kontrol ve öz bakım üzerine etkili olduğu gösterilmiştir (29). Yapılan başka bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kardiyovasküler hastalığı olan kişilerin hasta uyumu pozitif ilişkili saptanmıştır (30).

Popülasyon temelli tarama programları; kolorektal kanserin, meme ve serviks kanserinin erken ve sıklıkla tedavi edilebilir aşamada saptanması, morbidite ve mortalite oranlarında azalmaya ve düşük maliyetli sağlık harcamalarına neden olacaktır. Sağlık okuryazarlığı ile kanser tarama testleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalarda; yetersiz sağlık okuryazarlığının kanser tarama testlerine katılımın önemi hakkında farkındalık ve bilgi eksikliğinin bir nedeni olabileceği ve kanser tarama eşitsizliğine neden olabileceği belirtilmektedir. Sağlık Okuryazarlığı düzeyini arttırmaya yönelik yapılacak müdahaleler tarama programlarına katılımı artırmak için kritik öneme sahiptir (31,32).

Yapılan birçok çalışmada gösterildiği üzere düşük sağlık okuryazarlığı; gereksiz sağlık kuruluşu başvurularına, kötü sağlık sonuçlarına, yanlış ilaç kullanımına, geç kalınmış kronik hastalık tanılarına, kronik hastalık yönetimi yetersizliğine ve bu nedenle gelişen morbidite ve mortalite artışına, sağlık sisteminin aşırı yüklenmesine ve işgücü kaybına neden olmaktadır.

Sağlık Okuryazarlığının Basamakları

Literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığının birçok kez farklı şekillerde tanımlandığı, tanımlamaların yıllar içinde gelişerek kapsamının genişlediği görülecektir. Benzer şekilde sağlık okuryazarlığının basamakları hakkında da pek çok çalışma mevcuttur.

Nutbeam 2000 yılında, günümüz literatüründe en sık kullanılan 3 basamaklı sağlık okuryazarlığı sınıflandırmasını önermiştir. Bu basamaklar; fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, etkileşimli sağlık okuryazarlığı, eleştirel sağlık okuryazarlığıdır (33).

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: temel okuma-yazma yeteneği ile terapötik rejimlere uyma yeteneğini içerir. Yeterli fonksiyonel sağlık okuryazarlığına sahip kişiler reçeteleri, ilaç prospektüslerini, sağlık bakımı için gerekli bilgi ve talimatları içeren materyalleri doğru bir şekilde okuyup anlayabilmeliler (34).

Etkileşimli sağlık okuryazarlığı: daha gelişmiş okuryazarlık becerileri ile birlikte sosyal ve bilişsel yetenekleri de içerir. Kişiler sağlıkla ilgili aktivitelere aktif olarak katılarak veya farklı iletişim araçlarıyla edindiği bilgilerden yola çıkarak farklı sağlık koşullarına uyum sağlamalı, fikirlerini ortamdaki diğer kişilerle ya da sağlık sunucularıyla iletişime geçerek ifade edebilmelidir (33,34).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı: kişilerin sosyal ve bilişsel yeteneklerle birlikte bilgiyi eleştirel olarak analiz etmesini de içerir. Kişiler sağlıkla ilgili durumları değerlendirebilir, durumun avantajlarını ve dezavantajlarını belirleyebilir, konu ile ilgili kar zarar hesabı yapabilir, politika yapıcılara tavsiyelerde bulunabilir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı sağlığın bireysel ve toplumsal gelişimini kolaylaştıracaktır (33,34).

Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli

Sağlık okuryazarlığı hakkında çok sayıda kavramsal model geliştirilmiştir. Kavramsal modeller incelendiğinde iki konunun vurgulandığı görülecektir. İlki sağlık okuryazarlığının çok boyutlu bir kavram olması ve farklı bileşenlerden oluşmasıdır. İkincisi ise kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen sistemsel, bireysel etkenler ve sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçları ile ilişkili olmasıdır (20).

Baker çalışmasında sağlık okuryazarlığını toplum ve sağlık sistemi tarafından ortaya konan taleplere ve bireysel iletişim kurma kapasitesine bağlı olan karmaşık bir yapı olarak tarif etmiştir. Kavramsal modelinde bireysel kapasite, sağlıkla ilgili basılı ve sözlü okuryazarlık ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi ele almıştır (35).

İlk etki alanı kişinin sağlık bilgileri, sağlık personeli ve sağlık sistemi ile etkili bir şekilde başa çıkmasını sağlayan bireysel kapasitedir. Modelde bireysel kapasite, okuma akıcılığı ve ön bilgi olmak üzere iki alt başlıkta ele almıştır. Okuma akıcılığı metni okuyup anlamayı, belgelerdeki bilgiyi bularak kullanmayı, aritmetik işlemleri uygulamayı içermektedir. Ön bilgi bireyin bir sağlık uzmanı veya bir sağlık materyalinden bilgi almadan önceki bilgisidir (35). Nutbeam'ın fonksiyonel sağlık okuryazarlığı kavramı ile Baker'in okuma akıcılığı kavramı benzerlik gösterdiği görülmektedir.

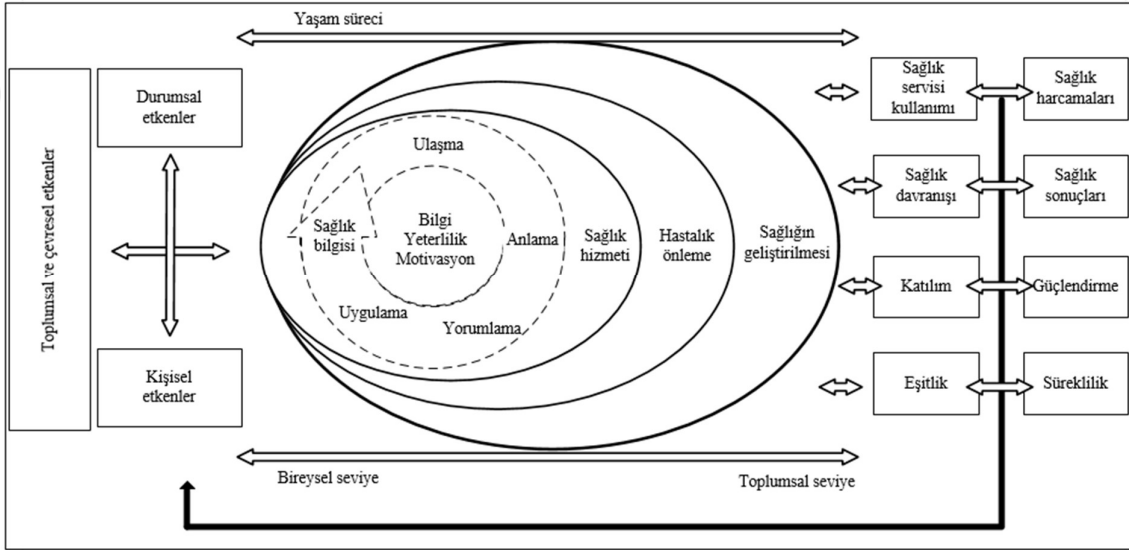
Baker modelindeki ikinci etki alanı olan basılı ve sözlü okuryazarlığın bireyin sağlıkla ilgili okuma akıcılığı ve ön bilgisi dışında basılı ve sözlü sağlık iletilerinin zorluğuyla da ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Modelin son etki alanında sağlık okuryazarlığı birçok değişkenle birlikte daha iyi sağlık sonuçlarına yol açabilecek faktörlerden biri olarak bildirilmiştir (35).

Zarcadoolas ve ark. (19) ise çalışmasında dört alana karakterize sağlık okuryazarlığı modeli önermiştir. Bu alanlar: temel okuryazarlık, bilim okuryazarlığı, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlıktır. Temel okuryazarlık; okuma, yazma, yorumlama, konuşma, aritmetik ile ilgili yetenek ve stratejileri içerir. Bilim okuryazarlığı kişinin temel bilimsel terimleri bilmesi, bilimsel ve teknolojik gelişmeleri anlamasını ve yorumlamasını içerir. Yurttaşlık okuryazarlığı vatandaşların toplumsal konuların farkında olmasını, bu konularla ilgili karar alma mekanizmasına dahil olmasını içerir. Kültürel okuryazarlık ise bireylerin sağlık bilgilerinin yorumlamak için kendi sosyal kimliğinden, geleneklerinden, inançlarından ve dünya görüşünden faydalanmasıdır (20,36).

Sorensen ve ark. (20) 2012 yılındaki çalışmasında, literatürdeki sağlık okuryazarlığı kavramsal modellerinin sağlık okuryazarlığının değişen ve gelişen kapsamı için yetersiz olduğu görüşünü öne sürmüştür. Özellikle yeni tanımlamalarda vurgulanan, kişinin sağlık bilgisine erişme ve bilgiyi anlama, değerlendirme, kullanma süreçleri bu modellerde yer almamaktadır.

Bu doğrultuda Sorensen ve ark. (20) mevcut modellerin olumlu yanları ve eksikliklerini göz önünde bulundurarak yeni bir sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli geliştirmiştir (Şekil 1).

Sorensen ve ark.'nın (20) kavramsal modeli bireylerin sağlık hizmeti, hastalıkların önlemesi, sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki kritik becerilerine dikkat çekmiştir. Modelin temelini kişinin bu kritik becerilerdeki bilgisi, yeteneği ve motivasyonu oluşturmaktadır (37).



Şekil 1. Sorensen ve ark. (20) sağlık okuryazarlığının kavramsal modeli

Modelin çevresinde sağlık okuryazarlığını etkileyen durumsal etkenler, kişisel etkenler, toplumsal ve çevresel etkenler sıralanmıştır. Aile ve sosyal çevre, fiziksel çevre, medya kullanımı durumsal etkenlere, yaş, cinsiyet, okuryazarlık ve eğitim durumu, meslek, sosyoekonomik durum kişisel etkenlere örnek verilebilir. Daha uzak faktörler olarak ifade edilen toplumsal ve çevresel etkenlere ise demografik özellikler, dil, kültür, siyasi görüş ve toplumsal yargılar örnek verilebilir (20).

Modelde sağlık okuryazarlığının etkilediği faktörlere de yer verilmiştir. Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık servisi kullanımını ve sağlık davranışını etkileyerek sağlık harcamalarını, sağlık sonuçlarını etkiler. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan kişiler, sağlık, bilimsel bilgi ve kültürel inançlar hakkındaki tartışmalara daha etkin bir şekilde katılabilir ve bu, kişinin yaşamının birçok alanını etkileyebilir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması, kişinin sağlıkla ilgili kararlarını verirken daha bilinçli bir şekilde hareket etmesine yardımcı olur ve bu da kişisel özerklik ve güçlenmeye yol açabilir. Böylece kişinin yaşam kalitesi de iyileşebilir (20).

Sorensen ve ark.'nın (20) çalışmasında üç sağlık alanına uygulanan sağlık okuryazarlığının dört sürecine sahip bir matris oluşturulmuştur. Üç sağlık alanı sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesidir. Sağlık okuryazarlığının 4 süreci ise bilgiye ulaşım, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulamadır (Tablo 1).

Tablo 1. Sorensen ve ark.'nın (20) 3 alan ve 4 süreç içeren sağlık okuryazarlığı matrisi

	Sağlıkla ilgili bilgilere erişmek	Sağlıkla ilgili bilgileri anlamak	Sağlıkla ilgili bilgileri yorumlamak	Sağlıkla ilgili bilgileri kullanmak/ uygulamak
Sağlık hizmetleri	Tıbbi veya klinik konularda bilgiye erişebilme yeteneği	Tıbbi bilgileri anlayabilme yeteneği	Tıbbi bilgileri yorumlama ve değerlendirme yeteneği	Tıbbi konularda bilinçli kararlar verebilme yeteneği
Hastalıkların önlenmesi	Risk faktörleri hakkındaki bilgiye erişebilme yeteneği	Risk faktörleri hakkındaki bilgileri anlayabilme yeteneği	Risk faktörleri hakkındaki bilgileri yorumlama ve değerlendirme yeteneği	Risk faktörleri hakkında bilinçli kararlar verebilme yeteneği
Sağlığın geliştirilmesi	Sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgilerini güncelleyebilme yeteneği	Sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgileri anlayabilme yeteneği	Sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgileri yorumlama ve değerlendirme yeteneği	Sağlığın belirleyicileri hakkında bilinçli kararlar verebilme yeteneği

Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin bilinmesi ve dikkate alınması sayesinde, kişinin sağlık hizmetlerini daha etkin bir şekilde kullanması ve sağlıkla ilgili kararlarını daha bilinçli bir şekilde vermesi sağlanabilir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler önem kazanmaktadır.

Yapılan pek çok çalışmada, kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler arasında, kişinin bireysel özellikleri olan yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir seviyesi, çalışma durumu ve sağlık bilgisi düzeyi gibi özellikler yer almaktadır. Ayrıca, kişinin geçmiş deneyimleri de sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyebilir. Demografik, çevresel ve kültürel özellikler de sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (6).

HLS-EU ve Amerika'da yapılan Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi çalışmalarında, sosyal statüsü düşük olan, düşük eğitim düzeyine sahip olan, faturalarını ödemekte zorlanan ve 65 yaş üstü olan kişilerin daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu belirlenmiştir (5,38). Benzer şekilde T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından yapılan bir çalışmada, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi ve hane halkının gelir-gider dengesi gibi faktörlerin kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği gösterilmiştir (6). Bu veriler, sosyoekonomik durumun sağlık okuryazarlığı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Son zamanlarda yapılan çalışmalar ailelerin, diğer bireylerin ve dahil olunan grupların da kişinin sağlık bilgilerine ulaşımını, bu bilgileri anlamasını ve kullanmasını etkileyen önemli faktörler olduğunu göstermektedir (39).

Bireyin kültürel özellikleri sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen önemli faktörlerden bir diğeridir. Kişiler kendisine sunulan sağlık bilgilerini kişisel değerleri, inanışları, gelenekleri nezdinde değerlendirerek uygulayacaktır (40).

Sistem düzeyindeki faktörler de bireylerin sağlık okuryazarlığını etkileyebilir. Örneğin, sağlık sistemine erişim, sağlık bilgisinin sunumu, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sağlık görevlilerinin eğitimi gibi faktörler bireylerin sağlık okuryazarlığını etkileyebilir (41).

Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Birçok çalışma sağlık okuryazarlığının, sağlık ve sağlık hizmetleri için önemini vurgulamıştır ve sağlık okuryazarlığı ölçümlerinin gerekliliğine dikkat çekmiştir (42). Sağlık okuryazarlığının geniş tanımı konusunda fikir birliği olsa da, yaygın olarak kabul gören tek bir sağlık okuryazarlığı ölçüm aracı mevcut değildir (43). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla sıklıkla kullanılan ölçüm araçları Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA), Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (Short Test of Functional Health Literacy in Adults, S-TOFHLA), Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Hesaplanması (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM), En Yeni Yaşamsal Gösterge (Newest Vital Sign, NVS) ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q) olarak belirtilebilir (36).

Parker ve ark. (44) tarafından bireylerin fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla TOFHLA geliştirilmiştir. Ölçek otuzdan fazla tıbbi dökümanın (hasta eğitim materyalleri, ilaç kullanma talimatları, hasta kayıt formları vb.) incelenmesiyle hazırlanmıştır. TOFHLA, kişilerin okuduğunu anlama ve aritmetik okuma becerisinin ölçüldüğü iki bölümden

oluşmaktadır. Okuduğunu anlama bölümü 50 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır ve verilen metinde bırakılan boşlukların seçeneklerden doğru olanı ile doldurulması istenmektedir. Aritmetik okuma becerisinin ölçüldüğü bölüm 17 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde hastanın klinik randevularına uyma, ilaç kullanma talimatlarını okuyup anlama becerileri ölçülmektedir. Bu iki bölüm toplam skora eşit katkı sağlamaktadır. TOFHLA'nın uygulaması 22 dakika kadar sürmektedir ve bu durum testin dezavantajlarından biri olarak sayılabilir.

TOFHLA, sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için güvenilir bir araç olarak kabul görse de uygulamasının uzun sürmesi nedeniyle S-TOFHLA geliştirilmiştir. S-TOFHLA da benzer şekilde çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır, metinde bırakılan boşlukların verilen seçeneklerden doğru olanı ile doldurulması istenmektedir. S-TOFHLA 36 sorudan oluşmaktadır ve uygulama süresi 7 dakikadır (45,46).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesinde sıklıkla kullanılan ölçüm yöntemlerinden bir diğeri REALM'dir. REALM, tıbbi formlar ve hasta eğitim materyallerinden alınan 66 tıbbi terimden oluşmaktadır. Katılımcılardan bu kelimeleri artan zorluk sırasına göre yüksek sesle okumaları istenir. Doğru telaffuz edilen kelimelerin sayısı REALM skorunu oluşturur. Testin 2-3 dakika gibi kısa bir sürede uygulanabiliyor olması önemli bir avantajdır (47).

NVS, Weiss ve ark. (48) tarafından sağlık okuryazarlığı düzeyinin kısa sürede ve doğru bir şekilde belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. NVS ile katılımcının bir beslenme etiketi üzerindeki bilgiyi okuma ve anlama düzeyi 6 soru ile değerlendirilir. NVS'nin uygulama süresi 2-3 dakika kadardır.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini ve sağlık sistemini etkili bir şekilde anlama, kullanma ve yönetebilme yeteneğini kapsayan karmaşık bir yapıdır. TOFHLA, REALM ve NVS sağlık okuryazarlığının tüm yönlerinden ziyade, sağlık içeriğine sahip materyalleri okuma ve yorumlama becerilerini ölçer (48).

HLS-EU-Q, Avrupa ülkelerinin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla yapılan HLS-EU için ölçüm aracı olarak geliştirilmiştir. HLS-EU-Q'nun geliştirilmesi aşamasında, Sorensen ve ark.'nın (20) önerdiği sağlık okuryazarlığının kavramsal modelinden faydalanılmıştır. Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarını gösteren 3 alan ve 4 süreç içeren 12 hücreli matris oluşturulmuş ve HLS-EU-Q bu çerçevede geliştirilmiştir. HLS-EU-Q testinde, katılımcılardan 5'li likert ölçeğini kullanarak 47 soruya yanıt vermesi istenmektedir. Katılımcılara sunulan seçenekler "çok kolay, kolay, zor, çok zor, bilmiyorum" şeklindedir. Soruların 22'si sağlık hizmetleri, 13'ü hastalıkların önlenmesi, 11'i sağlığın geliştirilmesi alanlarındadır (49).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), HLS-EU çalışması baz alınarak geliştirilmiştir (50). TSOY-32 ile ilgili detaylı bilgiye gereç ve yöntemler bölümünde yer verilmiştir.

Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından 2013 yılında yayınlanan “Sağlık Okuryazarlığı: Sağlam Kanıtlar” raporu, sağlık okuryazarlığının bireyin sağlık durumu üzerinde; gelir seviyesi, çalışma durumu, eğitim düzeyi, ırk gibi faktörlerden daha etkili bir belirleyici olduğunu vurgulanmıştır (26).

Sekiz Avrupa ülkesinde (Yunanistan, Polonya, İspanya, İrlanda, Hollanda, Bulgaristan, Avustralya ve Almanya) 2011 yılında yapılan HLS-EU çalışması, 15 yaş üzeri 8000 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi HLS-EU-Q’dan aldığı puana göre yetersiz, sorunlu, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi olarak sınıflandırılmıştır. Yaklaşık her iki katılımcıdan birinin yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre katılımcı ülkelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında önemli farklılıklar vardır. Ortalama sağlık okuryazarlığı düzeyi en yüksek ülkenin Hollanda, en düşük ülkenin ise Bulgaristan olduğu saptanmıştır (5,43).

Amerika’da 2003 yılında yetişkin okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli, orta, temel ve temel altı sağlık okuryazarlığı düzeyi olarak sınıflandırılmıştır. Çalışmaya göre yaklaşık her üç katılımcıdan birinin temel ve temel altı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (38).

Son on yılda ülkemizde de sağlık okuryazarlığına olan ilgi giderek artmıştır. Bu alanda Tanrıöver ve ark. (51) tarafından yürütülen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması ve yine Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması gibi çeşitli çalışmalar yapılmıştır (6,50,51).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması çalışmasından bahsedecek olursak Türkiye genelinde yapılmış olup çalışmaya 18 yaş ve üzeri 6228 kişi dahil edilmiştir. Çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi TSOY-32 anketinden aldığı puana göre yetersiz, sorunlu-sınırlı, yeterli, mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcıların %68,9’unun yetersiz veya sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (6).

Çaylan ve Yayla'nın Edirne il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerine başvuran 285 katılımcı ile 2016 yılında gerçekleştirdiği çalışmada yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve hasta aktivasyonunun genel sağlığa etkisini araştırmıştır. Çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni kullanmıştır. Ölçekten alınabilecek en fazla puan 22, en düşük puan ise 0'dır. Çalışmada ölçek puan ortalaması $13,26 \pm 3,34$ saptanmıştır (52).

Sağlık Okuryazarlığı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Aile hekimleri, tıbbi bakım almak isteyen herkese yaşa, cinsiyete veya hastalığa bakmaksızın bakım vermekle yükümlüdür. Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin 2002 tanımlamasına göre aile hekimlerinin çekirdek yeterlilikleri birinci basamak yönetimi, özgün problem çözme yetenekleri, kişi merkezli bakım, kapsamlı bakım, bütüncül yaklaşım ve toplum yönelimli bakım olarak belirtilmiştir (53).

Aile hekimlikleri, hastalar için sağlık sisteminin giriş kapısını oluşturur. Bu nedenle aile hekimlerinin sağlık okuryazarlığı hakkında farkındalık ve yetkinliğe sahip olması gerekmektedir. Takip ettiği bireylerin, sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde kullanması, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişmesi ve olumlu sağlık davranışları geliştirmesi buna bağlıdır. Aile hekimleri doğası gereği hastalarıyla tekrarlayan görüşmeler yapar. Bu görüşmelerde kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit ederek bu yönde etkili girişimlerle bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesinde önemli katkılar sağlayabilir (16).

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık sisteminin diğer basamaklarında olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetleri için de önemli bir engel teşkil etmektedir (16). Aile hekimliği disiplinin önemli konuları arasında bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, koruyucu sağlık hizmetleri ve kronik hastalıkların takibi yer almaktadır. Hipertansiyon, Tip 2 Diyabet, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar gibi birçok kronik hastalığın önlenabilir risk faktörlerini arındırmak, bu kronik hastalıkların takibinde ve tedavisinde başarılı olmak sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir (27,28).

Sağlık Hizmeti Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality) tarafından hazırlanan Evrensel Sağlık Okuryazarlığı Tedbirlerini Uygulama Rehberi'nin (Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit) 2. sürümü sağlık okuryazarlığının birinci basamak sağlık hizmetlerindeki önemini vurgulamaktadır. Sağlık okuryazarlığı ile sağlık bilgilerinin ve sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı arasında önemli bir ilişki vardır. Kutner ve ark.'na (38) göre düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip kişiler sağlık sisteminin rutin taleplerini karşılamakta zorluk çekmektedir. Rehberde sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük kişilerin belirlenerek bu kişilere yönelik sözel ya

da yazılı eğitim materyallerinin hazırlanması gibi konulara yer verilmiştir. Ayrıca sözlü iletişimi, yazılı iletişimi, destekleyici sistemleri, özyönetimi ve güçlendirmeyi geliştirme alt başlıklarına yer verilmiştir (54).

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

İlaç Kavramı

DSÖ ilacı, fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, kullanan kişinin yararına olacak şekilde değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan madde veya farmasötik ürün olarak tanımlamıştır (55).

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ise ilacı, insan hastalıklarını tedavi etme veya önleme özelliklerine sahip olan veya farmakolojik, metabolik veya immünolojik etkiler ile fizyolojik fonksiyonları iyileştirmek, düzeltmek veya değiştirmek veya tıbbi tanı koymak için insanlarda kullanılan madde veya maddeler kombinasyonu olarak tanımlanmaktadır (56).

İlaçlar birçok akut veya kronik hastalığın tedavisinin temel taşıdır. Doğru şekilde kullanıldığında kişileri hastalıklardan koruma veya tedavi etme özelliğine sahipken ilaçların hatalı veya etkin olmayan şekilde kullanımı, ilaç ilişkili yan etkilerde artışa, önlenemez hastane yatışlarına, yaşamı tehdit eden sağlık sorunlarına ve hatta kişinin hayatını kaybetmesine sebep olabilir (8,57).

Günümüz dünyasında ekonomik şartların iyileşmesi, teknolojinin gelişmesi ve sağlık politikalarındaki değişim ile bireyler bilgiye hızla ulaşabilir ve ilaçları daha kolay temin edebilir hale gelmiştir. Bu değişen şartların hatalı yorumlanması, ilaçların yanlış veya gereksiz kullanımına yol açabilmektedir (8).

Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı ve Temel İlkeleri

DSÖ'ye göre dünya çapında kullanılan ilaçların yarısından fazlası uygun olmayan şekilde reçete edilmekte, uygulanmakta veya satılmaktadır. Buna ek olarak dünya nüfusunun üçte biri temel ilaçlara erişememektedir (11). Akılcı ilaç kullanımı, DSÖ tarafından önerilen ilaç politikalarının temel unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir (10).

DSÖ'nün 1977 yılında ilk kez yayınladığı Temel İlaçlar Listesi, akılcı ilaç kullanımı konusundaki ilk büyük adım olarak sayılmaktadır. 1985 yılında Nairobi şehrinde DSÖ tarafından Akılcı İlaç Kullanımı Uzmanları Konferansı gerçekleştirilmiştir. Bu konferansta geliştirilen tanıma göre akılcı ilaç kullanımı, kişilerin klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, bireysel gereksinimlerini karşılayacak dozda, yeterli sürede, kendisi ve yaşadığı toplum için en düşük maliyetle kullanmasıdır (58,59).

DSÖ'nün tanımını sadeleştirecek olursak akılcı ilaç kullanımı, doğru ilacın, doğru dozda, doğru yoldan, doğru sürede, doğru hastaya uygulanmasıdır (60). Akılcı ilaç kullanımının temel amacı ise ilaç tedavisinin maliyetini en aza indirmek, önlenabilir advers ilaç reaksiyonlarından ve ilaç etkileşimlerinden kaçınmak ve hasta uyumunu teşvik ederken terapötik bakımın kalitesini arttırmaktır (61).

Hastanın sorunlarının anlaşılması ve doğru tanının konulması, akılcı ilaç kullanımı sürecinin ilk adımı sayılmaktadır. Belirlenen tanı doğrultusunda kişiye özgü tedavinin seçilmesi ise bir sonraki adımı oluşturmaktadır. İlaç veya ilaç dışı, etkili ve güvenli tedavi seçenekleri değerlendirilerek açık ve anlaşılır bir reçete düzenlenmelidir. Önerilen tedavinin uygun dozu ve kullanım süresi hastaya açıklanmalıdır. Mevcut durum ve tedavi planı hakkında yeterli bilgi verilmelidir. Tedavi yanıtlarının değerlendirilmesi amacıyla düzenli aralıklarla yapılacak olan takipler planlanmalıdır (60).

Akılcı İlaç Kullanımında Sorumluluk Sahibi Taraflar

Akılcı ilaç kullanımının sorumluluk sahibi tarafları arasında tabipler, eczacılar, hasta ve hasta yakınları, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, ilaç sektörü, sistemin düzenleyicisi olan otoriteler, meslek örgütleri ve diğerleri (örneğin: akademi ve medya) sayılabilir (62)(Şekil 2) .



Şekil 2. Akılcı ilaç kullanımının ortak paydaşları (63)

Hastaya doğru tanının konulması ve doğru ilacın başlanması hekimlerin sorumluluğundadır. Bu nedenle hekimler akılcı ilaç kullanımı için kritik öneme sahiptir. Hekim, tedaviyi belirlerken tedavinin ulaşılabılır olmasına, hasta için en faydalı ve en ekonomik tedavi olmasına dikkat etmelidir. Tedavi seçimi esnasında ilacın dozu, kullanım şekli ve olası yan etkileri hakkında dikkatli olmalı, hastasını bilgilendirilmelidir. Hekim hastanın geçmiş sağlık durumunu, kullandığı diğer ilaçları ve güncel şikayetlerini göz önünde bulundurarak en uygun tedaviyi seçmelidir (64). Ayrıca hekimler ilaç seçimi yaparken, sahip olduğu ilaç bilgisinin yanında, ilaçlarla alakalı mevzuata ve politikalara, Sağlık Bakanlığı'nın tavrına da hakim olmalıdır (65).

Eczaneler, sağlık hizmeti sunumda kolay erişilebilir ve ekonomik bir kaynaktır. Hastalar tarafından hızlı bir öneri, yönlendirme, ilaç ve bilgi kaynağı olarak görülmektedirler (66,67). Her ne kadar hastayı değerlendirip tanı koyan ve tedaviye karar veren kişi hekim olsa da hastanın tedaviye ulaştığı ve tedavi öncesi son karşılaştığı sağlık profesyonelleri eczacılardır. Eczacılar günümüzde ilaç satmaktan öte, tedavi sürecinin ortaklarından biri olarak değerlendirilmektedir. Eczacıların reçete edilen ilaç hakkında hastaya bilgi vermesi, ilaçların doğru şekilde kullanılması ve saklanması için önem taşımaktadır. Ek olarak eczacılar, hastaların reçetesiz olarak kullandığı ilaçlar konusunda da sorumluluk sahibidir. Tüm bu nedenlerden dolayı toplumda akılcı ilaç kullanımı davranışlarının geliştirilmesinde eczacıların rolü değerlidir (68).

Akılcı ilaç kullanımının en önemli paydaşlarından bir diğeri de hastalardır. Hastalara etkin ve güvenilir tedavi, doğru dozda ve sürede, düşük maliyetle önerilse bile, son noktada ilaç kullanımını belirleyen hastaların karar verme mekanizmalarıdır (69). Hastalar kullanacakları ilaçların yararlarını ve risklerini bilmeli, ilaçları nasıl ve ne zaman kullanacağına dair bilgiye sahip olmalıdır. Sık rastlanan sorunlar arasında sağlık profesyonellerine danışılmadan ilaç kullanılması, benzer şikayetleri olan kişilere ilaç önerilmesi, evde bulunan ilaçlar ile tedavi denenmesi, sağlık profesyonelleri dışındaki kişilerin tavsiyeleriyle denenilen tedaviler, hekimin önerdiği tedavinin dozuna veya kullanım süresine uymamak sayılabilir. Akılcı ilaç kullanımı sürecinde hastaların sağlık bilgi düzeyi, sosyokültürel özellikleri, zihinsel ve ruhsal durumu, tedaviye yönelik bakış açısı ve tedaviye uyumu önem taşımaktadır (11,70). Akılcı ilaç kullanımının geliştirilmesi için sadece sağlık profesyonellerinin değil, halkın da eğitimi gerekmektedir.

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

DSÖ'ye göre ilaçların yarısından fazlası uygunsuz olarak tüketilmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada temel sağlık

sorunlarından biri haline gelmektedir. İlaçların aşırı, yanlış veya yetersiz kullanımı mevcut kaynakların israfına ve yaygın sağlık tehlikelerine yol açmaktadır (60,69).

Akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin tersi yönündeki uygulamalar veya davranışlar akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak tanımlanmaktadır (71). Yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı, tedavi kılavuzlarına uygun olmayan reçetelerin önerilmesi akılcı olmayan ilaç kullanımının temel özelliklerindedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı, akılcı olmayan şekilde düzenlenmiş reçetelerden kaynaklanıyor olabileceği gibi hastaların ilaçları doğru zamanda, doğru dozda ve doğru sürede kullanmamasından da kaynaklanıyor olabilir (57,69).

Akılcı olmayan ilaç kullanımının, ana aktörleri arasında hastalar, hekimler, ilaç sektörü, sağlık otoriteleri sayılabilir. Alta yatan sebepler çeşitlilik göstermektedir. Hekimlerin bilgi veya tecrübe eksikliği, hasta yoğunluğu, hastaya ayrılan vaktin kısıtlı olması, personel sayısının eksikliği, ilaç sektörünün müdahaleleri bu sebepler arasında sayılabilir. Hasta kaynaklı sebepler arasında düşük eğitim düzeyi ve sosyokültürel seviye, yanlış bilgi ve inançlar sayılabilir (60) .

Akılcı olmayan ilaç kullanımı daha kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Tedavide gecikmeye, morbidite ve mortalite artışına, gerekli olan ilaçlara ulaşımın güçleşmesine, ilaç etkileşimlerine ve artan yan etki riskine, antimikrobiyal ilaç direncine yol açmaktadır. Aynı zamanda kaynakların gereksiz kullanımı ve iş yükü artışı gibi ekonomik olumsuzluklara da yol açmaktadır (58,69).

Reçete yazımını ve ilaç kullanımı iyileştirerek akılcı ilaç kullanımını desteklemek amacıyla sağlık profesyonelleri, hastalar, sağlık otoriteleri ve ilaç sektörü için çeşitli öneriler geliştirilmelidir. Örneğin hastaların bilinçli kararlar alabilmeleri, ilaçları uygun zaman ve dozda güvenli bir şekilde kullanabilmeleri için bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir (57). Sağlık profesyonellerinin akılcı ilaç kullanımı hakkındaki farkındalığının artırılması, güncel tanı ve tedavi kılavuzlarının kullanılması, hastalara ayrılan sürenin artırılması akılcı olmayan ilaç kullanımı ile mücadeleye katkı sağlayacaktır.

Dünya’da ve Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı

DSÖ 1985 yılında akılcı ilaç kullanımı kavramının tanımı yapmış ve bu konuya dikkat çekmiştir (11). Bu tarihten sonra dünya genelinde konunun yaygınlaşması ve akılcı ilaç kullanımının geliştirilmesi amacıyla çeşitli kurumlar kurulmuş ve çalışmalar yapılmıştır.

DSÖ, akılcı ilaç kullanımını geliştirmek amacıyla reçete yazma, hasta bakımı ve sağlık tesisi göstergeleri geliştirmiştir (61). Örneğin hekimlere yardımcı olmak amacıyla DSÖ tarafından, ilaç seçimi ve ilaç reçete etme konularını içeren bir rehber yayınlamıştır. Bu rehber, hekimlere ilaç seçiminde dikkat edilmesi gereken kriterleri ve yöntemleri tanıtmaktadır.

Rehbere göre akılcı ilaç seçimi, tedavinin etkinliği, güvenilirliği, düşük maliyetli olması ve hastanın tedaviye uygunluğu esaslarına dayanmalıdır (71–73).

İlaçların etkili, güvenli ve uygun maliyetle kullanımını teşvik etmek için multidisipliner araştırma ve müdahale projeleri yürütmek üzere 1989 yılında Uluslararası Akılcı İlaç Kullanımı Ağı kurulmuştur. Yürütülen çalışmaları değerlendirmek amacıyla 1997, 2004 ve 2011 yıllarında 3 büyük Uluslararası İlaç Kullanımını Geliştirme Konferansı gerçekleştirilmiştir (74).

DSÖ, akılcı ilaç kullanımını desteklemek amacıyla 12 müdahale önermiştir. Bu müdahaleler şunlardır (11):

1. Oluşturulacak ulusal bir kurum ile ilaç kullanım politikalarının değerlendirilmesi,
2. Klinik tanı ve tedavi kılavuzlarının oluşturulması
3. Tercih edilen tedavilere yönelik ülkelerin kendi temel ilaçlar listesini oluşturması
4. Sağlık kuruluşlarında ilaç ve tedavi kurullarının kurulması
5. Sağlık eğitimi veren kurumların (örneğin tıp fakülteleri) probleme dayalı farmakoterapi eğitimine önem vermesi
6. Hizmet içi eğitimin sürekliliğine önem verilmesi
7. Gözetim, denetim ve geri bildirim mekanizmalarının işletilmesi
8. Bağımsız kişi ve kurumlarca ilaçlar hakkında bilgi toplanması
9. Topluma ilaçlar hakkında eğitim verilmesi
10. Olumsuz sonuçlara sebep olacak finansal politikalardan kaçınılması
11. İlaç kullanımı ile ilişkili tüm aktörlerin faaliyetlerinin düzenlenmesi
12. Sağlık çalışanlarının ve ilaçların varlığını sürdürebilmesi için gerekli bütçelerin sağlanması

Akılcı ilaç kullanımını geliştirmeye yönelik çabalara rağmen, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde milyonlarca insanın temel ilaçlara erişimi yoktur. Bu durum akılcı olmayan ilaç kullanımına sebep olmaktadır (61).

Ülkemizde 1990'lı yıllar itibariyle akılcı ilaç kullanımı daha fazla gündeme gelmeye başlamış ve akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır (75). Bu çalışmalar sıklıkla Sağlık Bakanlığı, çeşitli meslek örgütleri ve eğitim kurumları tarafından gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı öncülüğünde 1999 yılında Ankara'da yapılan bir toplantıda Türk Farmakoloji Derneği bünyesinde Klinik Farmakoloji Çalışma Grubu kurulmasına, akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması amacıyla ulusal eylem planı hazırlanmasına, akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitici eğitimleri başta olmak üzere akılcı ilaç kullanımı eğitimleri düzenlenmesine karar verilmiştir. Bu toplantı ile ülkemizdeki akılcı ilaç

kullanımı çalışmaları hız kazanmıştır. Eğitici eğitimlerine katılan kişilerin öncülüğünde akılcı ilaç kullanımı eğitimleri ülkemiz genelinde tıp fakültelerinde verilmeye başlanmıştır (75).

Prof. Dr. Oğuz Kayaalp'in editörlüğünde 1999 yılında ilk basımı yapılan Türkiye İlaç Kılavuzu akılcı ilaç kullanımının geliştirilmesi için önemli bir kaynaktır. Bu kaynak Sağlık Bakanlığı tarafından eczacılara ve hekimlere tavsiye edilmektedir (76).

İlk defa 2002 yılında yayınlanan Birinci Basamak Tanı ve Tedavi Rehberi, 2003 ve 2012 yıllarında güncellenmiştir. Akılcı ilaç kullanımının geliştirilmesi için güncel literatüre uygun, standart tanı ve tedavi kılavuzları kullanılması büyük öneme sahiptir (75,77).

DSÖ'nün akılcı ilaç kullanımı önerileri doğrultusunda ülkemizde atılan bir diğer ciddi adım ise Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü'nün 2010 yılında kurulmasıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından beşer yıllık akılcı ilaç kullanımı ulusal eylem planı çalışmaları yapılmıştır. Bu kapsamda hekimler tarafından düzenlenen reçetelerin analiz edilerek değerlendirilmesi amacıyla Reçete Bilgi Sistemi geliştirilmiştir (78,79).

Aile Hekimliği ve Akılcı İlaç Kullanımı

Aile hekimleri, kolay ulaşılabilir olması, ücretsiz, kapsamlı ve sürekli bakım vermesi nedeniyle hastaların sağlık sistemindeki ilk başvuru noktalarından birini oluşturmaktadır. Hekim ile hasta arasındaki ilişkinin geliştirilmesine aile hekimliği pozitif yönde katkı sağlamaktadır (71,80).

Akılcı ilaç kullanımının temel unsurlarından olan doğru hasta için etkin ve güvenli tedavinin seçimi, tedavi sürecinin takibi ve hastaya danışmanlık verilmesi konularında aile hekimleri, hastaların ilk başvuru noktası olması, hasta ve hekim arasındaki iletişimin kuvvetli olması, bakımın kapsamlı ve sürekli olması nedeniyle önemli avantaja sahiptir.

Akılcı ilaç kullanımının temel unsurlarından bir diğeri uygulanacak tedavinin düşük maliyetli olmasıdır. Ülkelerin sağlık harcamaları içinde ilaç giderleri önemli yer tutmaktadır. 2017 yılı verilerine göre ülkemizde sağlık harcamaları içerisinde bu oran %16 civarındadır. Aile hekimlerinin yazmış olduğu reçeteler ülkemizde yazılan reçetelerin büyük kısmını oluşturmaktadır (80,81). Tüm bu nedenlerden dolayı akılcı ilaç kullanımının geliştirilmesinde aile hekimleri önemli role sahiptir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne il merkezinde yaşıyan 18-64 yaş arasındaki yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeyini ölçmek ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin akılcı ilaç kullanımına etkisini incelemek amacıyla yapılmış olup tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Aralık 2020’de Edirne il merkezinde yaşıyan 18-64 yaş arasındaki 126.367 kişi araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Edirne il merkezinde 23 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) olup toplamda Aile Sağlığı Birimi sayısı 54’tür. Örneklem sayısı %5 hata payı, %95 güven aralığıyla 383 kişi olarak hesaplanmıştır. Edirne il merkezinde yaşıyan 18-64 yaş arasındaki nüfus, cinsiyete ve yaşa göre tabakalandırılmıştır, Her bir Aile Sağlığı Biriminden birime kayıtlı 18-64 yaş arasındaki nüfus oranında gönüllüye ulaşılması hedeflenmiş ve bu doğrultuda 583 gönüllü katılımcı ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışma, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’nun etik kurul kararı (Ek 1), Edirne Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı (Ek 2) ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Ek 3) onayı alındıktan sonra 28 Ocak 2022 ile 28 Ağustos 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan sözlü onam alındıktan sonra anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Katılımcıların kimlik bilgileri istenmemiştir.

Araştırmaya katılma kriterleri Edirne il merkezindeki bir ASM’ye kayıtlı olmak, 18-64 yaş arasında olmak ve çalışmaya katılmak için gönül olmak olarak belirlenmiştir. Kişinin iletişim kurmayı engelleyecek bir probleminin olması ise kabul edilmeme kriteri olarak belirlenmiştir.

Veriler araştırmacılarca hazırlanan bir anket (Ek 4) yardımı ile toplandı. Anket katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, okuma alışkanlıklarını, kronik hastalık durumlarını, sağlık hizmeti ve ilaç kullanım alışkanlıklarını sorgulayan 30 soru, TSOY-32'yi içeren 32 soru ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'ni (AİKÖ) içeren 21 sorudan oluşmaktadır. Aralık 2021 yoksulluk sınırı verileri göz önünde bulundurularak hane halkı aylık geliri kategorize edilmiştir.

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32

Okyay ve ark. (50) tarafından HLS-EU Çalışması Kavramsal Çerçevesi baz alınarak 2016 yılında geliştirmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach Alfa katsayısı 0,927 olarak hesaplanmıştır. TSOY-32, HLS-EU'dan farklı olarak üç yerine iki alt boyut içeren 2*4'lük bir matristen oluşmaktadır. Matrisin iki alt boyutunu; tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirmesi oluştururken dört sürecini; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama oluşturmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. TSOY-32'nin matris bileşenleri ve ölçek maddelerinin bileşenlere göre dağılımı

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1,4,5,7	2,8,11,13	3,9,12,15	6,10,14,16
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirmesi	18,20,22,27	19,21,23,25	24,26,28,32	17,29,30,31

TSOY-32, toplamda 32 maddeden oluşan likert tipte bir ölçektir. Katılımcıdan her bir madde için çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok seçeneklerinden birini seçmesi istenir. Verilen yanıtlar çok kolay:4 puan, kolay:3 puan, zor:2 puan, çok zor:1 şeklinde puanlanır. Toplam ölçek puanının 0-50 arası değer alması amacıyla bir formül geliştirilmiştir.

$$\text{Formül=İndeks}=(\text{ölçekten alınan puanların aritmetik ortalaması} - 1) \times (50/3)$$

İndeksten alınan puana göre sağlık okuryazarlığı düzeyi 4 kategoriye ayrılmıştır;

0-25 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

26-33 puan: sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı

34-42 puan: yeterli sağlık okuryazarlığı

43-50 puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı (50)

AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

Demirtaş ve ark. (9) AİKÖ'yü 2018 yılında geliştirmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Ölçek akılcı ilaç kullanımı hakkındaki bilgi düzeyini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Anketin hazırlanması aşamasında Sosyal Güvenlik Kurumu'nca basılan Toplumaya Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı kitabından faydalanılmıştır. Toplamda 21 önermeden oluşan ölçekte, katılımcıdan, her bir önerme için doğru, yanlış veya bilmiyorum seçeneklerinden birini seçmesi istenir. Önermelerin 10'u doğru 11'i ise yanlış (ters) önermelerdir. Önermelere verilen doğru yanıtlar 2 puan, yanlış yanıtlar 0 puan, bilmiyorum yanıtları ise 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 42, en düşük puan ise 0'dır. Akılcı ilaç kullanımı, bilgi düzeyi arttıkça ölçekten elde edilen puanın arttığı kabul edilmiştir. Ölçeğin kestirim değeri 34'tür, ölçekten 35 puan ve üzeri alan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu kabul edilmiştir.

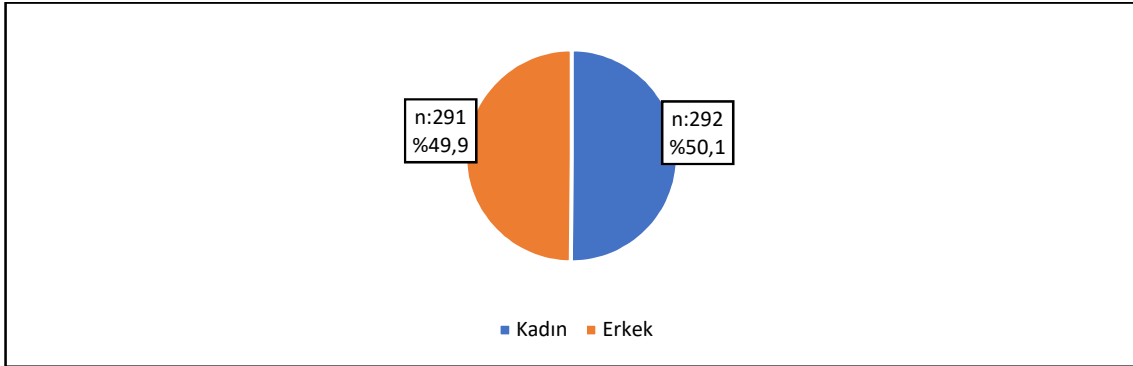
İSTATİSTİKSEL ANALİZ

SPSS 19 (S Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) istatistik programı kullanılarak verilerin istatistiksel analizi yapıldı. Araştırmada elde edilen anket verilerinin normal dağılıma uymadığı saptandığı için çalışmamızda parametrik olmayan testler kullanıldı. Bağımsız iki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal Wallis testinde anlamlı farklılıklar görülmesi halinde farklılıkların kaynağını belirlemek üzere Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Numerik veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmamıza 292'si (%50,1) kadın, 291'i (%49,9) erkek olmak üzere toplam 583 kişi gönüllü olarak katılmıştır (Şekil 3).



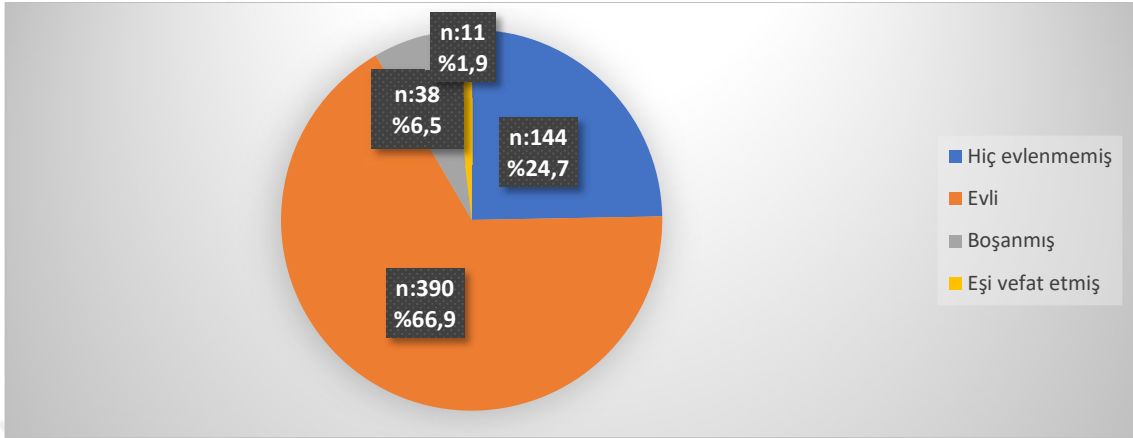
Şekil 3. Katılımcıların cinsiyet dağılımı

Katılımcıların yaş ortalaması $39,63 \pm 12,79$ (minimum 18, maksimum 64) saptanmıştır. Kadın katılımcıların yaş ortalaması $39,36 \pm 12,52$ (ortanca 39), erkek katılımcıların ise yaş ortalaması $39,9 \pm 13,08$ (ortanca 39) olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların yaş ortalaması

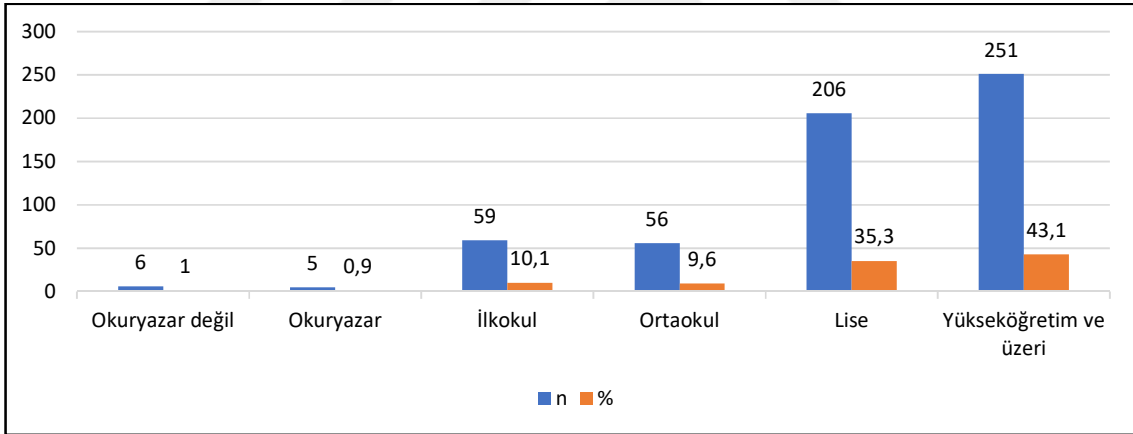
		Ortalama \pm ss
Yaş Ortalaması	Kadın	$39,36 \pm 12,52$
	Erkek	$39,9 \pm 13,08$

Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumları incelendiğinde 390'ının (%66,9) evli, 144'ünün (%24,7) henüz hiç evlenmemiş olduğu gözlenmiştir (Şekil 4).



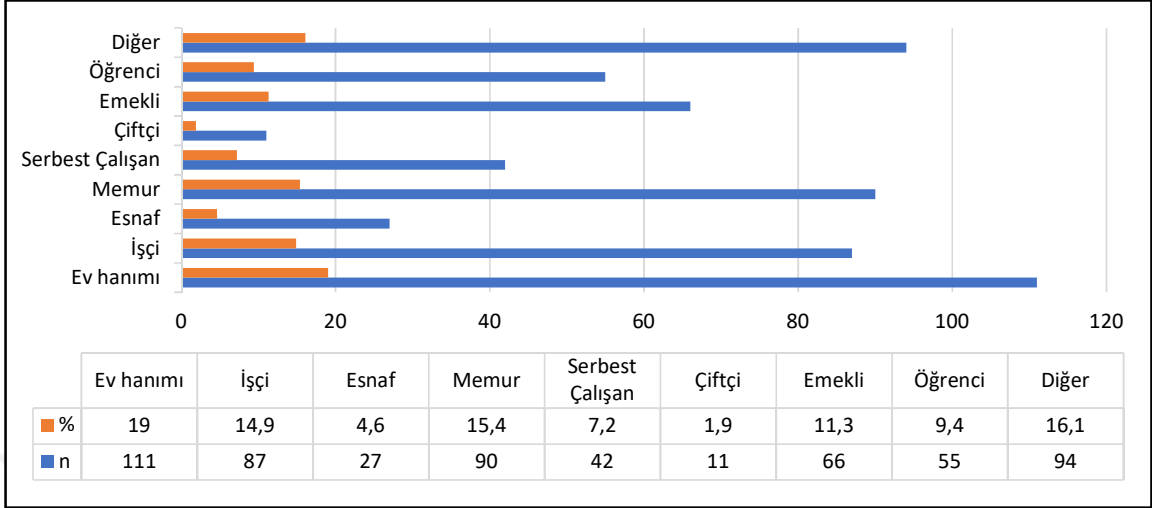
Şekil 4. Katılımcıların medeni durumları

Katılımcıların eğitim durumları sorgulandığında 251'inin (%43,1) yükseköğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, 206'sının (35,3) lise mezunu olduğu saptanmıştır (Şekil 5).



Şekil 5. Katılımcıların eğitim durumu

Katılımcılar mesleklerine göre değerlendirildiğinde ev hanımları, memurlar, işçiler ve diğer meslek grupları çoğunluğu oluşturmaktadır (Şekil 6). Çalışma durumu sorgulandığında ise 315 (%54) kişinin gelir getiren bir işte aktif olarak çalıştığı saptanmıştır.



Şekil 6. Katılımcıların mesleklere göre dağılımı

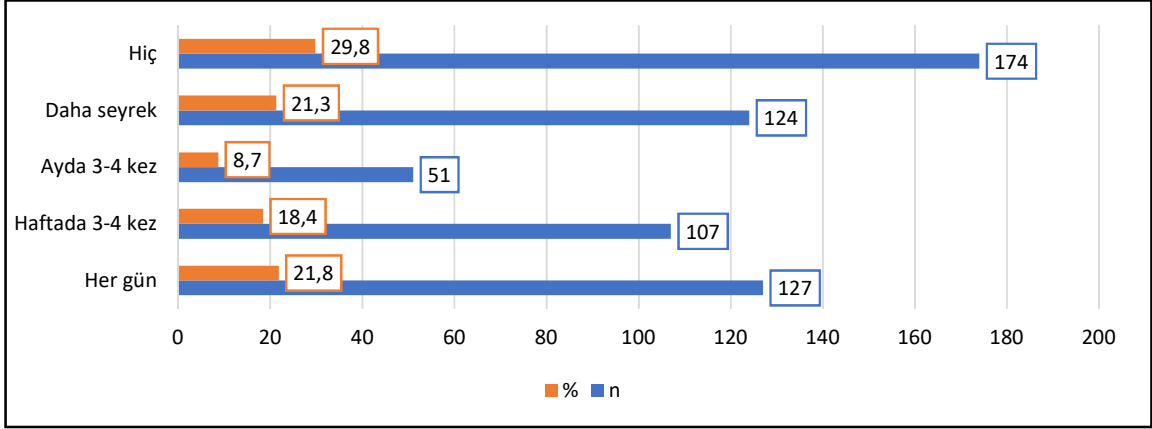
Hane halkının aylık toplam geliri sorgulandığında katılımcıların 265'inin (%45,5) gelirinin 6001-12000 TL arasında olduğu, 170'inin (%29,2) gelirinin 6000 TL ve altında olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların hane halkının aylık toplam gelirleri

	n	%
6000 TL ve altında	170	29,2
6001 – 12000 TL	265	45,5
12001 – 24000 TL	118	20,2
24001 TL ve üzeri	30	5,1

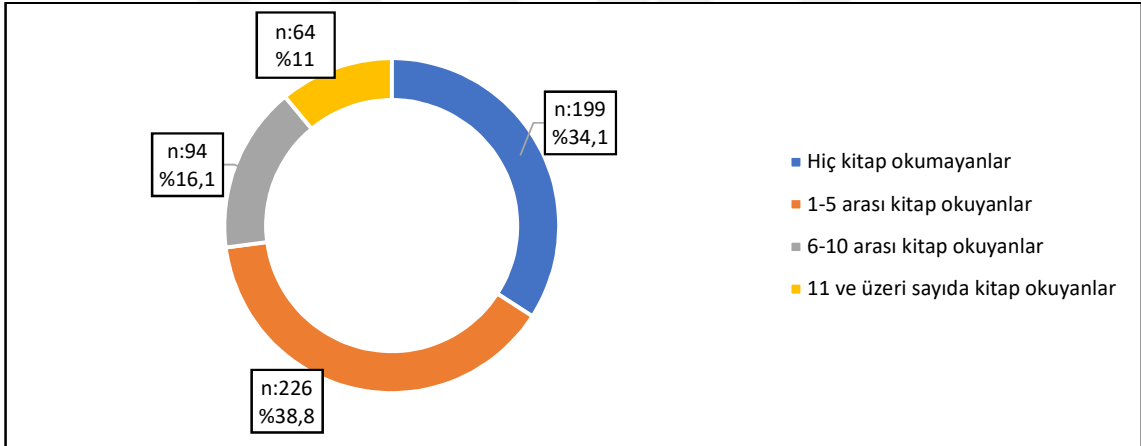
Katılımcıların sigara kullanımı sorgulandığında 288'inin (%49,4) hiç sigara kullanmadığı, 246'sının (%42,2) sigara kullandığı ve 49'unun (%8,4) ise sigarayı bıraktığı saptanmıştır.

Katılımcıların gazete okuma alışkanlıkları sorgulandığında 127'sinin (%21,8) her gün gazete okuduğu 174'ünün (%29,8) ise hiç gazete okumadığı öğrenilmiştir. Şekil 7'de katılımcıların gazete okuma alışkanlıkları sunulmuştur.



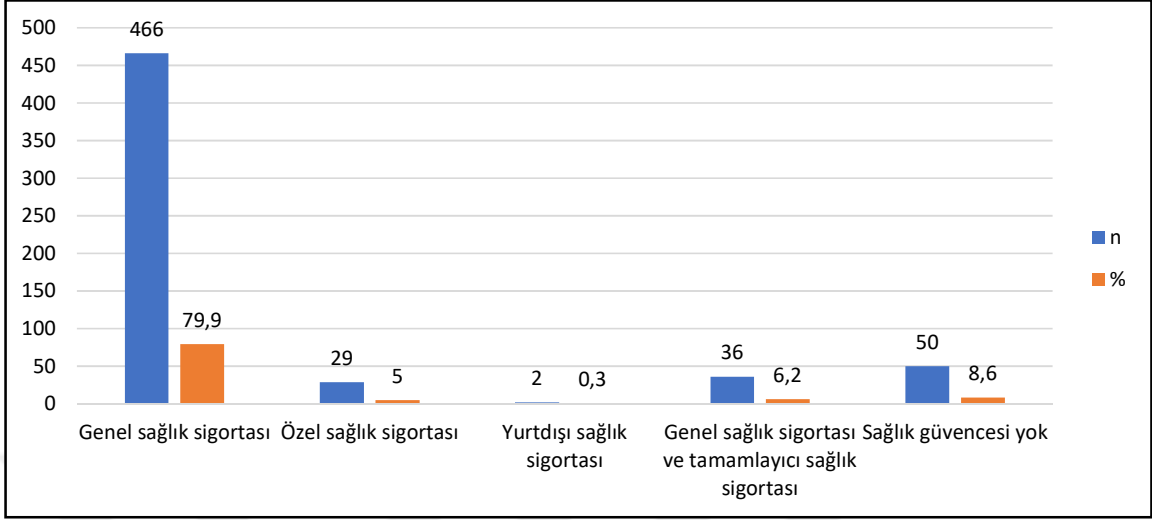
Şekil 7. Katılımcıların gazete okuma alışkanlıkları

Katılımcıların son 1 yıldaki kitap okuma alışkanlıkları sorgulandığında 226 kişinin (%38,8) 1-5 arası kitap okuduğu, 199 kişinin (%34,1) ise hiç kitap okumadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların kitap okuma alışkanlıkları Şekil 8’de belirtilmiştir.



Şekil 8. Katılımcıların son 1 yıldaki kitap okuma alışkanlıkları

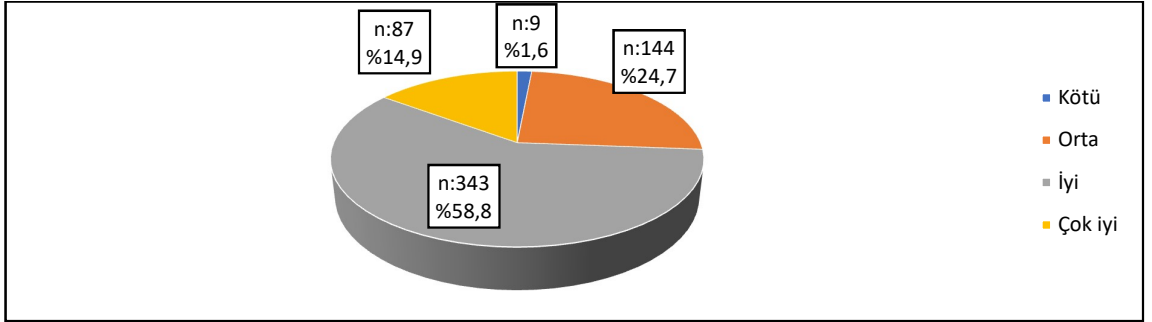
Katılımcıların sağlık güvencesi sorgulandığında büyük çoğunluğunun genel sağlık sigortasına sahip olduğu gözlenmiştir. Sağlık güvencesi olmayanlar ise katılımcıların %6,2’lik dilimi oluşturmaktadır (Şekil 9).



Şekil 9. Katılımcıların sağlık güvencesi

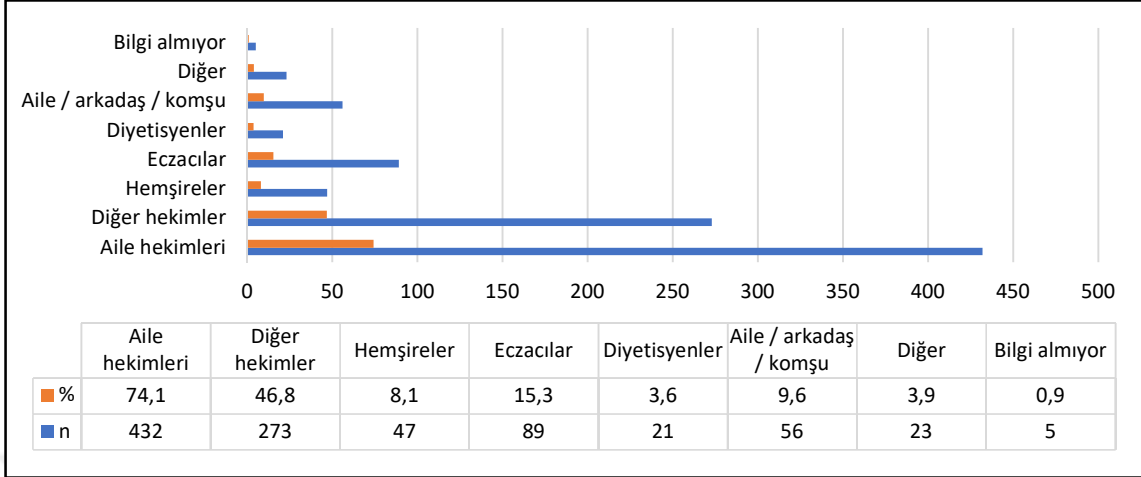
Çalışmaya katılan bireylerin %37'sinin (n:216) en az bir tanılı kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. En sık gözlenen kronik hastalıklar ise %43,51 (n:94) ile hipertansiyon, %18,98 (n:41) ile diyabetes mellitus, %15,74 (n:34) ile yüksek kolesterol ve %12,96 (n:28) ile kalp hastalıkları olmuştur. Kronik hastalığı bulunan katılımcıların 174'ünün (%80,55) hastalığı ile ilgili sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırdığı ve 187'sinin (%86,57) hastalığı için düzenli olarak ilaç kullandığı saptanmıştır.

Katılımcılara sağlık durumunu nasıl değerlendiği sorulduğunda en sık verilen cevap %58,8 (n:343) ile “iyi” olurken en az verilen cevap %1,6 (n:9) ile “kötü” olmuştur (Şekil 10).



Şekil 10. Katılımcıların öznel sağlık durumu değerlendirmeleri

Katılımcılara sağlıkla ilgili bilgi almak istediklerinde danıştığı kişiler sorulduğunda en sık verilen cevaplar sırasıyla 432 kişi (%74,1) ile aile hekimleri, 273 kişi (%46,8) ile diğer hekimler ve 89 kişi (%15,3) ile eczacılar olduğu saptanmıştır (Şekil 11).

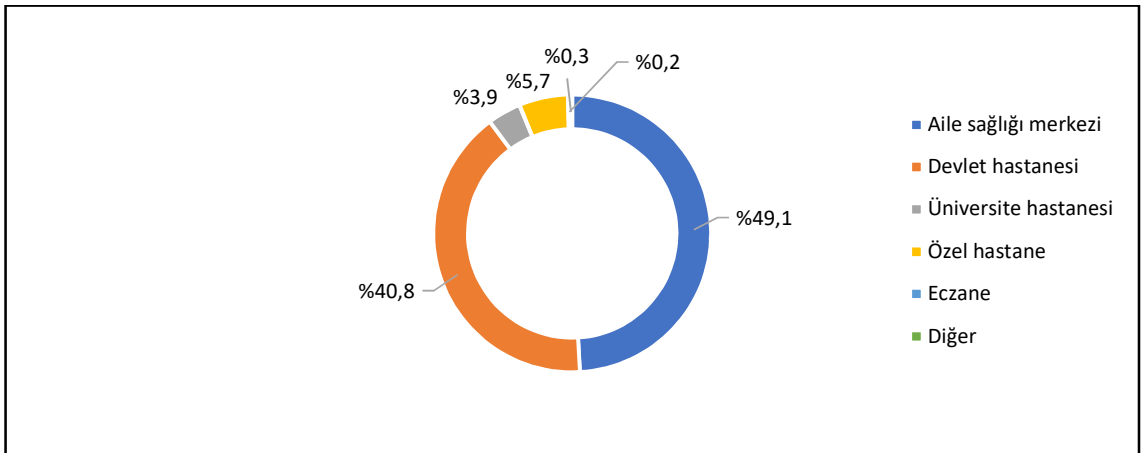


Şekil 11. Katılımcıların sağlık konusunda bilgi almayı tercih ettiği kişiler

Çalışmaya katılan kişilere sağlıkla ilgili bilgi almak istediklerinde kullandıkları iletişim araçları, kaynakları sorulduğunda en sık verilen yanıtlar sırasıyla %77,7 (n:453) internet, %28 (n:163) televizyon ve %19,9 (n:116) telefon uygulamaları olmuştur.

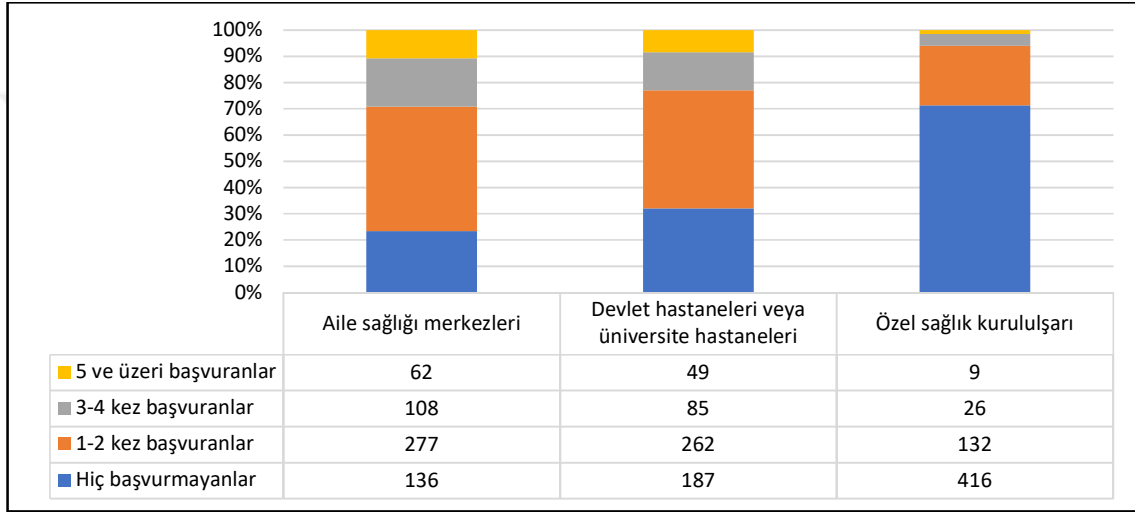
Katılımcılara hastalandıklarında ne yaptıkları sorulduğunda büyük çoğunluğu %93,1 (n:543) hekime başvurduklarını belirtmiştir. Katılımcıların %13,6'sı (n:79) evdeki ilaçlarla tedavi denediğini, %11'i (n:64) eczacıya danıştığını, %10,1'i (n:59) daha önce kullandığı ilacı eczaneden aldığını, %8,7'si (n:51) bitkisel ürünler ile tedavi denediğini, %7,7'si (n:45) hastalığın kendiliğinden geçmesini beklediğini, %5'i (n:29) ise aileye, komşuya veya bir tanıdığa danıştığını belirtmiştir.

Sağlık hizmeti almak amacıyla ilk başvurdukları sağlık kurumu sorulduğunda katılımcılar %49,1 (n:286) ile aile sağlığı merkezine, %40,8 ile devlet hastanesine başvurduğunu belirtmiştir (Şekil 12).



Şekil 12. Katılımcıların sağlık hizmeti almak amacıyla ilk başvurdukları kurumlar

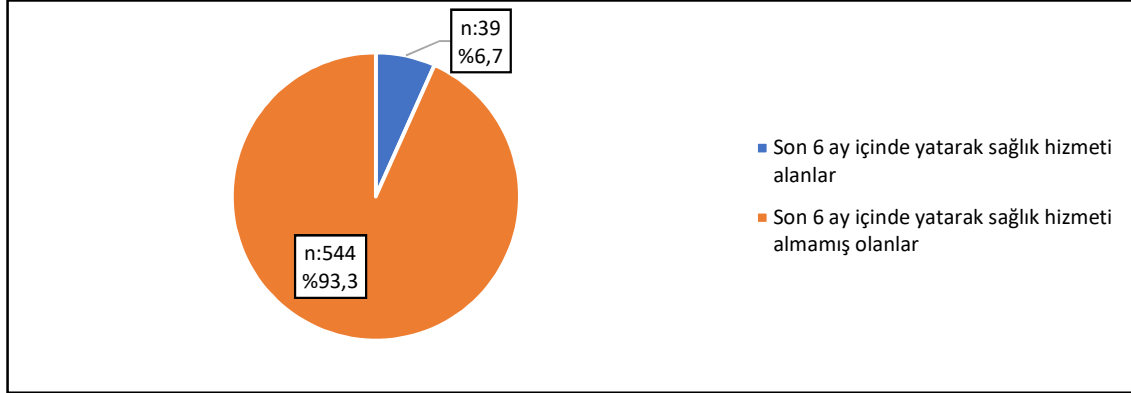
Katılımcıların son 6 ay içindeki sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları değerlendirildiğinde en sık başvuru yapılan kuruluşlar $2,14 \pm 2,4$ ortalama (minimum 0, maksimum 20) ile aile sağlığı merkezleri olmuştur. Devlet hastanelerine veya üniversite hastanelerine başvuru ortalaması $1,83 \pm 2,42$ (minimum 0, maksimum 20), özel sağlık kuruluşlarına başvuru ortalaması ise $0,53 \pm 1,09$ (minimum 0, maksimum 10) saptanmıştır. Bu sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları Şekil 13’de sunulmuştur.



Şekil 13. Katılımcıların aile sağlığı merkezlerine, devlet hastanelerine ve üniversite hastanelerine ve özel sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları

Katılımcılara en son ne için sağlık kuruluşuna başvurduğu sorulduğunda en sık alınan yanıtlar sırasıyla 192 (%32,9) kişi ile “yeni gelişen şikayet nedeniyle”, 135 (%23,2) kişi ile “bilinen hastalığın kontrolü amacıyla”, 94 (%16,1) kişi ile “koruyucu sağlık hizmeti almak amacıyla” şeklinde olmuştur.

Son 6 ay içinde yatarak sağlık hizmeti alma durumu sorgulandığında ise katılımcıların %6,7’sinin (n:39) son 6 içinde yatarak tedavi aldığını belirtmiştir (Şekil 14).



Şekil 14. Katılımcıların son 6 aydaki yatarak tedavi alma durumu

Doktora danışmadan ilaç kullanımı sorgulandığında katılımcıların %73,1'i (n:426) doktora danışmadan ilaç kullandığını belirtmiştir. Danışılmadan kullanılan ilaçların içeriği sorgulandığında ise en sık kullanılan ilaçların sırasıyla %84,1 (n:361) ile ağrı kesiciler, %40 (n:172) ile soğuk algınlığı ilaçları, %22,8 (n:98) ile vitaminler ve %19,1 (n:82) ile merhemler olduğu gözlenmiştir.

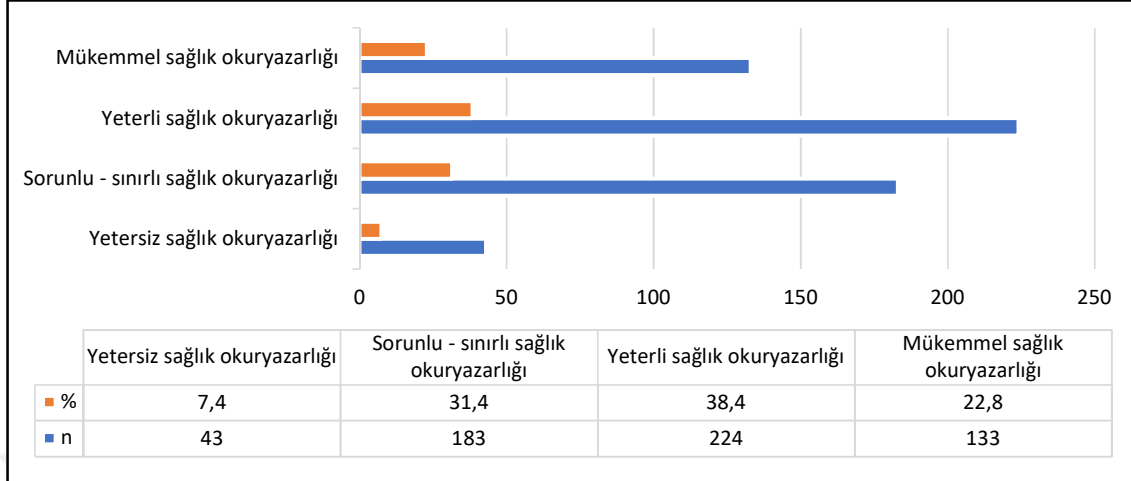
Katılımcıların 162'sinin (%27,8) hasta olmadığı halde evde bulunsun diye ilaç yazdırdığı öğrenilmiştir.

İlaçları kullanmadan önce kullanma talimatını okuyanların oranının %87,5 (n:510), son kullanma tarihini kontrol edenlerin oranının ise %92,5 (n:539) olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların kullanma talimatı okuma ve son kullanma tarihini kontrol etme sıklıkları

	Kullanma talimatını okuma		Son kullanma tarihini kontrol etme	
	n	%	n	%
Evet	510	87,5	539	92,5
Hayır	73	12,5	44	7,5

Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden aldıkları genel indeks puanları değerlendirildiğinde ortalama $35,66 \pm 7,74$, ortanca ise 34,89 saptanmıştır. En düşük indeks değeri 6,9 ve en yüksek indeks değeri 50'dir. Genel indeks puanlarının ortalaması sağlık okuryazarlığı düzeyi kategorilerine göre incelendiğinde, bu değer yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine (>33-42) karşılık gelmektedir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri Şekil 15'te belirtilmiştir.



Şekil 15. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri

Katılımcıların 357'sinin (%61,2) yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, 226'sının (%38,8) ise sorunlu/sınırlı veya yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Her 5 katılımcıdan 2'si sorunlu/sınırlı veya yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir.

TSOY-32 ölçeğinin 'Tedavi ve hizmet' alt boyutunun indeks ortalaması $36,44 \pm 7,88$ (ortanca 36,45) olup en düşük indeks değeri 7,29, en yüksek indeks değeri ise 50'dir. 'Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi' alt boyutunun ise indeks ortalaması $34,88 \pm 8,65$ (ortanca 33,33)'tir. Bu alt boyuttan alınan en düşük indeks değeri 6,41 iken en yüksek indeks değeri 50'dir. Çalışmamızda en yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilen alt boyut 'Tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/uygulama' alt boyutudur. En düşük ortalamaya sahip olan alt boyut ise 'Tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme' alt boyutudur.

Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları indeks puanlarının ortalama, ortanca, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerleri Tablo 6'da belirtilmiştir. Ölçeğin süreçlerine ait veriler ise Tablo 7'de sunulmuştur.

TSOY-32 ölçeğine verilen yanıtları soru bazlı değerlendirecek olursak ortalaması en yüksek soru $3,46 \pm 0,62$ ile 10. soru (sağlıkçıların önerdikleri biçimde ilaçlarımızı kullanmak) olurken ortalaması en düşük soru $2,68 \pm 0,86$ ile 3. soru (sağlık ile ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarımızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek) olmuştur.

En fazla 'çok kolay' yanıtı verilen soru 330 (%56,6) kişi ile 6. soru (bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak), en fazla 'çok zor' yanıtı verilen soru 52 (%8,9) kişi ile 3. soru olmuştur. En fazla 'fikrim yok' yanıtı

verilen soru ise 59 (%10,1) kişi ile 32. soru (sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak) olmuştur.

Tablo 6. TSOY-32 ölçeğinin ve alt boyutlarının indeks puanlarının dağılımı

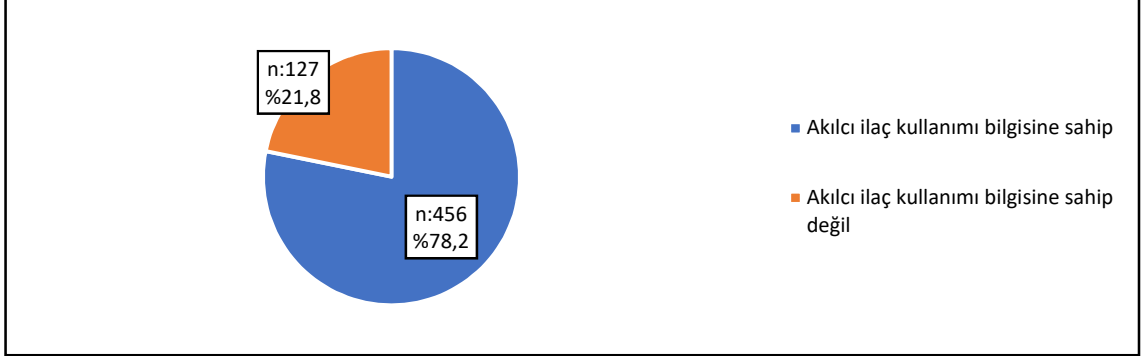
Boyutlar	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	En yüksek - En düşük değerler
TSOY-32 Genel İndeks Puanı	35,66±7,74	34,89	6,9 - 50
Tedavi ve hizmet	36,44±7,88	36,45	7,29 - 50
Bilgiye ulaşma	37,28±9,72	37,5	0 - 50
Bilgiyi anlama	37,05±8,79	37,5	4,17 - 50
Bilgiyi değerlendirme	31,95±9,54	33,33	0 - 50
Bilgiyi kullanma/değerlendirme	39,42±9,07	41,66	12,5 - 50
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	34,88±6,41	33,33	6,41 - 50
Bilgiye ulaşma	36,13±9,65	33,33	0 - 50
Bilgiyi anlama	36,35±9,54	33,33	0 - 50
Bilgiyi değerlendirme	33,51±10,52	33,33	4,17 - 50
Bilgiyi kullanma/uygulama	33,49±10,32	33,33	0 - 50

Tablo 7. TSOY-32 ölçeğinin süreçlerine ait indeks puanlarının dağılımı

Süreçler	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	En yüksek - En düşük değerler
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	36,7±8,75	37,5	4,17 - 50
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	36,72±8,25	35,41	4,17 - 50
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	32,67±8,92	33,33	4,76 - 50
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	36,46±8,37	35,41	8,33 - 50

Katılımcıların AİKÖ'den aldığı puanlar değerlendirildiğinde ortalama 37,01±4,48, ortanca ise 38 saptanmıştır. Ölçekten alınan en düşük puan 18 iken, en yüksek puan 42'dir.

AİKÖ'den alınan puanın 35 ve üzerinde olması halinde kişinin akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu kabul edilmektedir (9). Katılımcıların 456'sı (%78,2) akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu, 127'sinin (%21,8) ise akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olmadığı tespit edilmiştir (Şekil 16).



Şekil 16. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyleri

AİKÖ'ye verilen yanıtları soru bazlı değerlendirecek olursak en fazla doğru yanıt verilen önerme 572 (%98,1) kişi ile 4. madde (ilaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir), en fazla hatalı yanıt verilen önerme 139 (%23,8) kişi ile 13. madde (tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz) olmuştur. En fazla 'bilmiyorum' cevabı verilen önermenin ise 149 (%25,6) kişi ile 9. madde (bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir) olduğu saptanmıştır.

KARŞILAŞTIRMALI BULGULAR

Katılımcıların yaşları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü ($r=-0,173$) ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığının alt boyutları ve süreçleri benzer şekilde değerlendirildiğinde de negatif yönde, zayıf düzeyde, anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların yaşları ile TSOY-32'den aldıkları genel, alt boyut ve süreç indeks puanlarının karşılaştırılması

	Yaş	
	r*	p
Genel indeks	-0,173	<0,001
Tedavi ve hizmet alt boyutu	-0,171	<0,001
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu	-0,156	<0,001
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma süreci	-0,203	<0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama süreci	-0,15	<0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme süreci	-0,146	<0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama süreci	-0,113	0,006

*Spearman's korelasyon katsayısı

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile cinsiyet ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Eğitim durumları ile sağlık okuryazarlığı d¼zeyleri karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 9). İekli karşılaştırmalar yapıldığında okuryazar olmayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı d¼zeyinin ortaokul, lise, y¼ksek¼đretim ve ¼zeri eğitim d¼zeyine sahip katılımcılardan daha d¼ř¼k olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde ilkokul mezunlarının lise, y¼ksek¼đretim ve ¼zeri okullardan mezun olan katılımcılara g¼re daha d¼ř¼k sağlık okuryazarlığı d¼zeyine sahip olduğu g¼zlenmiřtir.

Tablo 9. Katılımcıları sağlık okuryazarlığı d¼zeylerinin bazı tanımlayıcı ¼zellikler değişimi

		Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Cinsiyet	Kadın	35,58±7,95	35,26	0,946*
	Erkek	35,73±7,54	34,4	
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	36,85±7,45	36,45	0,1**
	Evli	35,39±7,65	34,44	
	Boşanmış	34,84±9,28	33,63	
	Eşi vefat etmiş	32,43±8,14	30,72	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	18,77±7,7	20,37	<0,001**
	Okuryazar	36,32±10,26	32,81	
	İlkokul	32,55±6,81	31,25	
	Ortaokul	33,69±7,5	33,59	
	Lise	35,87±7,39	34,94	
	Y¼ksek¼đretim ve ¼zeri	37,04±7,54	36,55	

*Mann Whitney U **Kruskal-Wallis

Katılımcıların mesleği, gelir getiren bir işte aktif olarak çalışma durumu, sağlık g¼vencesi gibi sosyoekonomik ¼zellikleri ile sağlık okuryazarlığı d¼zeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı d¼zeyleri ile hane halkının aylık toplam geliri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,002$) (Tablo 10). İekli karşılaştırmalar yapıldığında hane halkı aylık geliri 6000 TL ve altında olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı d¼zeyinin 12001-24000 TL arasında olanlara g¼re istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha d¼ř¼k olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların okuma alışkanlıkları ile sağlık okuryazarlığı d¼zeyi arasındaki ilişki incelendiğinde gazete okuma alışkanlığı ile sağlık okuryazarlığı d¼zeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 11). Ancak sağlık okuryazarlığı d¼zeyleri ile son bir yılda okudukları kitap sayıları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde pozitif y¼nde zayıf ($r=0,17$) ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin bazı sosyoekonomik etkenlerle değişimi

		Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Meslek	Ev hanımı	33,69±8,32	33,85	0,231
	İşçi	35,56±7,43	35,55	
	Esnaf	35,98±8,5	34,4	
	Memur	36,47±7,61	35,45	
	Serbest çalışan	35,8±7,27	33,07	
	Çiftçi	34,19±9,55	32,77	
	Emekli	35,37±7,45	33,59	
	Öğrenci	36,37±6,81	34,94	
	Diğer	37,07±7,75	36,19	
Aktif olarak gelir getiren işte çalışma	Çalışıyor	36,21±7,57	35,55	0,062
	Ev hanımı	33,67±8,1	33,33	
	Öğrenci	36,39±7,05	35,52	
	Emekli	35,54±7,71	33,87	
	İşsiz	36,36±8,45	36,76	
	Çalışmaya engel durumu mevcut	30,21±4,63	31,77	
Hane halkının aylık toplam geliri	6000 TL ve altı	33,95±8,07	33,33	0,002
	6001-12000 TL	36,06±7,31	34,94	
	12001-24000 TL	37,43±7,87	37,63	
	24001 TL ve üzeri	34,76±7,49	34,14	
Sağlık güvencesi	Genel sağlık sigortası	35,87±7,5	35,41	0,209
	Özel sağlık sigortası	35,79±7,64	34,89	
	Yurt dışı sağlık sigortası	28,11±4	28,11	
	Genel sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortası	36,21±8,53	35,03	
	Sağlık güvencesi yok	33,53±9,23	31,99	

(Kruskal-Wallis)

Tablo 11. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin gazete okuma alışkanlıklarına göre değişimi

	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Her gün	35,94±7,51	34,4	0,864
Haftada 3-4 kez	36,24±7,53	35,41	
Ayda 3-4 kez	36,35±7,48	34,4	
Daha seyrek	35,69±7,3	35,51	
Hiç	34,86±8,42	34,4	

(Kruskal-Wallis)

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sigara kullanma alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sigara kullanma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyi değişimi Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sigara kullanımına göre değişimi

	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Hiç kullanmamış	36,06±7,93	35,18	0,133
Aktif içici	35,39±7,67	35,41	
Bırakmış	34,62±6,97	33,33	

(Kruskal-Wallis)

Katılımcıların kişisel sağlık durumu değerlendirmesi ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 13). İkili karşılaştırmalarda sağlık durumunu ‘çok iyi’ olarak belirten katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, sağlık durumunu ‘kötü’ veya ‘orta’ olarak belirten katılımcılara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlık durumunu ‘iyi’ olarak ifade eden katılımcıların ‘kötü’ olarak ifade eden katılımcılardan anlamlı şekilde daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 13. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumu değerlendirmelerine göre değişimi

	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Kötü	26,65±7,97	25	<0,001
Orta	34,21±7,59	33,33	
İyi	35,86±7,66	35,41	
Çok iyi	38,15±7,24	36,97	

(Kruskal-Wallis)

Kronik hastalığı olan katılımcılar ile olmayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. En az bir kronik hastalığı olan bireyler hastalıklarına göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Yüksek kolesterolü olanların olmayanlara göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Diğer kronik hastalıklar için istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 14).

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıkları ile ilgili düzenli sağlık kontrolü yaptırma ve düzenli ilaç kullanma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin kronik hastalık durumlarına göre değişimi

			Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Kronik hastalık		Var	34,77±8,03	34,37	0,064
		Yok	36,18±7,53	35,41	
En az bir kronik hastalığı olan bireyler	Hipertansiyon	Var	33,76±8,44	33,33	0,134
		Yok	35,54±7,63	34,94	
	Diyabetes mellitus	Var	33,51±9,15	33,33	0,424
		Yok	35,06±7,74	34,37	
	Yüksek kolesterol	Var	31,33±9,36	30,95	0,016
		Yok	35,41±7,61	34,46	
	Kalp hastalığı	Var	31,86±9,67	32,29	0,085
		Yok	35,2±7,69	34,42	
	Astım/KOAH	Var	34,39±9,89	34,13	0,996
		Yok	34,82±7,77	34,37	
	Böbrek hastalığı	Var	34,99±6,09	36,97	0,871
		Yok	34,76±8,09	34,37	
	Karaciğer hastalığı	Var	31,8±6,36	31,25	0,184
		Yok	34,93±8,09	34,4	
	Nörolojik hastalık	Var	34,38±7,06	33,33	0,546
		Yok	34,81±8,15	34,4	
Psikiyatrik hastalık	Var	32,27±8,73	33,33	0,244	
	Yok	35,11±7,89	34,39		
Diğer	Var	35,74±6,95	34,37	0,359	
	Yok	34,37±8,41	34,13		
Kronik hastalık sebepli	Düzenli sağlık kontrolü	Var	35,16±8,09	34,4	0,077
		Yok	33,12±7,65	32,55	
	Düzenli ilaç kullanımı	Var	34,4±8,12	33,33	0,076
		Yok	37,11±7,07	36,97	

(Mann Whitney U)

Sağlık bilgisine ulaşmak için hemşireye, eczacıya ya da aileye/komşuya/tanıdığı danışanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri seçeneklerdeki diğer kimselere danışanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Aile hekimine, diğer hekimlere, diyetisyene veya diğer kişilere danışanlar ile seçeneklerdeki diğer kimselere danışanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 15).

Sağlık bilgisine ulaşmak için herhangi bir kaynak kullanmayanların sağlık okuryazarlığı düzeyi kullananlara göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (p=0,048). İnterneti sağlık bilgisine erişim için bir kaynak olarak kullananları sağlık okuryazarlığı düzeyi kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır (p<0,001). Televizyonu veya radyoyu kullananların ise sağlık okuryazarlığı düzeyi kullanmayanlara kıyasla anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır (sırasıyla p=0,032, p=0,003) (Tablo 15).

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık bilgisine ulaşmak için gazete/dergi, kitap, broşür, reklam panosu ve telefon uygulamaları kaynaklarını kullanıp kullanmaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada kullandıkları kaynaklara göre değişimi

			Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Sağlık bilgisi için danışılan kişiler	Aile hekimi	Evet	35,58±7,71	34,89	0,645
		Hayır	35,86±7,87	35,48	
	Diğer hekimler	Evet	35,12±7,85	34,89	0,273
		Hayır	36,13±7,63	34,89	
	Hemşire	Evet	33,35±6,89	33,33	0,023
		Hayır	35,86±7,79	35,26	
	Eczacı	Evet	32,44±7,72	32,81	<0,001
		Hayır	36,24±7,61	35,51	
	Diyetisyen	Evet	33,03±8,18	33,33	0,126
		Hayır	35,75±7,72	34,94	
	Aile/komşu/tanıdık	Evet	33,38±8,72	31,77	0,037
		Hayır	35,9±7,6	34,94	
	Diğer	Evet	34,79±8,37	32,29	0,377
		Hayır	35,69±7,72	34,89	
Kimse	Evet	31,51±6,26	30,95	0,141	
	Hayır	35,69±7,75	34,89		
Sağlık bilgisi için kullanılan kaynaklar, iletişim araçları	Gazete/dergi	Evet	36±7,23	34,37	0,848
		Hayır	35,61±7,81	34,89	
	Kitap	Evet	36,54±7,7	34,89	0,522
		Hayır	35,54±7,75	34,89	
	Televizyon	Evet	34,58±7,74	33,33	0,032
		Hayır	36,07±7,71	35,48	
	Radyo	Evet	29,91±8,73	29,68	0,003
		Hayır	35,83±7,65	35,03	
	İnternet	Evet	36,46±7,43	35,55	<0,001
		Hayır	32,84±8,19	32,74	
	Broşür	Evet	35,01±6,51	34,37	0,437
		Hayır	35,71±7,83	34,89	
	Reklam panosu	Evet	34,02±7,42	33,33	0,292
		Hayır	35,69±7,57	34,89	
	Telefon uygulamaları	Evet	35,86±7,03	35,21	0,649
		Hayır	35,6±7,92	34,89	
	Hiç	Evet	32,98±8,2	33,33	0,048
		Hayır	35,84±7,69	34,94	

(Mann Whitney U)

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık hizmeti almak için ilk başvurduğu kurum, sağlık kuruluşuna son başvuru sebebi ve son 6 ayda yatarak tedavi hizmeti alma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlıklarına göre değişimi

			Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Hastalık durumunda	Hekime başvurma	Evet	35,73±7,71	34,89	0,654*
		Hayır	34,68±8,21	34,39	
	Eczacıya danışma	Evet	32,04±8,26	33,33	<0,001*
		Hayır	36,1±7,57	35,41	
	Aile/komşu/tanıdığa danışma	Evet	30,2±8,91	31,25	0,002*
		Hayır	35,94±7,58	34,94	
	Evdeki ilaçlarla tedavi deneme	Evet	33,66±8,61	33,33	0,034*
		Hayır	35,97±7,56	35,41	
	Daha önce kullandığı ilacı temin	Evet	30,63±8,71	30,1	<0,001*
		Hayır	36,22±7,43	35,45	
	Bitkisel ürünler ile tedavi	Evet	33,54±7,96	33,33	0,047*
		Hayır	35,86±7,7	35,03	
Hastalığın kendiliğinden geçmesini bekleme	Evet	31,25±8,36	30,1	<0,001*	
	Hayır	36,02±7,58	35,41		
Sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yapılan sağlık kuruluşu	Aile sağlığı merkezi	35,25±7,88	34,4	0,098**	
	Devlet hastanesi	35,77±7,59	35,26		
	Üniversite hastanesi	39,37±6,62	40,1		
	Özel hastane	35,1±7,7	34,89		
	Diğer	41,4±10,68	41,4		
En son sağlık kuruluşu başvurusu sebebi	Aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma	36,92±8,84	36,5	0,265**	
	Danışma, bilgi alma	35,39±7,55	33,85		
	Bilinen hastalıkla ilgili kontrol	35,54±8,24	35,41		
	Yeni gelişen şikayet	34,84±7,27	33,86		
	Mevcut tedaviyi tekrar yazdırmak	35,97±7,64	35,55		
	Diğer	36,51±8,07	36,97		
Yatarak tedavi alma (son 6 ayda)	Evet	35,02±8,08	33,87	0,593*	
	Hayır	35,7±7,72	34,89		

*Mann Whitney U, **Kruskal-Wallis

Hastalık durumunda eczacıya veya aileye/komşuya/tanıdığı danışanların danışmayanlara göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,002$). Evdeki ilaçlarla tedavi deneyenlerin denemeyenlere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p=0,034$). Daha önceden kullandığı ilacı eczaneden alıp kullananların bunu yapmayanlara göre, bitkisel ürünler ile tedavi deneyenlerin denemeyenlere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,047$). Hastalığın kendiliğinden geçmesini bekleyenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi beklemeyenlere göre daha düşük saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 16).

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile son 6 aydaki ASM başvuru sayıları arasında negatif yönde zayıf ($r=-0,111$) ve anlamlı ($p=0,007$) bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Devlet hastanesi ve üniversite hastanesine başvuru sayıları ve özel sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların son 6 ayda belirtilen sağlık kurumlarına yaptığı toplamı başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında ise negatif yönde zayıf ($r=-0,1$) ve anlamlı ($p=0,015$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Sağlık okuryazarlığı düzeyi	
	r*	p
Aile sağlığı merkezi	-0,111	0,007
Devlet hastanesi ve üniversite hastanesi	-0,026	0,532
Özel sağlık kuruluşu	-0,022	0,602
Toplam başvuru sayısı	-0,1	0,015

*Spearman's korelasyon katsayısı

Doktora danışmadan ilaç kullanan katılımcılar ile kullanmayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İhtiyacı olmadığı halde evde bulundurmamak amacıyla ilaç yazdıranları sağlık okuryazarlığı düzeyi bunu yapmayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p=0,02$). İlacı kullanmadan önce kullanma talimatını okuyan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin okumayan katılımcılara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,005$). İlacı kullanmadan önce son kullanma tarihini kontrol eden ve etmeyen katılımcılar arasında ise sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilaç kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Doktora danışmadan ilaç kullanma	Evet	35,38±7,68	34,46	0,176
	Hayır	36,41±7,9	35,93	
İhtiyacı olmadan ilaç reçete ettirme	Evet	34,24±7,98	34,13	0,02
	Hayır	36,2±7,59	35,48	
İlaç kullanmadan önce kullanma talimatını okuma	Evet	36,05±7,44	35,41	0,005
	Hayır	32,87±9,21	32,29	
İlaç kullanmadan önce son kullanma tarihine bakma	Evet	35,83±7,6	34,89	0,146
	Hayır	33,55±9,18	33,35	

(Mann Whitney U)

Katılımcıların, sağlık okuryazarlığının tedavi ve hizmet alt boyutundan aldığı puanlar ile cinsiyet ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eğitim durumları ile tedavi ve hizmet alt boyutundan aldığı puanlar karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 19). İkili karşılaştırmalar yapıldığında okuryazar olmayanların tedavi ve hizmet alt boyut puanlarının ortaokuldan, liseden, yükseköğretim ve üzeri okuldan mezun olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. İlkokul mezunu olanların da lise ve yükseköğretim ve üzeri eğitilmiş katılımcılardan daha düşük puanlar aldığı belirlenmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri ile sağlık okuryazarlığı tedavi hizmet alt boyutundan aldıkları puanların değerlendirilmesi

		Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Cinsiyet	Kadın	36,16±8,29	35,55	0,51*
	Erkek	36,71±7,44	36,45	
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	37,85±7,38	38,54	0,57**
	Evli	36,07±7,81	35,55	
	Boşanmış	35,87±9,29	35,72	
	Eşi vefat etmiş	33,01±9,55	29,16	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	18,46±8,11	20,83	<0,001**
	Okuryazar	37,01±9,58	34,37	
	İlkokul	33,36±6,95	32,29	
	Ortaokul	34,7±7,88	34,93	
	Lise	36,75±7,49	37,5	
	Yükseköğretim ve üzeri	37,71±7,64	37,5	

*Mann Whitney U **Kruskal-Wallis

Katılımcıların mesleği ve sağlık güvencesi ile tedavi ve hizmet alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Tedavi ve hizmet alt boyut puanları ile hane halkının aylık toplam geliri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,015$).

İkili karşılaştırmalara yapıldığında hane halkı aylık geliri 6000 TL ve altında olanların tedavi ve hizmet alt boyut puanlarının 12001-24000 TL arasında olanlara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyut puanları ile aktif çalışma durumları arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,037) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyut puanlarının bazı sosyoekonomik etkenlerle değişimi

		Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Meslek	Ev hanımı	34,45±8,56	34,37	0,271
	İşçi	36,3±7,71	36,66	
	Esnaf	37,09±7,74	35,55	
	Memur	37,24±7,61	37,5	
	Serbest çalışan	36,84±7,15	36,45	
	Çiftçi	34,44±9,69	34,37	
	Emekli	36,5±7,53	35,48	
	Öğrenci	37,03±7,2	35,55	
	Diğer	37,62±8,02	37,62	
Aktif olarak gelir getiren işte çalışma	Çalışıyor	36,96±7,79	36,9	0,037
	Ev hanımı	34,3±8,2	34,37	
	Öğrenci	37,23±7,2	36	
	Emekli	36,32±7,7	35,48	
	İşsiz	37,59±8,19	38,54	
	Çalışmaya engel durumu mevcut	32,24±1,84	31,25	
Hane halkının aylık toplam geliri	6000 TL ve altı	34,9±8,18	34,37	0,015
	6001-12000 TL	36,79±7,46	35,55	
	12001-24000 TL	37,83±8,13	38,54	
	24001 TL ve üzeri	36,58±7,7	36,56	
Sağlık güvencesi	Genel sağlık sigortası	36,71±7,63	36,45	0,224
	Özel sağlık sigortası	36,53±7,66	36,45	
	Yurt dışı sağlık sigortası	27,77±	27,77	
	Genel sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortası	36,04±8,72	35,41	
	Sağlık güvencesi yok	34,52±9,45	33,33	

(Kruskal-Wallis)

Katılımcıların okuma alışkanlıkları ile sağlık okuryazarlığının tedavi ve hizmet alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde gazete okuma alışkanlığı tedavi ve hizmet alt boyutu

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 21). Ancak tedavi ve hizmet alt boyutu puanı ile son bir yılda okunan kitap sayıları arasında pozitif yönde zayıf ($r=0,16$) ve anlamlı ($p<0,001$) bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyutu puanlarının gazete okuma alışkanlıklarına göre değişimi

	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Her gün	36,75±7,6	36,45	0,965
Haftada 3-4 kez	36,63±7,73	35,41	
Ayda 3-4 kez	36,94±7,49	37,5	
Daha seyrek	36,17±7,19	35,41	
Hiç	36,13±8,75	37,5	

(Kruskal-Wallis)

Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyutu puanları ile sigara kullanma alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyutu puanlarının sigara kullanımına göre değişimi

	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Hiç kullanmamış	36,66±8,1	36,45	0,413
Aktif içici	36,37±7,84	36,78	
Bırakmış	35,47±6,7	34,37	

(Kruskal-Wallis)

Katılımcıların kişisel sağlık durumu değerlendirmesi ile sağlık okuryazarlığının tedavi ve hizmet alt boyutundan aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 23).

İkili karşılaştırmalar yapıldığında sağlık durumunu ‘çok iyi’ olarak belirten katılımcıların ‘orta’ ve ‘kötü’ olarak belirten katılımcılara göre, ‘iyi’ olarak belirten katılımcıların ise ‘kötü’ olarak belirten katılımcılara göre tedavi ve hizmet alt boyut puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyutu puanlarının sağlık durumu değerlendirmelerine göre değişimi

	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Kötü	26,82±8,39	26,04	<0,001
Orta	35,21±8,07	34,37	
İyi	36,65±7,67	36,45	
Çok iyi	38,62±7,35	38,54	

(Kruskal-Wallis)

Kronik hastalığı olan katılımcılar ile olmayan katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. En az bir kronik hastalığı olan bireyler hastalıklarına göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde tedavi ve hizmet alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir (Tablo 24).

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarıyla ilgili düzenli sağlık kontrolü yaptırıp yaptırmama ve düzenli ilaç kullanıp kullanmama durumlarına göre tedavi ve hizmet alt boyutu puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyut puanlarının kronik hastalık durumlarına göre değişimi

			Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Kronik hastalık		Var	35,55±8,2	35,41	0,06
		Yok	36,96±7,64	36,66	
En az bir kronik hastalığı olan bireyler	Hipertansiyon	Var	34,38±8,46	34,37	0,076
		Yok	36,45±7,91	36,17	
	Diyabetes mellitus	Var	34,84±9,35	35,45	0,845
		Yok	35,74±7,93	35,41	
	Yüksek kolesterol	Var	32,61±9,23	33,33	0,063
		Yok	36,09±7,9	35,55	
	Kalp hastalığı	Var	32,58±10,12	32,81	0,093
		Yok	35,99±7,81	35,55	
	Astım/KOAH	Var	34,11±9,88	34,37	0,398
		Yok	35,74±7,95	35,55	
	Böbrek hastalığı	Var	35,63±6,67	38,54	0,902
		Yok	35,54±8,26	35,41	
	Karaciğer hastalığı	Var	32,76±5,08	33,33	0,162
		Yok	35,7±8,32	35,55	
	Nörolojik hastalık	Var	35,16±7,38	33,33	0,54
		Yok	35,59±8,31	35,55	
	Psikiyatrik hastalık	Var	33,17±9,39	33,58	0,312
		Yok	35,87±8	35,48	
Diğer	Var	36,88±7,1	35,55	0,175	
	Yok	35,01±8,57	34,93		
Kronik hastalık sebepli	Düzenli sağlık kontrolü	Var	35,93±8,21	35,55	0,094
		Yok	33,96±8,06	33,33	
	Düzenli ilaç kullanımı	Var	35,22±8,32	35,41	0,116
		Yok	37,68±7,17	38,54	

Mann Whitney U

Sağlık bilgisine ulaşmak için hemşireye, eczacıya danışanların tedavi ve hizmet alt boyutu puanları seçeneklerdeki diğer kimselere danışanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Aile hekimine, diğer hekimlere, diyetisyene,

aileye/komşuya/tanıdığı veya diğer kişilere danışanlar ile seçeneklerdeki diğer kimselere danışanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 25).

İnterneti sağlık bilgisine erişim için bir kaynak olarak kullananları tedavi ve hizmet alt boyut puanları kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. Televizyonu veya radyoyu kullananların ise tedavi ve hizmet alt boyut puanları kullanmayanlara kıyasla anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyutu puanlarının sağlıkla ilgili ulaşmada kullandıkları kaynaklara göre değişimi

			Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Sağlık bilgisi için danışılan kişiler	Aile hekimi	Evet	36,26±7,83	35,72	0,29
		Hayır	36,93±8,02	37,5	
	Diğer hekimler	Evet	36,15±7,98	36,45	0,604
		Hayır	36,69±7,79	36,45	
	Hemşire	Evet	33,98±7,55	33,33	0,02
		Hayır	36,65±7,87	35,45	
	Eczacı	Evet	33,1±7,83	33,33	<0,001
		Hayır	37,04±7,74	37,5	
	Diyetisyen	Evet	33,7±8,21	33,33	0,083
		Hayır	36,54±7,85	36,45	
	Aile/komşu/tanıdık	Evet	34,42±9,02	33,85	0,087
		Hayır	36,65±7,72	36,45	
	Diğer	Evet	35,55±8,73	34,37	0,613
		Hayır	36,47±7,85	36,45	
Kimse	Evet	31,97±6,46	32,29	0,156	
	Hayır	36,48±7,88	36,45		
Sağlık bilgisi için kullanılan kaynaklar, iletişim araçları	Gazete/dergi	Evet	36,63±7,82	35,41	0,985
		Hayır	36,41±7,89	36,45	
	Kitap	Evet	36,78±8,18	36,45	0,898
		Hayır	36,39±7,84	36,45	
	Televizyon	Evet	36,9±7,81	36,78	0,21
		Hayır	35,24±7,95	34,37	
	Radyo	Evet	36,59±7,79	36,45	0,008
		Hayır	31,21±9,27	30	
	İnternet	Evet	37,19±7,45	36,66	<0,001
		Hayır	33,81±8,74	34,37	
	Broşür	Evet	36,19±6,58	35,41	0,679
		Hayır	36,46±7,97	36,45	
	Reklam panosu	Evet	33,94±8,36	33,33	0,167
		Hayır	36,49±7,29	36,45	
	Telefon uygulamaları	Evet	36,74±7,09	36,78	0,596
		Hayır	36,36±8,06	35,89	
	Hiç	Evet	34,43±8,58	34,37	0,165
		Hayır	36,57±7,82	36,45	

Mann Whitney U

Sağlık bilgisine ulaşmak için gazete/dergi, kitap, broşür, reklam panosu ve telefon uygulamaları kaynaklarını kullanan katılımcılar ile diğer katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Sağlık bilgisine ulaşmak için hiçbir kaynak kullanmayanlarla diğerleri arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 25).

Tablo 26. Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyut puanlarını sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlıklarına göre değişimi

			Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	P
Hastalık durumunda	Hekime başvurma	Evet	36,45±7,81	35,89	0,698*
		Hayır	36,29±8,83	38,02	
	Eczacıya danışma	Evet	33,01±8,61	33,85	0,001*
		Hayır	36,86±7,68	36,66	
	Aile/komşu/tanıdığa danışma	Evet	31,1±9,55	32,29	0,003*
		Hayır	36,72±7,69	36,45	
	Evdeki ilaçlarla tedavi deneme	Evet	34,05±8,83	34,37	0,009*
		Hayır	36,81±7,66	36,56	
	Daha önce kullandığı ilacı temin	Evet	31,32±8,81	31,25	<0,001*
		Hayır	37,01±7,56	37,5	
Bitkisel ürünler ile tedavi	Evet	34,76±8,43	34,37	0,115*	
	Hayır	36,6±7,81	36,45		
Hastalığın kendiliğinden geçmesini bekleme	Evet	32,64±9,01	31,25	0,002*	
	Hayır	36,75±7,7	36,45		
Sağlık hizmeti almak için ilk başvurulacak sağlık kuruluşu	Aile sağlığı merkezi	36,07±8,07	35,41	0,121**	
	Devlet hastanesi	36,67±7,73	36,78		
	Üniversite hastanesi	40,06±6,04	39,58		
	Özel hastane	34,97±7,81	35,41		
	Diğer	41,41±9,57	41,14		
En son sağlık kuruluşu başvurusu sebebi	Aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma	37,83±7,93	37,5	0,091**	
	Danışma, bilgi alma	36,13±7,08	35,41		
	Bilinen hastalıkla ilgili kontrol	36,33±8,34	36,45		
	Yeni gelişen şikayet	35,4±7,42	35,41		
	Mevcut tedaviyi tekrar yazdırmak	37,07±8,03	37,5		
	Diğer	37,59±8,47	37,5		
Yatarak tedavi alma (son 6 ayda)	Evet	35,75±7,87	34,44	0,545*	
	Hayır	36,49±7,88	36,45		

*Mann Whitney U, **Kruskal-Wallis

Hastalık durumunda eczacıya veya aileye/komşuya/tanıdığa danışanların danışmayanlara göre tedavi ve hizmet alt boyut puanının anlamlı şekilde daha düşük olduğu

saptanmıştır. Evdeki ilaçlarla tedavi deneyenlerin denemeyenlere göre tedavi ve hizmet alt boyut puanları anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Daha önceden kullandığı ilacı eczaneden alıp kullananların bunu yapmayanlara göre tedavi ve hizmet alt boyut puanları anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır. Hastalığın kendiliğinden geçmesini bekleyenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi beklemeyenlere göre daha düşük saptanmıştır (Tablo 26).

Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyut puanları ile sağlık hizmeti almak için ilk başvurduğu kurum, son başvuru sebebi ve son 6 ayda yatarak tedavi hizmeti alma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 26).

Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyut puanları ile son 6 ayda ASM'ye başvuru sayıları arasında negatif yönde zayıf ($r=-0,125$) ve anlamlı ($p=0,002$) bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Devlet hastanesi ve üniversite hastanesine başvuru sayıları ve özel sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları ile tedavi ve hizmet alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 27).

Katılımcıların ASM'ye, devlet hastanesine, üniversite hastanesine ve özel sağlık kuruluşlarına son 6 ayda yaptığı başvuru sayılarının toplamı ile tedavi ve hizmet alt boyut puanları arasında ise negatif yönde zayıf ($r=-0,11$) ve anlamlı ($p=0,008$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyut puanları ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Tedavi ve hizmet alt boyutu	
	r*	p
Aile sağlığı merkezi	-0,125	0,002
Devlet hastanesi ve üniversite hastanesi	-0,024	0,568
Özel sağlık kuruluşu	-0,039	0,346
Toplam başvuru sayısı	-0,11	0,008

*Spearman's korelasyon katsayısı

Doktora danışmadan ilaç kullanan katılımcılar ile kullanmayan katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İhtiyacı olmadığı halde evde bulundurmamak amacıyla ilaç yazdıranları tedavi ve hizmet alt boyut puanları bunu yapmayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 28).

İlacı kullanmadan önce kullanma talimatını okuyan katılımcıların okumayan katılımcılara göre, son kullanma tarihini kontrol eden katılımcıların etmeyen katılımcılara göre tedavi ve hizmet alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyut puanları ile ilaç kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Doktora danışmadan ilaç kullanma	Evet	36,14±7,84	35,55	0,121
	Hayır	37,25±7,94	37,5	
İhtiyacı olmadan ilaç reçete ettirme	Evet	34,44±8,26	34,37	<0,001
	Hayır	37,2±7,59	37,5	
İlaç kullanmadan önce kullanma talimatını okuma	Evet	36,74±7,57	36,45	0,069
	Hayır	34,31±9,57	35,55	
İlaç kullanmadan önce son kullanma tarihine bakma	Evet	36,56±7,71	36,45	0,484
	Hayır	34,96±9,64	35,97	

(Mann Whitney U)

Katılımcıların, sağlık okuryazarlığının hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutundan aldığı puanlar ile cinsiyet ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eğitim durumu ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutundan aldığı puanlar karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 29).

İkili karşılaştırmalar yapıldığında okuryazar olmayanların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutundan aldığı puanların liseden, yükseköğretim ve üzeri okuldan mezun olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. İlkokul mezunu olanların da yükseköğretim ve üzeri okullardan mezun olanlardan daha düşük puanlar aldığı belirlenmiştir.

Tablo 29. Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanlarının bazı tanımlayıcı özellikleri göre değişimi

		Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Cinsiyet	Kadın	34,98±8,56	34,37	0,562*
	Erkek	34,76±8,75	33,33	
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	35,84±8,74	34,37	0,221**
	Evli	34,71±8,48	33,33	
	Boşanmış	33,8±10,07	33,33	
	Eşi vefat etmiş	31,91±7,42	30,2	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	19,12±7,54	19,93	<0,001**
	Okuryazar	35,6±11,1	31,25	
	İlkokul	31,74±7,68	30,2	
	Ortaokul	32,68±8,21	33,33	
	Lise	35,02±8,61	33,33	
	Yükseköğretim ve üzeri	36,35±8,37	35,41	

*Mann Whitney U **Kruskal-Wallis

Katılımcıların mesleği, aktif çalışma durumu ve sağlık güvencesi ile sağlık okuryazarlığının hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutundan alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanları ile hane halkının aylık toplam geliri arasında ise anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 30). İkili karşılaştırmalar yapıldığında hane halkı aylık geliri 6000 TL ve altında olanların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanlarının 6001-12000 TL ve 12001-24000 TL arasında olan kişilere göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 30. Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanlarının bazı sosyoekonomik etkenlerle değişimi

		Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Meslek	Ev hanımı	32,95±8,74	33,33	0,25
	İşçi	34,82±8,55	33,33	
	Esnaf	34,86±10,36	33,33	
	Memur	35,68±8,56	34,93	
	Serbest çalışan	34,81±8,63	33,85	
	Çiftçi	33,88±10,12	34,44	
	Emekli	34,28±8,16	33,33	
	Öğrenci	35,67±7,87	34,37	
	Diğer	36,55±8,65	33,85	
Aktif olarak gelir getiren işte çalışma	Çalışıyor	35,45±8,56	33,33	0,166
	Ev hanımı	33,05±8,69	33,33	
	Öğrenci	35,51±8,25	34,37	
	Emekli	34,78±8,36	33,33	
	İşsiz	35,17±9,71	34,37	
	Çalışmaya engel durumu mevcut	28,17±8,05	32,29	
Hane halkının aylık toplam geliri	6000 TL ve altı	33,03±8,79	32,29	<0,001
	6001-12000 TL	35,34±8,27	33,33	
	12001-24000 TL	37,01±8,77	36,56	
	24001 TL ve üzeri	32,84±8,48	33,33	
Sağlık güvencesi	Genel sağlık sigortası	35,03±8,44	33,33	0,204
	Özel sağlık sigortası	35,04±9,28	33,33	
	Yurt dışı sağlık sigortası	27,97±7,57	27,97	
	Genel sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortası	36,35±8,78	34,02	
	Sağlık güvencesi yok	32,52±9,86	31,11	

(Kruskal-Wallis)

Katılımcıların okuma alışkanlıkları ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanları arasındaki ilişki incelendiğinde gazete okuma alışkanlığı tedavi ve hizmet alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 31). Ancak hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanı ile son bir yılda okunan kitap sayıları arasında pozitif yönde zayıf ($r=0,166$) ve anlamlı ($p<0,001$) bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 31. Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanlarının gazete okuma alışkanlıklarına göre değişimi

	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Her gün	35,11±8,43	33,33	0,362
Haftada 3-4 kez	35,86±8,63	34,37	
Ayda 3-4 kez	35,71±8,18	34,37	
Daha seyrek	35,22±8,26	34,37	
Hiç	33,61±9,15	33,33	

(Kruskal-Wallis)

Katılımcıların sağlık okuryazarlığının hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanları ile sigara kullanma alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanlarının sigara kullanımına göre değişimi

	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Hiç kullanmamış	35,46±8,59	34,37	0,178
Aktif içici	34,42±8,83	33,33	
Bırakmış	33,71±7,92	33,33	

(Kruskal-Wallis)

Katılımcıların kişisel sağlık durumu değerlendirmesi ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 33).

Tablo 33. Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanlarının sağlık durumu değerlendirmelerine göre değişimi

	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Kötü	26,5±8,26	23,95	<0,001
Orta	33,25±8,36	32,29	
İyi	35,07±8,66	33,33	
Çok iyi	37,65±8,09	34,44	

(Kruskal-Wallis)

İkili karşılaştırmalar yapıldığında sağlık durumunu ‘çok iyi’ olarak belirten katılımcıların ‘orta’ ve ‘kötü’ olarak belirten katılımcılara göre, ‘iyi’ olarak ifade edenlerin ise ‘kötü’ olarak belirtenlere göre hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kronik hastalığı olan katılımcılar ile olmayan katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. En az bir kronik hastalığı olan bireyler hastalıklarına göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Yüksek kolesterolü olanların olmayanlara göre hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Diğer kronik hastalıklar için istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 34).

Tablo 34. Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt puanlarının kronik hastalık durumlarına göre değişimi

			Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Kronik hastalık		Var	34±8,69	33,33	0,74*
		Yok	35,39±8,59	34,37	
En az bir kronik hastalığı olan bireyler	Hipertansiyon	Var	33,14±9,17	32,29	0,255*
		Yok	34,66±8,28	33,33	
	Diyabetes mellitus	Var	32,18±9,58	33,22	0,214*
		Yok	34,42±8,44	33,33	
	Yüksek kolesterol	Var	30,05±10,01	29,58	0,008*
		Yok	34,73±8,24	33,33	
	Kalp hastalığı	Var	31,17±9,77	31,77	0,109*
		Yok	34,42±8,46	33,33	
	Astım/KOAH	Var	34,67±10,33	33,85	0,464*
		Yok	33,9±8,47	33,33	
	Böbrek hastalığı	Var	34,38±6,53	32,29	0,948*
		Yok	33,98±8,76	33,33	
	Karaciğer hastalığı	Var	30,83±8,12	32,29	0,254*
		Yok	34,17±8,7	33,33	
	Nörolojik hastalık	Var	33,62±7,52	32,29	0,599*
		Yok	34,04±8,83	33,33	
	Psikiyatrik hastalık	Var	31,43±8,96	32,29	0,141*
		Yok	34,35±8,62	33,33	
Diğer	Var	33,76±9,11	33,33	0,665*	
	Yok	34,59±7,59	33,33		
Kronik hastalık sebepli	Düzenli sağlık kontrolü	Var	34,41±8,84	33,33	0,109*
		Yok	32,28±7,9	31,7	
	Düzenli ilaç kullanımı	Var	33,6±8,77	33,33	0,089*
		Yok	36,54±7,82	34,37	

*Mann Whitney U

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarıyla ilgili düzenli sağlık kontrolü yaptırıp yaptırmama ve düzenli ilaç kullanıp kullanmama durumlarına göre hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 34).

Sağlık bilgisine ulaşmak için eczacıya ve aileye/komşuya/tanıdığa danışanların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puanları seçeneklerdeki diğer kimselere danışanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Aile hekimine, diğer hekimlere, hemşireye, diyetisyene veya diğer kişilere danışanlar ile seçeneklerdeki diğer kimselere danışanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 35).

İnterneti sağlık bilgisine erişim için bir kaynak olarak kullananları hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. Radyoyu kullananların ise hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları ise kullanmayanlara kıyasla anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır (Tablo 35).

Sağlık bilgisine ulaşmak için herhangi bir kaynak kullanmayanların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları kullananlara göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (Tablo 35).

Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları ile sağlık bilgisine ulaşmak için gazete/dergi, kitap, televizyon, broşür, reklam panosu ve telefon uygulamaları kaynaklarını kullanıp kullanmaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 35).

Hastalık durumunda eczacıya, aileye/komşuya/tanıdığa danışanların danışmayanlara göre hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanının anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Hekime başvurmak ise istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturmamıştır (Tablo 36).

Daha önceden kullandığı ilacı eczaneden alıp kullananların bunu yapmayanlara göre, bitkisel ürünlerle tedavi deneyenlerin denemeyenlere göre hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır. Hastalığın kendiliğinden geçmesini bekleyenlerin ise alt boyut puanları beklemeyenlere göre daha düşük saptanmıştır. Evdeki ilaçlar ile tedavi deneyenlerin denemeyenlere göre alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 36).

Tablo 35. Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt puanlarının sağlıkla bilgisine ulaşmada kullandıkları kaynaklara göre değişimi

			Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Sağlık bilgisi için danışılan kişiler	Aile hekimi	Evet	34,91±8,62	33,33	0,987
		Hayır	34,79±8,75	33,33	
	Diğer hekimler	Evet	34,08±8,53	33,33	0,053
		Hayır	35,58±8,7	34,37	
	Hemşire	Evet	32,76±7,53	32,29	0,06
		Hayır	35,06±8,72	33,33	
	Eczacı	Evet	31,77±8,34	32,22	<0,001
		Hayır	35,44±8,59	34,37	
	Diyetisyen	Evet	32,32±8,75	32,29	0,178
		Hayır	34,97±8,64	33,33	
	Aile/komşu/tanıdık	Evet	32,33±9,15	31,77	0,035
		Hayır	35,15±8,56	33,33	
	Diğer	Evet	34,22±9,32	31,25	0,487
		Hayır	34,9±8,63	33,33	
Kimse	Evet	30,97±6,46	28,2	0,178	
	Hayır	34,91±8,66	33,33		
Sağlık bilgisi için kullanılan kaynaklar, iletişim araçları	Gazete/dergi	Evet	35,34±7,32	33,33	0,739
		Hayır	34,82±8,8	33,33	
	Kitap	Evet	36,27±7,9	34,37	0,252
		Hayır	34,69±8,73	33,33	
	Televizyon	Evet	33,92±8,31	33,33	0,099
		Hayır	35,25±8,76	33,33	
	Radyo	Evet	28,61±8,45	28,88	0,002
		Hayır	35,06±8,59	33,33	
	İnternet	Evet	35,74±8,43	34,37	<0,001
		Hayır	31,87±8,75	31,73	
	Broşür	Evet	33,81±7,51	33,33	0,307
		Hayır	34,96±8,73	33,33	
	Reklam panosu	Evet	34,08±7,63	33,33	0,719
		Hayır	34,89±8,67	33,33	
	Telefon uygulamaları	Evet	34,99±8,02	33,33	0,748
		Hayır	34,85±8,8	33,33	
	Hiç	Evet	31,59±8,81	30,76	0,025
		Hayır	35,1±8,6	33,33	

(Mann Whitney U)

Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları ile sağlık hizmeti almak için ilk başvurduğu kurum, sağlık kuruluşuna en son başvuru sebebi ve son 6 ay içinde yatarak tedavi hizmeti alma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 36).

Tablo 36. Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanlarının sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlıklarına göre değişimi

			Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	P
Hastalık durumunda	Hekime başvurma	Evet	35,01±8,63	33,33	0,195*
		Hayır	33,01±8,72	33,33	
	Eczacıya danışma	Evet	31,06±8,72	32,29	0,001*
		Hayır	35,35±8,53	33,33	
	Aile/komşu/tanıdığa danışma	Evet	29,31±8,83	31,11	0,003*
		Hayır	35,17±8,54	33,33	
	Evdeki ilaçlarla tedavi deneme	Evet	33,27±8,96	33,33	0,103*
		Hayır	35,13±8,58	33,33	
	Daha önce kullandığı ilacı temin	Evet	29,94±9,24	30,2	<0,001*
		Hayır	35,43±8,41	33,33	
	Bitkisel ürünler ile tedavi	Evet	32,3±8,53	32,29	0,03*
		Hayır	35,12±8,62	33,33	
Hastalığın kendiliğinden geçmesini bekleme	Evet	29,87±8,35	29,16	<0,001*	
	Hayır	35,3±8,55	33,33		
Sağlık hizmeti almak için ilk başvuru sağlık kuruluşu	Aile sağlığı merkezi	34,44±8,68	33,33	0,136**	
	Devlet hastanesi	34,89±8,5	33,33		
	Üniversite hastanesi	38,67±7,85	40,62		
	Özel hastane	35,13±9,3	34,44		
	Diğer	41,66±11,78	41,66		
En son sağlık kuruluşu başvurusu sebebi	Aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma	36,±8,78	34,52	0,593**	
	Danışma, bilgi alma	34,63±9,35	33,33		
	Bilinen hastalıkla ilgili kontrol	34,77±8,95	34,37		
	Yeni gelişen şikayet	34,28±8,31	33,33		
	Mevcut tedaviyi tekrar yazdırmak	34,9±8,07	33,33		
	Diğer	35,43±8,58	33,33		
Yatarak tedavi alma (son 6 ayda)	Evet	34,28±9,05	33,33	0,553*	
	Hayır	34,92±8,62	33,33		

*Mann Whitney U, **Kruskal-Wallis

Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları ile son 6 ayda ASM'ye başvuru sayıları arasında negatif yönde zayıf ($r=-0,099$) ve anlamlı ($p=0,017$)

bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Devlet hastanesi ve üniversite hastanesine başvuru sayıları ve özel sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 37).

Katılımcıların ASM'ye, devlet hastanesine, üniversite hastanesine ve özel sağlık kuruluşlarına son 6 ayda yaptığı başvuru sayılarının toplamı ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları arasında ise negatif yönde zayıf ($r=-0,094$) ve anlamlı ($p=0,023$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 37).

Tablo 37. Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu	
	r*	p
Aile sağlığı merkezi	-0,099	0,017
Devlet hastanesi ve üniversite hastanesi	-0,037	0,37
Özel sağlık kuruluşu	-0,013	0,753
Toplam başvuru sayısı	-0,094	0,023

*Spearman's korelasyon katsayısı

Doktora danışmadan ilaç kullanan katılımcılar ile kullanmayan katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İhtiyacı olmadığı halde evde bulundurmamak amacıyla ilaç yazdıranların alt boyut puanları ile yazdırmayanlar arasında da anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 38).

Tablo 38. Katılımcıların hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları ile ilaç kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Doktora danışmadan ilaç kullanma	Evet	34,63±8,67	33,33	0,341*
	Hayır	35,56±8,58	33,33	
İhtiyacı olmadan ilaç reçete ettirme	Evet	34,02±8,72	33,33	0,207*
	Hayır	35,2±8,61	33,33	
	Hayır	32,13±9,31	31,1	
İlaç kullanmadan önce kullanma talimatını okuma	Evet	35,36±8,38	33,33	<0,001*
	Hayır	31,51±9,72	30,2	
İlaç kullanmadan önce son kullanma tarihine bakma	Evet	35,1±8,56	33,33	0,021*
	Hayır	32,13±9,31	31,1	

*Mann Whitney U

İlacı kullanmadan önce kullanma talimatını okuyan katılımcıların okumayan katılımcılara göre, son kullanma tarihini kontrol eden katılımcıların etmeyen katılımcılara

göre hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 38).

Katılımcıların, sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar ile cinsiyet ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığının süreçlerinden alınan puanlar karşılaştırıldığında ise tüm süreçler için istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 39).

İkili karşılaştırmalar yapıldığında yükseköğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, sağlık bilgisini anlama ve değerlendirme süreçlerinden aldığı puanların okuryazar olmayanlardan, ilkökul ve ortaokul mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık bilgisini kullanma/uygulama sürecinden de okuryazar olmayanlara göre daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır.

İlkokul mezunlarının sağlık bilgisine ulaşma ve bilgiyi değerlendirme süreci puanlarının lise mezunlarından anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Okuryazar olmayan katılımcıların sağlık bilgisine ulaşma ve bilgiyi kullanma/uygulama süreci puanları ortaokul ve lise mezunlarına göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 39. Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri ile sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldıkları puanların değerlendirilmesi

	Bilgiye ulaşma p	Bilgiyi anlama p	Bilgiyi değerlendirme p	Bilgiyi kullanma/uygulama p
Cinsiyet	0,343*	0,359*	0,334*	0,291*
Medeni durum	0,109**	0,061**	0,294**	0,249**
Eğitim durumu	<0,001**	<0,001**	<0,001**	0,034**

*Mann Whitney U **Kruskal-Wallis

Katılımcıların mesleği ve sağlık güvencesi ile sağlık okuryazarlığının süreçleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Sağlık bilgisine ulaşma, sağlık bilgisini değerlendirme süreçlerinden alınan puanlar kişilerin çalışma durumuna göre anlamlı şekilde farklılık göstermiştir (Tablo 40). Yapılan ikili değerlendirmelerde aktif olarak gelir getiren bir işte çalışan kişilerin sağlık bilgisini değerlendirme süreci puanlarının ev hanımlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hane halkın aylık toplam geliri kişilerin sağlık bilgisine ulaşma, sağlık bilgisini anlama ve değerlendirme süreçlerinden aldığı puanlar ile ilişkilidir (Tablo 40). İkili karşılaştırmalar yapıldığında 6000 TL ve altında geliri olan kişilerin sağlık bilgisine ulaşma ve bilgiyi değerlendirme süreçleri puanlarının 6001-12000 TL ve 12001-24001 TL geliri olan kişilerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Sağlık bilgisini anlama süreci puanları değerlendirildiğinde 6000

TL ve altı gelir düzeyine sahip kişilerin 12001-24000 TL gelir düzeyine sahip kişilere göre daha düşük puanlar aldığı saptanmıştır.

Tablo 40. Katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanların sosyoekonomik etkenlerle değişimi

	Bilgiye ulaşma p	Bilgiyi anlama p	Bilgiyi değerlendirme p	Bilgiyi kullanma/ uygulama p
Meslek	0,061	0,124	0,137	0,825
Aktif olarak gelir getiren işte çalışma	0,031	0,173	0,015	0,250
Hane halkının aylık toplam geliri	0,001	0,008	0,002	0,052
Sağlık güvencesi	0,179	0,144	0,527	0,412

(Kruskal-Wallis)

Katılımcıların okuma alışkanlıkları ile sağlık okuryazarlığının süreçleri arasındaki ilişki incelendiğinde süreçlerden alınan puanlar ile son bir yılda okunan kitap sayıları arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı korelasyonlar saptanmıştır (Tablo 41). Gazete okuma alışkanlığı ile süreçlerden alınan puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 41).

Tablo 41. Katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Son 1 yılda okunan kitap sayısı	
	r*	p
Sağlık bilgisine ulaşma	0,203	<0,001
Sağlık bilgisini anlama	0,201	<0,001
Sağlık bilgisini değerlendirme	0,138	0,001
Sağlık bilgisini kullanma/uygulama	0,085	0,04

*Spearman's korelasyon katsayısı

Katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar ile sigara kullanma alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 42).

Katılımcıların kişisel sağlık durumu değerlendirmesi ile sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 42).

İkili karşılaştırmalar yapıldığında sağlık durumunu 'çok iyi' olarak ifade eden katılımcıların 'orta' olarak ifade eden katılımcılara göre sağlık bilgisine ulaşma, sağlık bilgisini değerlendirme ve kullanma/uygulama süreci puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık durumunu 'çok iyi' olarak ifade eden katılımcıların 'iyi' olarak ifade eden katılımcılara göre sağlık bilgisini kullanma/uygulama süreci puanları daha yüksektir. Sağlık durumunu

‘kötü’ olarak ifade eden katılımcıların her dört süreç puanlarının da sağlık durumunu ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ olarak ifade eden katılımcılara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 42. Katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanların gazete okuma ve sigara kullanma alışkanlıklarına, sağlık durum algısına göre değişimi

	Bilgiye ulaşma p	Bilgiyi anlama p	Bilgiyi değerlendirme p	Bilgiyi kullanma/ uygulama p
Gazete okuma alışkanlığı	0,954	0,698	0,731	0,761
Sigara kullanma alışkanlığı	0,186	0,313	0,357	0,61
Sağlık durumu değerlendirmeleri	<0,001	0,002	<0,001	<0,001

(Kruskal-Wallis)

Kronik hastalığa sahip olma durumunun sağlık okuryazarlığının süreçlerinden alınan puanlar ile ilişkisi incelendiğinde sadece bilgiye ulaşma sürecinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,021). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların bilgiye ulaşma sürecinde daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (Tablo 43).

Tablo 43. Katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanların kronik hastalık durumlarına göre değişimi

	Bilgiye ulaşma p	Bilgiyi anlama p	Bilgiyi değerlendirme p	Bilgiyi kullanma/ uygulama p
Kronik hastalık	0,021*	0,16*	0,064*	0,17*
En az bir kronik hastalığı olan bireyler	Hipertansiyon	0,086*	0,083	0,098*
	Diabetes mellitus	0,291*	0,171*	0,355*
	Yüksek kolesterol	0,009*	0,003*	0,062*
	Kalp hastalığı	0,121*	0,033*	0,125*
	Astım/KOAH	0,636*	0,944*	0,701*
	Böbrek hastalığı	0,983*	0,235*	0,265*
	Karaciğer hastalığı	0,247*	0,135,*	0,329*
	Nörolojik hastalık	0,318*	0,839*	0,607*
	Psikiyatrik hastalık	0,456*	0,338*	0,025*
	Diğer	0,25*	0,339*	0,313*
Kronik hastalık sebepli	Düzenli sağlık kontrolü	0,096*	0,304*	0,112*
	Düzenli ilaç kullanımı	0,076*	0,03*	0,136*

*Mann Whitney U

Kronik hastalığı olan katılımcılar hastalık bazlı değerlendirildiğinde yüksek kolesterole sahip bireylerin sağlık bilgisine ulaşma ve bilgiyi anlama süreçlerinde aldığı puanlar diğer bireylere göre daha düşüktür. Kalp hastalığı olan bireylerin sağlık bilgisini anlama süreci

puanları farklı kronik hastalığı olan bireylere göre daha düşüktür. Benzer şekilde psikiyatrik hastalığı olan bireylerin sağlık bilgisini değerlendirme süreci puanları başka kronik hastalığı olan bireylere göre anlamlı şekilde daha düşüktür (Tablo 43).

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarıyla ilgili düzenli sağlık kontrolü yaptırıp yaptırmaması ile sağlık okuryazarlığının süreçlerinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Düzenli ilaç kullanan katılımcıların düzenli ilaç kullanmayan katılımcılara göre bilgiyi anlama süreci puanları daha düşük saptanmıştır (Tablo 43).

Sağlık bilgisine ulaşmak için danıştığı kişiler arasında aile hekimi, diğer hekimler, diyetisyen ve diğerleri bulunan katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar diğer kimselere danışan veya hiç kimseye danışmayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan farklılık göstermemektedir (Tablo 44).

Sağlık bilgisine almak için hemşireye danışan katılımcıların sağlık bilgisine ulaşma ve sağlık bilgisini anlama süreci puanları diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Eczacıya danışan katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Aileye/komşuya/tanıdığı danışan katılımcıların sağlık bilgisine ulaşma sürecinde aldığı puanlar diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Sağlık konusunda herhangi bir kişiden bilgi alan katılımcıların sağlık bilgisine ulaşma süreci puanları kimseden bilgi almayan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 44).

Sağlık bilgisi almak için kullanılan kaynaklar arasında gazete/dergi, kitap, broşür, reklam panosu, telefon uygulamaları bulunan katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar diğer iletişim araçlarından faydalanan veya bilgi almak için iletişim araçlarını kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan farklılık göstermemektedir (Tablo 44).

Sağlık bilgisi almak için televizyonu kullanan katılımcıların diğer katılımcılara göre sağlık bilgisine ulaşma ve sağlık bilgisini değerlendirme süreçlerinden aldığı puanlar daha düşüktür. Radyoyu sağlık bilgisi almak için kullanan katılımcılar ise diğer katılımcılara göre sağlık okuryazarlığının tüm süreçlerinden daha düşük puanlar aldığı saptanmıştır. İnterneti sağlık bilgisi almak için kullanan katılımcıların diğer katılımcılara göre sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar daha yüksektir. Herhangi bir bilgi kaynağını kullanarak sağlık bilgisi alan katılımcıların sağlık bilgisine ulaşma ve sağlık bilgisini değerlendirme süreç puanları hiçbir kaynaktan bilgi almayan katılımcılara göre daha yüksektir (Tablo 44).

Tablo 44. Katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanların sağlık bilgisine ulaşmada kullandıkları kaynaklara göre değişimi

		Bilgiye ulaşma	Bilgiyi anlama	Bilgiyi değerlendirme	Bilgiyi kullanma/uygulama
		P	P	P	P
Sağlık bilgisi için danışılan kişiler	Aile hekimi	0,205	0,505	0,993	0,98
	Diğer hekimler	0,288	0,455	0,073	0,581
	Hemşire	0,003	0,033	0,055	0,258
	Eczacı	<0,001	<0,001	<0,001	0,018
	Diyetisyen	0,068	0,162	0,246	0,419
	Aile/komşu/tanıdık	0,007	0,065	0,056	0,487
	Diğer	0,788	0,346	0,712	0,13
	Kimse	0,025	0,659	0,194	0,197
Sağlık bilgisi için kullanılan kaynaklar, iletişim araçları	Gazete/dergi	0,786	0,481	0,88	0,529
	Kitap	0,39	0,403	0,975	0,519
	Televizyon	<0,001	0,242	0,032	0,564
	Radyo	0,001	0,013	0,027	0,02
	İnternet	<0,001	<0,001	<0,001	0,005
	Broşür	0,078	0,972	0,294	0,816
	Reklam panosu	0,061	0,268	0,656	0,856
	Telefon uygulamaları	0,918	0,665	0,962	0,18
	Hiç	0,038	0,087	0,011	0,537

(Mann Whitney U)

Hastalık durumunda hekime başvuran katılımcılar ile diğer katılımcılar arasında sağlık okuryazarlığının süreçlerinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hastalık durumunda eczacıya, aileye/komşuya/tanıdığa danışan ve daha önce kullandığı ilacı temin edip kullanan katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanların diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 45).

Evdeki ilaçlarla tedavi deneyen katılımcıların sağlık bilgisine ulaşma ve bilgiyi değerlendirme süreçlerinden aldığı puanların diğer katılımcılara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bitkisel ürünlerle tedavi deneyen katılımcıların sağlık bilgisine ulaşma sürecinden aldığı puanların diğer katılımcılara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu gözlenmiştir. Hastalığın kendiliğinden geçmesini bekleyen katılımcıların ise sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulama süreçlerinde daha düşük puanlar aldığı belirlenmiştir (Tablo 45).

Sağlık hizmeti için ilk başvuru kurumları ile sağlık okuryazarlığının süreçlerinden alınan puanlar değerlendirildiğinde bilgiyi kullanma/uygulama süreci puanlarının istatistiksel açıdan farklılık gösterdiği görülmüştür (Tablo 45).

Katılımcıların en son sağlık kuruluşuna başvuru sebepleri ile sağlık bilgisini değerlendirme süreç puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İkili karşılaştırmalar yapıldığında aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmak için sağlık kuruluşuna başvuran hastaların sağlık bilgisini değerlendirme süreci puanlarının yeni gelişen şikayeti için sağlık kuruluşuna başvuran hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 45).

Son 6 ay içinde yatarak tedavi hizmeti alan katılımcılar ile almayan katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Tablo 45).

Tablo 45. Katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanların sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlıklarına göre değişimi

		Bilgiye ulaşma p	Bilgiyi anlama p	Bilgiyi değerlendirme p	Bilgiyi kullanma/uygulama p
Hastalık durumunda	Hekime başvurma	0,868*	0,66*	0,925*	0,45*
	Eczacıya danışma	<0,001*	0,002*	0,003*	0,009*
	Aile/komşu/tanıdığı danışma	<0,001*	0,004*	0,004*	0,041*
	Evdeki ilaçlarla tedavi deneme	0,006*	0,06*	0,522*	0,041*
	Daha önce kullandığı ilacı temin	<0,001*	<0,001*	0,001*	<0,001*
	Bitkisel ürünler ile tedavi	0,07	0,041	0,062*	0,244*
	Hastalığın kendiliğinden geçmesini bekleme	<0,001*	0,001*	0,064*	<0,001*
Sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yapılan sağlık kuruluşu	0,109**	0,094**	0,6**	0,043**	
En son sağlık kuruluşu başvurusu sebebi	0,648**	0,504**	0,027**	0,35**	
Yatarak tedavi alma (son 6 ayda)	0,738*	0,846*	0,503*	0,555*	

*Mann Whitney U, **Kruskal-Wallis

Katılımcıların sağlık bilgisine ulaşma sürecinden aldığı puanlar ile aile sağlığı merkezine başvuru sayısı ve toplam sağlık kurumu başvuru sayısı arasında negatif yönde zayıf (sırasıyla $r=-0,109$, $r=-0,082$) ve anlamlı (sırasıyla $p=0,008$, $p=0,047$) bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 46).

Katılımcıların sağlık bilgisini anlama sürecinden aldığı puanlar ile ASM'ye başvuru sayısı arasında negatif yönde zayıf ($r=-0,087$) ve anlamlı ($p=0,037$) bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 46).

Katılımcıların sağlık bilgisini değerlendirme sürecinden aldığı puanlar ile aile sağlığı merkezine başvuru sayısı ve toplam sağlık kurumu başvuru sayısı arasında negatif yönde zayıf (sırasıyla $r=-0,134$, $r=-0,138$) ve anlamlı (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,001$) bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 46).

Katılımcıların sağlık bilgisini kullanma/uygulama sürecinden aldığı puanlar ile sağlık kurumlarına başvuru sayıları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 46).

Tablo 46. Katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Sağlık bilgisine ulaşma	
	r*	p
Aile sağlığı merkezi	-0,109	0,008
Devlet hastanesi ve üniversite hastanesi	-0,006	0,881
Özel sağlık kuruluşu	0,002	0,959
Toplam başvuru sayısı	-0,082	0,047
	Sağlık bilgisini anlama	
	r*	p
Aile sağlığı merkezi	-0,087	0,037
Devlet hastanesi ve üniversite hastanesi	-0,02	0,628
Özel sağlık kuruluşu	-0,012	0,78
Toplam başvuru sayısı	-0,078	0,061
	Sağlık bilgisini değerlendirme	
	r*	p
Aile sağlığı merkezi	-0,134	0,001
Devlet hastanesi ve üniversite hastanesi	-0,064	0,12
Özel sağlık kuruluşu	-0,03	0,475
Toplam başvuru sayısı	-0,138	0,001
	Sağlık bilgisini kullanma/uygulama	
	r*	p
Aile sağlığı merkezi	-0,072	0,084
Devlet hastanesi ve üniversite hastanesi	-0,01	0,81
Özel sağlık kuruluşu	-0,024	0,556
Toplam başvuru sayısı	-0,069	0,096

*Spearman's korelasyon katsayısı

Doktora danışmadan ilaç kullanan katılımcıların bilgiyi kullanma/uygulama sürecinden aldığı puanların diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 47).

İhtiyacı olmadan ilaç reçete ettiren katılımcıların sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama ve bilgiyi kullanma/uygulama süreçlerinden aldığı puanların diğer katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 47).

İlaçların kullanma talimatını kullanmadan önce okuyan katılımcıların diğer katılımcılara göre sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve kullanma/uygulama süreçlerinden aldığı puanların anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 47).

İlaçların son kullanma tarihini kontrol eden ve etmeyen katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (Tablo 47).

Tablo 47. Katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar ile ilaç kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Bilgiye ulaşma p	Bilgiyi anlama p	Bilgiyi değerlendirme p	Bilgiyi kullanma/ uygulama p
Doktora danışmadan ilaç kullanma	0,531*	0,161*	0,596*	0,006*
İhtiyacı olmadan ilaç reçete ettirme	0,008*	0,007*	0,223*	0,01*
İlaç kullanmadan önce kullanma talimatını okuma	0,054*	<0,001*	0,013*	0,024*
İlaç kullanmadan önce son kullanma tarihine bakma	0,402*	0,056*	0,125*	0,291*

*Mann Whitney U

Katılımcıların yaşları ile AİKÖ'den aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyleri ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,862) (Tablo 48).

Kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre akılcı ilaç kullanımı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 48).

Eğitim durumları ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 48). İkili karşılaştırmalarda okuryazar olmayan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyinin ilkökul, lise ve yükseköğretim ve üzeri eğitim durumuna sahip katılımcılara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Yükseköğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların ise ilkökul, ortaokul ve lise mezunu katılımcılara göre anlamlı şekilde daha yüksek akılcı ilaç kullanımı düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 48. Katılımcıları akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin bazı tanımlayıcı özellikler ile değişimi

		Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Cinsiyet	Kadın	37,67±4,05	39	<0,001*
	Erkek	36,35±4,78	38	
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	36,96±4,16	38	0,862**
	Evli	36,98±4,59	38	
	Boşanmış	37,36±4,71	38	
	Eşi vefat etmiş	37,27±4,19	38	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	24,66±4,32	25	<0,001**
	Okuryazar	31,4±8,38	34	
	İlkokul	35,96±3,99	36	
	Ortaokul	35,51±4,83	36,5	
	Lise	36,47±4,53	38	
	Yükseköğretim ve üzeri	38,44±3,48	39	

*Mann Whitney U **Kruskal-Wallis

Katılımcıların meslekleri ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Mesleğini 'işçi' olarak ifade eden katılımcıların 'memur' ve 'diğer' olarak ifade eden katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük akılcı ilaç kullanımı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 49).

Katılımcıların çalışma durumu ve sağlık güvencesi ile akılcı ilaç kullanımı düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 49).

Katılımcıların hane halkı aylık toplam geliri ile akılcı ilaç kullanımı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 49).

İkili karşılaştırmalar yapıldığında, 6000 TL ve altında geliri olan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyinin 6001-12000 TL arasında olan katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların okuma alışkanlıkları ile akılcı ilaç kullanımı düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde gazete okuma alışkanlığı ile akılcı ilaç kullanımı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 50).

Akılcı ilaç kullanımı düzeyleri ile son bir yılda okudukları kitap sayıları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde pozitif yönde zayıf ($r=0,216$) ve anlamlı ($p<0,001$) bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 49. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyinin bazı sosyoekonomik etkenlerle değişimi

		Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Meslek	Ev hanımı	36,82±4,69	38	<0,001
	İşçi	36,09±4,21	37	
	Esnaf	35,4±4,6	37	
	Memur	38,33±3,28	39	
	Serbest çalışan	36,09±5,24	38	
	Çiftçi	34,18±5,81	35	
	Emekli	37,12±4,87	39	
	Öğrenci	36,78±4,69	38	
	Diğer	38,08±3,98	39	
Aktif olarak gelir getiren işte çalışma	Çalışıyor	37,04±4,36	38	0,827
	Ev hanımı	36,72±4,76	38	
	Öğrenci	36,89±4,49	38	
	Emekli	37,21±4,83	39	
	İşsiz	37,11±4,27	38	
	Çalışmaya engel durumu mevcut	39,33±5,33	38	
Hane halkının aylık toplam geliri	6000 TL ve altı	36,25±4,79	38	0,004
	6001-12000 TL	37,32±4,48	38	
	12001-24000 TL	37,81±3,56	38	
	24001 TL ve üzeri	35,4±4,94	38	
Sağlık güvencesi	Genel sağlık sigortası	37,42±4,2	38	0,11
	Özel sağlık sigortası	35,65±4,91	37	
	Yurt dışı sağlık sigortası	33±8,48	33	
	Genel sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortası	37,44±4,63	38	
	Sağlık güvencesi yok	35,48±5,91	38	

(Kruskal-Wallis)

Tablo 50. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin gazete okuma alışkanlıklarına göre değişimi

	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Her gün	37,59±4,14	38	0,195
Haftada 3-4 kez	37,07±4,99	38	
Ayda 3-4 kez	36,5±4,26	38	
Daha seyrek	37,32±3,91	38	
Hiç	36,48±4,79	38	

Kruskal-Wallis

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyi ile sigara kullanma alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sigara kullanma durumuna göre akılcı ilaç kullanımı düzeyi değişimi Tablo 51’de gösterilmiştir.

Tablo 51. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin sigara kullanımına göre değişimi

	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Hiç kullanmamış	37,05±4,22	38	0,273
Aktif içici	37,09±4,71	38	
Bırakmış	36,32±4,74	38	

(Kruskal-Wallis)

Katılımcıların kişisel sağlık durumu değerlendirmesi ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,975) (Tablo 52).

Tablo 52. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin sağlık durumu değerlendirmelerine göre değişimi

	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Kötü	35,88±5,98	36	0,975
Orta	37,11±4,04	38	
İyi	36,89±4,81	38	
Çok iyi	37,42±3,56	38	

(Kruskal-Wallis)

Kronik hastalığı olan katılımcılar ile olmayan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. En az bir kronik hastalığı olan bireyler hastalıklarına göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde hipertansiyonu olanların diğerlerine göre akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Diğer kronik hastalık grupları için istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 53).

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıkları ile ilgili düzenli sağlık kontrolü yaptırma ve düzenli ilaç kullanma durumlarına göre akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 53).

Sağlık bilgisi almak için diğer hekimlere başvuran katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyinin diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelere sağlık bilgisi için danışan katılımcıların ise akılcı ilaç kullanımı düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Sağlık bilgisi almak için aile hekimine, eczacıya, diyetisyene, aileye/komşuya/tanıdığa, diğer kişilere danışan katılımcılar ile diğer katılımcılar arasında

istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Herhangi bir kişiden sağlık bilgisi almayı tercih etmeyen katılımcılar ile diğer katılımcılar arasında da anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 54).

Tablo 53. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin kronik hastalık durumlarına göre değişimi

			Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Kronik hastalık	Var		37,21±4,61	38	0,188
	Yok		36,89±4,4	38	
En az bir kronik hastalığı olan bireyler	Hipertansiyon	Var	36,45±5,17	38	0,035
		Yok	37,8±4,05	39	
	Diyabetes mellitus	Var	35,7±5,41	38	0,05
		Yok	37,57±4,35	38	
	Yüksek kolesterol	Var	36,05±6,11	38	0,6
		Yok	37,43±4,26	38	
	Kalp hastalığı	Var	37±4,48	38	0,664
		Yok	37,25±4,64	38	
	Astım/KOAH	Var	37,34±3,98	38	0,759
		Yok	37,2±4,7	38	
	Böbrek hastalığı	Var	38,57±2,22	38	0,662
		Yok	37,17±4,67	38	
	Karaciğer hastalığı	Var	37,63±3,82	37	0,948
		Yok	37,19±4,66	38	
Nörolojik hastalık	Var	37,43±6,1	39	0,269	
	Yok	37,19±4,42	38		
Psikiyatrik hastalık	Var	36,84±4,7	38	0,549	
	Yok	37,26±4,61	38		
Diğer	Var	37,8±4,06	39	0,209	
	Yok	36,98±4,81	38		
Kronik hastalık sebebi	Düzenli sağlık kontrolü	Var	37,14±4,78	38	0,994
		Yok	37,5±3,88	38	
	Düzenli ilaç kullanımı	Var	37,26±4,78	38	0,159
		Yok	36,93±3,4	37	

(Mann Whitney U)

Sağlık bilgisi almak amacıyla gazete/dergi, kitap ve televizyon kaynaklarını kullanan katılımcılar ile diğer katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Sağlık bilgisi almak için iletişim kaynağı kullanmayan katılımcılar ile diğer katılımcılar arasında da akılcı ilaç kullanımı düzeyi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 54).

Sağlık bilgisi almak için radyo kullanan katılımcıların diğer katılımcılara göre daha düşük akılcı ilaç kullanımı düzeyine sahip olduğu gözlenmiştir. İnternet ve broşür kullanan

katılımcıların ise diğer katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek akılcı ilaç kullanımı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 54).

Tablo 54. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada kullandıkları kaynaklara göre değişimi

			Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Sağlık bilgisi için danışılan kişiler	Aile hekimi	Evet	36,86±4,57	38	0,249
		Hayır	37,43±4,17	38	
	Diğer hekimler	Evet	37,35±4,5	38	0,027
		Hayır	36,71±4,44	38	
	Hemşire	Evet	35,4±5,22	36	0,008
		Hayır	37,15±4,38	38	
	Eczacı	Evet	36,28±5,6	38	0,466
		Hayır	37,14±4,23	38	
	Diyetisyen	Evet	35,04±7,54	38	0,713
		Hayır	37,08±4,31	38	
	Aile/komşu/tanıdık	Evet	35,66±5,85	37	0,158
		Hayır	37,15±4,29	38	
	Diğer	Evet	37,6±3,44	38	0,834
		Hayır	36,98±4,51	38	
Kimse	Evet	38,4±3,04	38	0,638	
	Hayır	37,±4,49	38		
Sağlık bilgisi için kullanılan kaynaklar, iletişim araçları	Gazete/dergi	Evet	37,56±3,98	39	0,29
		Hayır	36,94±4,53	38	
	Kitap	Evet	37,59±4,25	39	0,211
		Hayır	36,93±4,5	38	
	Televizyon	Evet	36,5±4,89	38	0,169
		Hayır	37,21±4,29	38	
	Radyo	Evet	33,94±6,46	36	0,038
		Hayır	37,1±4,38	38	
	İnternet	Evet	37,35±4,25	38	0,001
		Hayır	35,83±5,02	37,5	
	Broşür	Evet	38,57±3,1	39	0,028
		Hayır	36,89±4,55	38	
	Reklam panosu	Evet	36,84±4,81	37	0,835
		Hayır	37,01±4,47	38	
Telefon uygulamaları	Evet	36,62±4,45	37,5	0,134	
	Hayır	37,1±4,48	38		
Hiç	Evet	35,83±5,5	38	0,203	
	Hayır	37,09±4,39	38		

(Mann Whitney U)

Hastalık durumunda eczacıya veya aileye/komşuya/tanıdığa danışan, daha önceden kullandığı ilacı temin eden, hastalığın kendiliğinden geçmesini bekleyen katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyi diğer katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır (Tablo 55).

Hekime başvuran, evdeki ilaçlarla veya bitkisel ürünlerle tedavi deneyen katılımcıların diğer katılımcılara göre akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 55).

Tablo 55. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin sağlık hizmetlerini kullanma alışkanlıklarına göre değişimi

			Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Hastalık durumunda	Hekime başvurma	Evet	37,09±4,4	38	0,171*
		Hayır	35,9±5,35	38	
	Eczacıya danışma	Evet	34,89±6,15	37	0,002*
		Hayır	37,27±4,16	38	
	Aile/komşu/tanıdığa danışma	Evet	33,65±6,16	36	0,001*
		Hayır	37,18±4,31	38	
	Evdeki ilaçlarla tedavi deneme	Evet	35,87±5,79	38	0,22*
		Hayır	37,19±4,21	38	
	Daha önceden kullandığı ilacı temin etme	Evet	34,3±6,34	36	0,001*
		Hayır	37,31±4,11	38	
	Bitkisel ürünler ile tedavi	Evet	36,74±5,37	38	0,89*
		Hayır	37,03±4,39	38	
Hastalığın kendiliğinden geçmesini bekleme	Evet	35,22±5,74	36	0,036*	
	Hayır	37,16±4,33	38		
Sağlık hizmeti almak için ilk başvuru sağlık kuruluşu	Aile sağlığı merkezi	36,95±4,61	38	0,125**	
	Devlet hastanesi	37,01±4,46	38		
	Üniversite hastanesi	38,86±2,11	39		
	Özel hastane	35,93±4,4	37		
	Diğer	39,5±0,7	39,5		
En son sağlık kuruluşu başvurusu sebebi	Aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma	37,21±4,85	38,5	0,101**	
	Danışma, bilgi alma	36,31±3,85	36		
	Bilinen hastalıkla ilgili kontrol	36,74±4,86	38		
	Yeni gelişen şikayet	37,58±3,97	38		
	Mevcut tedaviyi tekrar yazdırmak	37,05±4,12	38		
	Diğer	36,22±5,08	38		
Yatarak tedavi alma (son 6 ayda)	Evet	36,28±5,01	38	0,381*	
	Hayır	37,06±4,44	38		

*Mann Whitney U, **Kruskal-Wallis

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyi ile sağlık hizmeti almak için ilk başvurduğu kurum, sağlık kuruluşuna son başvuru sebebi ve son 6 ayda yatarak tedavi hizmeti alma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 55).

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyleri ile son 6 aydaki sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 56).

Tablo 56. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyleri ile sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Akılcı ilaç kullanımı düzeyi	
	r*	p
Aile sağlığı merkezi	-0,037	0,378
Devlet hastanesi ve üniversite hastanesi	-0,027	0,516
Özel sağlık kuruluşu	0,025	0,549
Toplam başvuru sayısı	-0,026	0,535

*Spearman's korelasyon katsayısı

Doktora danışmadan ilaç kullanan veya ihtiyacı olmadığı halde evde bulundurmamak amacıyla ilaç yazdıran katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyleri diğer katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 57).

Kullanmadan önce ilaçların kullanma talimatını okuyan veya son kullanma tarihini kontrol eden katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin diğer katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 57).

Tablo 57. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyleri ile ilaç kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Doktora danışmadan ilaç kullanma	Evet	37,01±4,37	38	0,542
	Hayır	37,01±4,77	38	
İhtiyacı olmadan ilaç reçete ettirme	Evet	36,47±4,98	38	0,226
	Hayır	37,22±4,26	38	
İlaç kullanmadan önce kullanma talimatını okuma	Evet	37,24±4,24	38	0,01
	Hayır	35,38±5,63	37	
İlaç kullanmadan önce son kullanma tarihine bakma	Evet	37,25±4,28	38	<0,001
	Hayır	34,04±5,69	36	

(Mann Whitney U)

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı kategorileri ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,001) (Tablo 58). İkili karşılaştırmalar yapıldığında ise yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi sahip kişilerin ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanlara göre anlamlı şekilde daha düşük akılcı ilaç kullanımı puanları olduğu saptanmıştır.

Tablo 58. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı kategorileri ile akılcı ilaç kullanımı puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri	Akılcı İlaç Kullanımı Puanları		
	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi	34,18±6,33	36	<0,001
Sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi	36,57±4,26	38	
Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi	37,41±3,74	38	
Mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi	37,84±4,31	39	

(Kruskal-Wallis)

Akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin diğer katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,001) (Tablo 59).

Tablo 59. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	Sağlık Okuryazarlığı Puanları		
	Ortalama± Standart Sapma	Ortanca	p
Akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip	36,27±7,36	35,48	0,001
Akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip değil	33,44±8,67	32,81	

(Mann Whitney U)

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyleri ile genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında pozitif yönde zayıf (r=0,184) ve anlamlı (p<0,001) bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 60).

Katılımcıların tedavi ve hizmet alt boyut puanları ile akılcı AİKÖ'den aldığı puanlar arasında pozitif yönde zayıf (r=0,201) ve anlamlı (p<0,001) bir ilişki saptanmıştır. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu ile akılcı ilaç kullanımı düzeyi arasında da benzer şekilde pozitif yönde zayıf (r=0,141) ve anlamlı (p=0,001) bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 60).

Katılımcıların sağlık okuryazarlığının süreçlerinden aldığı puanlar ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Detaylı bilgi Tablo 60'da gösterilmiştir.

Tablo 60. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyi ile TSOY-32'den aldıkları genel, alt boyut ve süreç indeks puanlarının karşılaştırılması

	Akılcı ilaç kullanımı düzeyi	
	r*	p
Genel indeks	0,184	<0,001
Tedavi ve hizmet alt boyutu	0,201	<0,001
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu	0,141	0,001
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma süreci	0,222	<0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama süreci	0,203	<0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme süreci	0,161	<0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama süreci	0,109	0,009

*Spearman's korelasyon katsayısı

TARTIŞMA

Çalışmamızda Edirne il merkezinde yaşayan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve akılcı ilaç kullanımına etkisi incelenmiştir. Ayrıca katılımcıların sosyodemografik özellikleri, okuma alışkanlıkları, kronik hastalık durumları, sağlık hizmeti kullanımları ve ilaç kullanım alışkanlıkları incelenerek sağlık okuryazarlığını ve akılcı ilaç kullanımını etkileyebilecek diğer faktörler hakkında da bilgi sahibi olunması amaçlanmıştır. Çalışmamız 18-64 yaş arasındaki 583 gönüllü katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler ile mevcut literatür karşılaştırılmıştır.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden elde ettiği genel indeks puanlarının ortalaması $35,66 \pm 7,74$ 'tür. Katılımcıların %22,8'i mükemmel, %38,4'ü yeterli, %31,4'ü sorunlu-sınırlı, %7,4'ü yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir.

Literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla yapılan iki çalışma ön plana çıkmaktadır. Sekiz Avrupa ülkesinin katılımı ile gerçekleştirilen HLS-EU çalışmasında, HLS-EU-Q anketi kullanılmış olup katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalaması 33,7, sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip katılımcı oranı %47,6 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan 8 ülke arasında sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında önemli farklılıklar mevcuttur. Çalışmada en yüksek sağlık okuryazarlığı puanına (37,06) ve en düşük sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine (%28,7) sahip ülke Hollanda'dır. En düşük sağlık okuryazarlığı puanına (30,5) ve en yüksek sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine (%62,1) sahip ülke ise Bulgaristan'dır (5). Farklı bir ölçme yöntemi ile Amerika'da yapılan

Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi çalışmasına göre ise katılımcıların %36'sı temel ve temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (38). Görüldüğü üzere ülkelere göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri önemli farklılıklar gösterebilmektedir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlarla HLS-EU'ya katılan ülkelere elde edilen sonuçlar ve Amerika çalışmasından elde edilen sonuçlar arasında benzerlikler ve farklılıklar mevcuttur. Bu durum farklı toplumların farklı eğitim, kültür, ekonomik ve sağlık politikaları gibi değişkenlere sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Tanrıöver ve ark. (51) 2014 yılında Türkiye genelinde yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyini 30,4 saptamıştır. Çalışmaya göre katılımcıların %64,6'sı sorunlu ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2018 yılında Türkiye genelinde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde katılımcıların %68,9'unun sorunlu-sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (6). Ülkemizde yapılan yerel çalışmalarda saptanan ortalama sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelendiğinde Okyay ve ark.'nın (50) çalışmasında 29,5, Yılmaz Güven ve ark.'nın (82) Karabük'te üniversite öğrencilerine yaptığı çalışmada 34,53, Değer ve ark.'nın (83) Bingöl merkezdeki aile sağlığı merkezlerinde yaptığı çalışmada 33,87, Yakar ve ark.'nın (84) Elazığ'da yaptığı çalışmada 25,5, Emre ve ark.'nın (85) Denizli ilinde 3. basamaktaki bir aile hekimliği polikliniğinde yaptığı çalışmada 34,65 saptanmıştır. Çalışmamızdaki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ülkemizde yapılan diğer çalışmalardan daha yüksek olması çalışmamıza katılan bireylerin eğitim düzeyinin yüksek olması ve 65 yaş ve üzeri katılımcıların çalışmamıza dahil edilmemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızdaki sağlık okuryazarlığının alt boyut puanları incelendiğinde tedavi ve hizmet alt boyut puan ortalamasının hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığının süreçlerinden elde edilen puanlar incelendiğinde ise sağlıkla ilgili anlama en yüksek, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ise en düşük ortalamaya sahip süreçtir. Okyay ve ark.'nın (50), Yılmaz Güven ve ark.'nın (82) ve Değer ve ark.'nın (83) yaptığı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşları ile genel sağlık okuryazarlığı puanları, alt boyutlardan ve süreçlerden aldığı puanlar arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. HLS-EU ve Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi çalışmalarında yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğü ve özellikle 65 yaş ve üzeri bireylerde bu düşüşün daha dikkat çekici olduğu saptanmıştır (5,38). Türkiye genelinde Tanrıöver ve ark.'nın (51) ve Sağlık Bakanlığı'nın (6) yaptığı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Emre ve ark.'nın (85) ve Değer ve ark.'nın (83) çalışmalarında da benzer şekilde yaş ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yakar ve ark.'nın (84) çalışmasında ise yaş ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Çalışmamızda olduğu gibi hem ülkemiz hem de dünyada yapılan çalışmaların önemli bir kısmı yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğünü göstermiştir. Bu durumun genç nüfusun eğitim düzeyinin daha yüksek olmasından ve teknolojiyi daha doğru kullanabilmesinden, yaşın ilerlemesi ile bilişsel kapasitenin azalmasından ve başka bireylere bağlılığın artmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kadın ve erkek katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Literatür incelendiğinde kadınların daha yüksek (83,85), erkeklerin daha yüksek (51,84), her iki cinsiyetin de eşit (2,86) sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu belirten çeşitli çalışmalar görülmektedir. Çalışma sonuçlarındaki bu çeşitlilik cinsiyetin sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde önemli bir etki oluşturmadığı yönünde yorumlanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Emre ve ark. (85) ve Yakar ve ark. (84) tarafından yapılan çalışmalarda bekar kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aygun ve ark.'nın (2) ve Levin-Zamir ve ark.'nın (86) çalışmalarında ise medeni durum ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızda hiç evlenmemiş olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diğer katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun hiç evlenmemiş katılımcıların yaş ortalamasının daha genç ve eğitim düzeyinin daha yüksek olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yükseköğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi diğer katılımcılara göre daha yüksektir. Eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki literatür ile uyumludur. Avrupa'da yapılan HLS-EU ve Amerika'da yapılan Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi çalışmaları eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu göstermiştir (5,38). Ülkemiz genelinde yapılan Tanrıöver ve ark. (51) tarafından ve Sağlık Bakanlığı (6) tarafından yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı ve eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığının önemli bir belirleyicisi olduğu vurgulanmıştır. Okyay ve ark.'nın (50) çalışmasında da benzer şekilde eğitim durumu düşük grupların daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir. Bu durum eğitim düzeyinin artması ile

bireylerin doğru sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi değerlendirme ve uygulama yeteneğindeki artıştan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık sigortası durumu, mesleği ve çalışma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte mesleğe göre incelendiğinde ev hanımlarının sağlık okuryazarlığı düzeyi diğer katılımcılara göre daha dūřuktur. Çalışma durumu incelendiğinde ise aktif olarak gelir getiren bir iřte çalışanların ve öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi diğer katılımcılara göre yüksekken çalışmaya engel durumu olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi diğer katılımcılardan daha dūřuktur. Aygun ve ark.'nın (2) çalışmasında, çalışma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Sağlık Bakanlığı (6) tarafından Türkiye genelinde yapılan araştırmada da çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların hane halkı aylık toplam geliri ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. 6000 TL ve altında gelire sahip katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin diğer katılımcılardan daha dūřuk olduğu saptanmıştır. Yetiřkin Okuryazarlığının Ulusal Deđerlendirilmesi çalışmasına göre yoksulluk sınırının altında gelire sahip olan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha dūřuk olduğu belirlenmiştir (87). HLS-EU çalışmasında da benzer şekilde gelir düzeyi dūřuk ve faturalarını ödemekte zorluk çeken kişilerin sağlık okuryazarlığı için önemli bir risk grubu olduğu vurgulanmıştır. Aygun ve ark.'nın (2) çalışmasında gelir düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve gelir düzeyinin artması ile sağlık okuryazarlığının arttığı belirtilmiştir. Benzer şekilde Levin-Zamir ve ark.'nın (86) çalışmasında da gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin diğer katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çođu çalışma gibi çalışmamızda benzer sonuçlara sahiptir. Gelir düzeyi dūřuk bireyler dūřuk sağlık okuryazarlığı için önemli bir risk grubudur.

Çalışmamızda gazete okuma alışkanlığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken son 1 yılda okunan kitap sayısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın (6) ölkemiz genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyini araştırdığı çalışmada son bir yılda en az 1 kitap okuyanların hiç okumayanlara kıyasla daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu tespit etmiştir. Yılmaz Güven ve ark.'nın (82) çalışmasında ise kitap okumakla arası iyi olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlıkla olan ilişkisi nedeniyle okuma

alışkanlıkları ile de bağlantılıdır. Çalışmamızda elde ettiğimiz pozitif yöndeki bu korelasyonun bundan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık sigortası durumu, sigara kullanma alışkanlığı, kronik hastalığı olan katılımcıların hastalığı nedeniyle düzenli ilaç kullanma veya düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kronik hastalığı olmayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olmasada daha yüksek saptanmıştır. Kronik hastalığı olan katılımcılar arasında yüksek kolesterolü olanların olmayan katılımcılara göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Emre ve ark.'nın (85) çalışmasında kronik hastalığı olmayan katılımcıların olanlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, sigara kullanan ve kullanmayan katılımcılar açısından ise bir fark olmadığı saptanmıştır. HLS-EU'da birden fazla kronik hastalığı olan katılımcıların daha yüksek sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu saptamıştır. Bu durum katılımcıların bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, kullanma ve uygulama süreçlerinde yaşadığı sorunların, yetersiz fiziksel aktiviteye ve uygun olmayan diyet seçimine neden olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda öznel sağlık durumu değerlendirmesi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık durumunu 'çok iyi' veya 'iyi' olarak değerlendiren katılımcıların 'kötü' olarak değerlendiren katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu saptanmıştır. Levin-Zamir ve ark. (86) yaptığı çalışmada kişisel sağlık durumu değerlendirmesi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkiye vurgu yapmıştır. HLS-EU çalışmasında sağlık durumunu 'çok kötü' veya 'kötü' olarak ifade eden bireylerin diğer bireylere göre daha yüksek sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu gösterilmiştir. Aygun ve ark.'nın (2) çalışmasına göre ise kişisel sağlık değerlendirmesi iyileştikçe katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı saptanmıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar ile literatür benzerlik göstermektedir. Bu durum sağlık okuryazarlığının sağlık durumu ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık bilgisine ulaşmak için başvurduğu kişiler ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde hemşireye, eczacıya veya aileye/komşuya/tanıdığa danışan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin diğer kişilere göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık bilgisine ulaşmak amacıyla tercih edilen kişiler arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin

geliştirilmesinde doğru bilgi kaynakları ve bu kaynaklara erişimin kolaylığı etkili olacağını düşünmekteyiz. Bu nedenle sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişim önem taşımaktadır.

Çalışmamızda sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan iletişim araçları sorgulandığında bu amaç için en sık kullanılan iletişim aracının internet olduğu saptanmıştır. Ek olarak interneti sağlık bilgisine ulaşmak için kullananların sağlık okuryazarlığı düzeyinin diğer katılımcılara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yılmaz Güven ve ark. (82) çalışmasında benzer şekilde internetin sağlık bilgisine ulaşmak için en sık kullanılan iletişim aracı olduğunu belirlemiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 2018'de yaptığı çalışmaya göre interneti veya cep telefonunu sağlık bilgisine ulaşmak için kullanan katılımcıların diğer katılımcılara göre daha az yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir (6). Çalışmamızda televizyon veya radyoyu sağlık bilgisine ulaşmak amacıyla kullananların sağlık okuryazarlığı düzeyinin ise diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum genç nüfusun bilgiye ulaşmak için daha çok interneti ve telefon uygulamalarını kullanıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda hastalık durumunda eczacıya veya aileye/komşuya/tanıdığı danışan, hastalığın kendiliğinden geçmesini bekleyen, evdeki ilaçlarla, bitkisel ürünlerle veya daha önceden kullandığı ilacı temin ederek tedavi deneyen katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin diğer katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastalık durumunda hekime başvuran katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olmasa hekime başvurmayan katılımcılardan daha yüksek saptanmıştır. Literatürde benzer bir sorgulamanın yapıldığı çalışmaya rastlanmamıştır.

Aile hekimliğinin önemli özelliklerinden birisi bireylerin sağlık sistemine giriş kapısını oluşturmasıdır. Ancak çalışmamızda katılımcıların sağlık hizmeti almak için ilk başvurduğu kurum sorgulandığında %49,1'i aile sağlığı merkezi, %40,8'i ise devlet hastanesi yanıtını vermiştir. Çalışmamız aile sağlığı merkezine başvuran katılımcılar ile gerçekleştiriliyor olmasına rağmen devlet hastanesi ve aile sağlığı merkezi başvuru yüzdelerinin bu kadar yakın olmasının sağlık sistemindeki önemli bir soruna işaret ettiğini ve bu durumun sevk zinciri olmaksızın bireylerin istediği basamağa başvurabiliyor olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Birinci basamakta çözülebilecek sağlık sorunları için ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarının kullanılması, üst basamaklarda iş yükünü arttıracak gibi yüksek maliyetlere ve daha düşük sağlık hizmeti kalitesine sebep olacaktır.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık hizmeti almak için ilk başvurduğu kurum, en son sağlık kuruluşu başvuru sebebi ve yatarak tedavi hizmeti alıp almaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. İstatistiksel olarak

anlamli olmasa da saglik hizmeti almak için ilk olarak ASM'ye ve özel hastaneye başvuran katılımcıların saglik okuryazarlığı düzeyinin diğerlerine göre daha düşük olması dikkat çekicidir. Sağlık Bakanlığı (6) tarafından yapılan çalışmada saglik okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe ilk başvuru saglik kurumunun aile hekimliği olma sıklığının azaldığı belirtilmiştir. ASM'lerin kolay ulaşılabilir olması ve sıklıkla randevusuz çalışması düşük saglik okuryazarlığı düzeyine sahip katılımcıların daha sık tercih etmesine sebep olmuş olabilir. ASM başvurularının düşük saglik okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler için bir eğitim fırsatına dönüştürülmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda son 6 aydaki saglik kurumu başvuru sayılarının toplamı ile saglik okuryazarlığı düzeyi arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlık kurumları özelinde değerlendirildiğinde ise ASM başvuru sayıları ile saglik okuryazarlığı düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Emre ve ark.'nın (85) çalışmasında saglik kurumu başvuru sayısı ile saglik okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye genelinde yaptığı çalışmada saglik okuryazarlığı düzeyi ile acil hizmetler dışındaki saglik kurumu başvuru sayıları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve yetersiz saglik okuryazarlığının artmış saglik hizmeti kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Deniz ve ark.'nın (88) çalışmasında düşük saglik okuryazarlığı kategorisinde yer alanların doktor başvurularının daha fazla olduğu saptanmıştır. Gözlu ve ark.'nın (89) tarafından 2020'de yapılan çalışmada aile sağlığı merkezine başvuru sayısı arttıkça saglik okuryazarlığı düzeyinin azaldığı gösterilmiştir. Çalışmamız ile literatür benzer sonuçlar içermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile saglik kuruluşu başvuru sayıları arasındaki negatif yönlü ilişkinin saglik okuryazarlığı düzeyi daha düşük olan bireylerin daha kötü saglik durumuna sahip olmasından, gereksiz başvuru sayısının fazlalığından, sorunlarına çözüm bulamaması ve aynı sorun için tekrarlayan başvurular yapmasından kaynaklanıyor olabilir.

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Çalışmamızda katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyini belirlemek amacıyla AİKÖ kullanılmıştır. AİKÖ'den alınan puanlara göre katılımcıların %78,2'si yeterli akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahiptir. Ölçekten alınan puanların ortalaması $37,01 \pm 4,48$ olup bu puan yeterli akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyini işaret etmektedir. Demirtaş ve ark.'nın (9), 2 aile sağlığı merkezinde, 768 kişinin katılımı ile yaptığı AİKÖ geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında AİKÖ puan ortalaması 33,6 saptanmıştır. Kiriş'in (90) bir üniversite hastanesinin aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalar ile yaptığı çalışmada katılımcıların %82,8'inin

yeterli akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu ve AİKÖ'den alınan puanların ortalamasının 37,49 olduğu saptanmıştır. Bayram ve ark.'nın (91) Bilecik'te bir dahiliye polikliniğine başvuran hastalarla yaptığı çalışmada katılımcıların AİKÖ'den aldığı puanların ortalaması 34,76 olduğu saptanmıştır. Kılıç'ın (92) Denizli'nin Pamukkale ilçesindeki ASM'lere başvuran hastalarda yaptığı çalışmada AİKÖ puan ortalamasının 34,11 olduğu ve katılımcıların %48,7'sinin yeterli akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçların literatüre yakın ancak daha iyi akılcı ilaç kullanımı düzeyini işaret ettiği gözlenmektedir.

Her ne kadar çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar ortalamanın üzerinde akılcı ilaç kullanımı düzeylerine sahip olsa da katılımcıların %73,1'i doktora danışmadan ilaç kullandığını belirtmiştir. Bu durum katılımcıların yeterli akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olmalarına rağmen bilgiyi değerlendirme, kullanma/uygulama adımlarında sorun yaşandığını düşündürmektedir. Çalışmamızda doktora danışmadan kullanılan ilaçların en sık ağrı kesiciler, soğuk algınlığı ilaçları ve vitaminler olduğu saptanmıştır. İlhan ve ark.'nın (69) çalışmasında doktora danışmadan ilaç kullananların oranı %20,1 olduğu ve bu ilaçların analjezikler, soğuk algınlığı ilaçları ve mide ilaçları olduğu belirlenmiştir. Deniz ve ark.'nın (8) çalışmasında ise katılımcıların %46,6'sının hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullandığı ve en sık kullanılan ilaçların ağrı kesiciler olduğu saptanmıştır. Hekime başvurmadan ilaç kullanımı Kılıç ve ark.'nın (92) çalışmasında %63,4, Hatipoğlu ve ark.'nın (93) çalışmasında ise %76,4 olarak saptanmıştır. Ayrıca Hatipoğlu'nun çalışmasında da ağrı kesicilerin, hekime danışmadan kullanılan en sık ilaçlar olduğu belirtilmiştir (93). Literatür incelendiğinde görülmektedir ki doktora danışmadan ilaç kullananların oranı bazı çalışmalarda nispeten daha düşük olsa da oldukça yüksektir. Doktora danışmadan en sık kullanılan ilaçlar konusunda çalışmamız ve literatür benzerlikler göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %27,8'inin evde bulunsun diye ilaç reçete ettirdiği öğrenilmiştir. Kılıç ve ark.'nın (92) çalışmasında bu oran %56,6, Bayram ve ark.'nın (91) çalışmasında ise %28'dir. İlhan ve ark.'nın (69) çalışmasında istediği ilacı reçete ettirme için doktora başvuruların oranı %47,4, evde kullanmak üzere ilaç bulunduranların oranı ise %65'dir. Çalışmamızda katılımcıların %87,5'inin kullanmadan önce ilaçların kullanma talimatını okuduğu ve %92,5'inin son kullanma tarihini kontrol ettiği saptanmıştır. Kılıç'ın (92) çalışmasında bu oranlar sırasıyla %71,9 ve %80,3, İlhan ve ark.'nın (69) çalışmasında %55,5 ve %76,9 ve Bayram ve ark.'nın (91) çalışmasında %53,5 ve %73,5'dir. Bizim çalışmamızda evde bulunsun diye ilaç yazdıranların oranının literatürdeki çalışmalara göre daha düşük olduğu, ilaçları kullanmadan önce kullanma talimatını okuyanların ve son kullanma tarihini

kontrol edenlerin oranının ise daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmamıza katılan bireylerin yüksek eğitim düzeyine sahip olması ve 65 yaş ve üzeri katılımcıların çalışmamıza dahil edilmemiş olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların yaşları ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Demirtaş ve ark.'nın (9) çalışmasında 30 yaş altında olanların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin daha yüksek olduğu, Kılıç'ın (92) çalışmasında 65 yaş ve üzeri katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bian ve ark. (94) Çin'de ikinci basamak bir sağlık kuruluşunda yaptığı çalışmada ileri yaşın daha iyi akılcı ilaç kullanımına neden olduğunu saptamıştır. Bayram ve ark.'nın (91) çalışmasında ise yaş ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında çalışmamıza benzer şekilde anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Literatürde yaş ile akılcı ilaç kullanımı ilişkisi hakkında farklı veriler olduğu gözlenmektedir. Bu durumun çalışmalarda yaşın farklı şekillerde kategorize edilmesinden, örneklem grupları arasındaki eğitim düzeyi ve toplumsal farklılıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kadınların erkeklere göre ve yükseköğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek akılcı ilaç kullanımı düzeyine sahip olduğu ve medeni durum ile akılcı ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Demirtaş ve ark.'nın (9) çalışmasında kadınların ve lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların, Bian ve ark.'nın (94) çalışmasında da benzer şekilde kadın ve daha yüksek eğitim düzeyi olan bireylerin daha yüksek akılcı ilaç kullanımına sahip olduğu saptanmıştır. Bayram ve ark.'nın (91) çalışmasında ise eğitim düzeyi arttıkça akılcı ilaç kullanımı düzeyinin arttığını gözlenmiştir. Çalışmamız literatürdeki çalışmalar ile benzer sonuçlara sahiptir.

Çalışmamızda katılımcıların çalışma durumu ve sağlık güvencesi ile akılcı ilaç kullanımı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken mesleği ve aylık geliri ile akılcı ilaç kullanımı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Memurların işçilere göre, geliri 6001-12000 TL arasında olanların 6000 TL ve altında olanlara göre akılcı ilaç kullanımı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bayram ve ark.'nın (91) çalışmasında akılcı ilaç kullanımı davranışları ile çalışma durumu ve sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Deniz ve ark.'nın (8) çalışmasında da benzer şekilde çalışma durumu ile akılcı ilaç kullanımı davranışı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Kılıç'ın (92) çalışmasına göre geliri giderinden fazla olanların diğer katılımcılara göre akılcı ilaç kullanımı düzeyinin daha yüksek olduğu ve sosyal güvence ile akılcı ilaç kullanımı düzeyi arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Şantaş ve ark.'nın (95) üniversite öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada ise geliri giderinden düşük olan

katılımcıların daha sık akılcı olmayan ilaç kullanımı davranışında bulunduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda olduğu gibi literatürde de düşük gelir düzeyi, daha düşük akılcı ilaç kullanımı düzeyleri ile ilişkilidir.

İlhan ve ark.'nın (69) çalışmasında sağlık durumunu 'kötü' olarak ifade eden katılımcıların 'iyi' olarak ifade edenlere göre daha fazla reçetesiz ilaç kullandığı, Hatipoğlu ve ark.'nın (93) çalışmasında ise sağlık durumunu 'iyi ve üstü' olarak ifade edenlerin akılcı ilaç kullanımı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamıza göre katılımcıların öznel sağlık değerlendirmeleri ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte literatüre benzer şekilde sağlık durumunu 'kötü' olarak ifade edenlerin akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin diğerlerine göre daha düşük olduğu gözlenmektedir.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı, kronik hastalığı olanların düzenli ilaç kullanma ve düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumları ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte hipertansiyonun diğer kronik hastalıklara göre daha düşük akılcı ilaç kullanımı düzeylerine sebep olduğu saptanmıştır. Kiriş'in (90) çalışmasında ve Kılıç'ın (92) çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanımı ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Demirtaş ve ark.'nın (9) çalışmasında ise kronik hastalık varlığı ile anlamlı bir ilişki rastlanmazken düzenli ilaç kullananların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Dağtekin ve ark.'nın (96) çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde kronik hastalık varlığı ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bayram ve ark.'nın (91) çalışmasında da düzenli ilaç kullananların akılcı ilaç kullanımı düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarla çalışmamızın sonuçları büyük ölçüde benzerlik taşımaktadır.

Çalışmamızda sağlık bilgisi almak için diğer branş uzmanlarına danışanların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin diğer katılımcılara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, hemşirelere danışanların ise diğer katılımcılara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Sağlık bilgisine ulaşmak için kullanılan iletişim araçları değerlendirildiğinde ise interneti ve broşürleri kullananların diğer katılımcılara göre akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde sağlık bilgisine ulaşmak için danışılan kişiler ve kullanılan iletişim araçları ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sağlık bilgisine ulaşmak için diğer branş uzmanlarını tercih eden katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin daha yüksek

olması nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerinde akılcı ilaç kullanımı konusunda daha dikkatli olunması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastalık durumunda eczacıya ve aileye/komşuya/tanıdığa danışan, daha önceden kullandığı ilacı temin ederek tedavi deneyen, hastalığın kendiliğinden geçmesini bekleyen katılımcıların akılcı ilaç kullanımı düzeyinin diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Hekime başvuran katılımcıların ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diğer katılımcılara göre akılcı ilaç kullanımı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde bu konuda az sayıda çalışma olduğu ve çalışmamızın sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir. Kılıç'ın (92) alışmasında hastalık durumunda hekime başvuranların diğerlerine oranla daha fazla yeterli akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu saptanmıştır. Hatipoğlu ve ark.'nın (93) alışmasında hastalık durumunda ilk önce hekime başvuranların akılcı ilaç kullanımı düzeyinin anlamlı şekilde diğer katılımcılardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda sağlık hizmeti almak için ilk başvurulan kurum, son sağlık kurumu başvuru sebebi, son 6 ayda yatarak tedavi hizmeti alma ve sağlık kuruluşu başvuru sayıları ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Literatürde son sağlık kurumu başvuru sebebi, yatarak tedavi hizmeti alma, sağlık kuruluşu başvuru sayıları ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmaya rastlanmazken sağlık hizmeti almak için ilk başvurulan sağlık kurumu ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gösteren çalışmalar mevcuttur (90,92,97).

SAĞLIK OKURYAZARLIğI VE AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla katılımcıların doktora danışmadan ilaç kullanma, ihtiyacı olmadan ilaç reçete ettirme, kullanmadan önce ilacın kullanma talimatını okuma, son kullanma tarihini kontrol etme durumları, TSOY-32 ve AİKÖ kullanılarak sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeyleri sorgulanmıştır. Literatürde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır.

Çalışmamızda doktora danışmadan ilaç kullanan katılımcıların ve ilaç kullanmadan önce son kullanma tarihini kontrol etmeyen katılımcıların diğer katılımcılara göre sağlık okuryazarlığı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha düşük saptanmıştır. Bulunsun diye ilaç reçete ettiren ve kullanmadan önce ilacın kullanma talimatını okumayan katılımcıların ise sağlık okuryazarlığı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır.

Yakar ve ark.'nın (84) çalışmasında hekime danışmadan ilaç kullananların sağlık okuryazarlığı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Cantimur'un (97) çalışmasına göre reçetesiz ilaç kullananların sağlık okuryazarlığı düzeyi diğer katılımcılara göre anlamlı şekilde daha yüksektir. İşler'in (98) İzmir'de bir eğitim aile sağlığı merkezine başvuran hastalarla yaptığı çalışmada doktora danışmadan ilaç kullananmayanların, evde bulunsun diye ilaç yazdırmayan veya eczaneden almayanların, kullanmadan önce ilaçların kullanma talimatını okuyanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yılmaz ve ark.'nın (99) farklı bir ölçek kullanılarak 3. basamak bir sağlık kuruluşuna başvuran hastalarla yaptığı çalışmada ilaç kullanma talimatını ve son kullanma tarihini okuyanların sağlık okuryazarlığı puanının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ve reçetesiz ilaç kullananların daha düşük sağlık okuryazarlığı puanına sahip olduğu belirtilmiştir. Literatürdeki çalışmalar ile çalışmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip katılımcıların sorunlu/sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip katılımcılara göre, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip katılımcıların yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek akılcı ilaç kullanımı düzeylerine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları, alt kategori ve süreç puanları ile akılcı ilaç kullanımı puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Yeterli akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarının diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cantimur'un (97) çalışmasında sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlemek amacıyla NVS ölçeği ve akılcı ilaç kullanımı düzeyini belirlemek amacıyla AİKÖ kullanılmış olup NVS'den ve AİKÖ'den alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip bireylerin daha yüksek oranda yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir. Yağız'ın (100) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması'nı, akılcı ilaç kullanımı düzeyini belirlemek amacıyla AİKÖ'yü kullanmış olup, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması ve AİKÖ puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Literatür ile çalışmamız benzerlik göstermektedir. Elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması ile doğru ilaç kullanım davranışlarının geliştirileceği ve akılcı ilaç kullanımı düzeyinin arttırılabileceği düşüncesindeyiz.

SONUÇLAR

Edirne il merkezinde yaşayan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ve akılcı ilaç kullanımına etkisini, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımına etki eden faktörleri araştırmayı amaçladığımız çalışmamız 583 gönüllü katılımcı ile gerçekleştirilmiş olup çalışmamızın sonuçları şöyledir:

1. Çalışmamıza göre, Edirne il merkezinde yaşayan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan birçok çalışmadan daha yüksek bulunmuştur. Bu durum katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiye ulaşabilme ve anlama konusunda daha bilinçli olduklarını göstermektedir.
2. Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığının hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunun tedavi ve hizmet alt boyutuna göre daha az puan aldığı görülmüştür. Bu sonuç, Edirne il merkezindeki bireylerin sağlık durumlarını korumak ve geliştirmek için koruyucu sağlık hizmetleri hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.
3. Çalışmamıza göre ileri yaşa, düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip bireyler düşük sağlık okuryazarlığı için risk gruplarını oluşturmaktadır. Risk altındaki bu grupların sağlık bilinci ve farkındalığını artırmak için eğitim programları düzenlenmeli, sağlık materyallerinin kolay erişilebilir olması sağlanmalıdır.
4. Çalışmamızda sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin, daha sık ASM başvurusu yapan veya toplam sağlık kurumu başvuru sayısı daha fazla olanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttırılması noktasında sağlık çalışanlarının önemli role sahip olduğunu göstermektedir.

5. Çalışmamızda Edirne il merkezinde yaşayan yetişkin bireylerin çoğunluğunun akılcı ilaç kullanımını bilgisine sahip olduğu gösterilmiştir. Bu, katılımcıların ilaçları doğru ve etkili bir şekilde kullanma konusunda bilinçli olduğunu göstermektedir.
6. Çalışmamıza göre erkekler, düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip bireyler akılcı olmayan ilaç kullanımını için risk gruplarını oluşturmaktadır. Risk grubundaki bu bireyler ilaç kullanımını hakkında daha dikkatli bilgilendirilmeli, gerekli durumlarda düzenlenen tedavinin takip sıklığı arttırılmalıdır.
7. Çalışmamızda interneti sağlık bilgisine ulaşmak için kullanan katılımcıların sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımını düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İnternet kullanımıyla birlikte bireylerin sağlık hizmetine erişimi, sağlık kararlarındaki etkinliği artmakla birlikte ilaçların kullanımı, yan etkileri, dozajları ve etkileşimleri konusunda bilgi kaynakları da genişlemektedir.
8. Çalışmamız yetişkin bireylerin büyük çoğunluğunun doktora danışmadan ilaç kullandığını göstermektedir. Doktora danışmadan ilaç kullanma ciddi yan etkilere ve alerjik reaksiyonlara yol açabilir. Bu konuda toplumun, eczacıların ve hekimlerin bilinçlendirilmesine ihtiyaç vardır.
9. Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden aldığı genel indeks, alt kategori ve süreç puanları ile AİKÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça akılcı ilaç kullanımını düzeyinin arttığı görülmüştür.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımını etkileyen çeşitli faktörler ortaya konmuştur. Her iki kavramı etkileyen benzer faktörlerin ve benzer davranış biçimlerinin olması bu kavramlar arasındaki yakın ilişkiyi göstermektedir. Bu benzerliklerin yanında sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımını etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu kanaatindeyiz. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin akılcı ilaç kullanımını becerilerini geliştirerek ilaçlar hakkında daha fazla bilgi edinmelerine yardımcı olacaktır.

ÖZET

Çalışmamızda Edirne il merkezinde yaşayan yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerini belirlemek, sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Çalışmamız Edirne il merkezinde bulunan 23 Aile Sağlığı Merkezi'ndeki 54 Aile Sağlığı Birimi'ne kayıtlı 18-64 yaş arasındaki 583 gönüllü katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, okuma alışkanlıklarını, kronik hastalık durumlarını, sağlık hizmeti ve ilaç kullanım alışkanlıklarını sorgulayan 30 soruyu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32'yi ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'ni içeren anket ile toplanmıştır.

Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılmasında Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Analizlerde $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmamız 292 (%50,1) kadın, 291 (%49,9) erkek katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $39,63 \pm 12,79$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı puan ortalaması $35,66 \pm 7,74$ iken %22,8'inin mükemmel, %38,4'ünün yeterli, %31,4'ünün sorunlu/sınırlı, %7,4'ünün yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı puan ortalaması $37,01 \pm 4,48$ iken %78,2'sinin yeterli akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda yaş, eğitim durumu, aylık hane geliri, son bir yılda okunan kitap sayısı, öznel sağlık durumu değerlendirmesi, son 6 aydaki aile sağlığı merkezi başvuru sayısı ve toplam sağlık kurumu başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı ilişki

saptanmıştır. Cinsiyet, eğitim durumu, meslek, aylık hane geliri ve son bir yılda okunan kitap sayısı ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımını etkileyen önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi ile akılcı ilaç kullanımı yaygınlaştırılacaktır.

Anahtar kelimeler: sağlık okuryazarlığı, akılcı ilaç kullanımı, Aile Hekimliği



INVESTIGATING THE LEVEL OF HEALTH LITERACY OF ADULTS LIVING IN EDIRNE PROVINCE CENTRE AND ITS EFFECT ON RATIONAL DRUG USE

SUMMARY

In our study, it was aimed to determine the levels of health literacy and rational drug use of adult individuals living in Edirne city centre and to investigate the effect of health literacy on rational drug use.

Our study was carried out with 583 voluntary participants aged 18-64 years who were enrolled in 54 Family Health Units in 23 Family Health Centres in Edirne city centre. The data were collected with a questionnaire including 30 questions questioning the socio-demographic characteristics, reading habits, chronic disease status, health service and drug use habits of the participants, Turkey Health Literacy Scale-32 and Rational Drug Use Scale.

Descriptive statistics, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman correlation tests were used to analyse the data. Bonferroni correction was used in the comparison of multiple groups. In the analyses, $p < 0.05$ was considered significant.

Our study was conducted with 292 (50.1%) female and 291 (49.9%) male participants. The mean age of the participants was 39.63 ± 12.79 years. The mean health literacy score of the participants was 35.66 ± 7.74 , 22.8% had excellent, 38.4% had adequate, 31.4% had problematic/limited, and 7.4% had inadequate health literacy. The mean rational drug use score of the participants was 37.01 ± 4.48 and 78.2% had adequate rational drug use knowledge.

In our study, a significant relationship was found between age, educational status, monthly household income, number of books read in the last year, subjective health status

assessment, number of family health centre visits in the last 6 months and total number of health institution visits and health literacy levels. A statistically significant relationship was found between gender, educational status, occupation, monthly household income and number of books read in the last year and rational drug use levels.

In our study, health literacy was found to be an important factor affecting rational drug use. By improving the level of health literacy, rational drug use will be popularised.

Key words: health literacy, rational drug use, Family Medicine



KAYNAKLAR

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Prev Med Bull* 2014;13(4):321-6.
5. 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.
6. Özkan S, Aksakal FN, Çalışkan 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 Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü 2018;3-88.
7. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 1. Baskı. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2011:9-12.
8. Deniz S. Akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışların belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2019;22(3):619-32.

9. Demirtaş Z, Dağtekin G, Sağlan R, Alaiye M, Önsüz MF, Işıklı B, ve ark. Akılcı ilaç kullanımını ölçęęi geçerlilik ve güvenilirliği. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi 2018;3(3):37-46.
10. Esher A, Coutinho T. Rational use of medicines, pharmaceuticalization and uses of methylphenidate. Cien Saude Colet 2017;22(8):2571-80.
11. World Policy Perspectives on Medicines. Promoting rational use of medicines: core components. World Health Organization; 2002 Sep Document number: WHO/EDM/2002.3.
12. Öztürk YE, Kıraç R. Sağlık ve hastalık. Dalkılıç M (Editör). Scientific Developments. Ankara: Gece Akademi Yayınevi ;2019:381-87.
13. Sartorius N. The meanings of health and its promotion. Croatian Medical Journal 2006;47(4):662-64.
14. Nemmers TM, Jorge M. Clinical assessment of health literacy. Topics in Geriatric Rehabilitation 2013;29(2):89-97.
15. Simonds SK. Health education as social policy. Health Education Monographs 1974;2(1):1-10.
16. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli? Turkish J Fam Med Prim Care 2016;10(1):42-47.
17. Health promotion glossary. 2nd ed. Geneve: World Health Organization;1998. Health literacy; p.10-11.
18. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington (DC): National Academies; 2004:16-45.
19. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. Health Promotion International 2005;20(2):195-203.
20. Sørensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health . 2012 Jan 25;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
21. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion. Shanghai: World Health Organization;2016:8-13.

22. Baccolini V, Rosso A, Paolo CD, Isonne C, Salerno C, Migliara G, et al. What is the prevalence of low health literacy in European Union member states? A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 2021;36(3):753-61.
23. Arrighi E, Ruiz de Castilla EM, Peres F, Mejía R, Sørensen K, Gunther C, et al. Scoping health literacy in Latin America. *Global Health Promotion* 2022;29(2):78-87.
24. Li Y, Lv X, Liang J, Dong H, Chen C. The development and progress of health literacy in China. *Front Public Health*. 2022 Nov 7;10:1034907. doi: 10.3389/fpubh.2022.1034907.
25. Cevik C, Kayabek İ. Health literacy and quality of life among people in semi-urban and urban areas. *Rev Esc Enferm USP*. 2022 Apr 13;56:e20210495. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0495.
26. 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(1):61-8.
28. MacKey LM, Doody C, Werner EL, Fullen B. Self-management skills in chronic disease management: What role does health literacy have? *Medical Decision Making* 2016;36(6):741-59.
29. Marciano L, Camerini AL, Schulz PJ. The role of health literacy in diabetes knowledge, self-care, and glycemic control: a meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2019;34(6):1007–17.
30. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. *Patient Education and Counseling* 2016;99(7):1079-86.
31. Baccolini V, Isonne C, Salerno C, Giffi M, Migliara G, Mazzalai E, et al. The association between adherence to cancer screening programs and health literacy: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2022 Feb;155:106927. doi: 10.1016/j.ypmed.2021.1.
32. Oldach BR, Katz ML. Health literacy and cancer screening: a systematic review. *Patient Education and Counseling* 2014;94(2):149-57.
33. Mitchell B, Begoray D. Electronic personal health records that promote self-management in chronic illness. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2010 Jun 20;15(3) doi: 10.3912/OJIN.Vol15No03PPT01.
34. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-67.

35. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 2006;21(8):878-83.
36. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. *TAF Prev Med Bull* 2014;13(4):327-34.
37. 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.
38. 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.
39. Muscat DM, Gessler D, Ayre J, Norgaard O, Heuck IR, Haar S, et al. Seeking a deeper understanding of 'distributed health literacy': a systematic review. *Health Expectations* 2022;25(3):856-68.
40. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi* 2013:73-92.
41. Kostareva U, Albright CL, Berens EM, Levin-Zamir D, Aringazina A, Lopatina M, et al. International perspective on health literacy and health equity: factors that influence the former Soviet Union immigrants. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 24;17(6):2155. doi: 10.3390/ijerph17062155.
42. Institute of Medicine (US) Roundtable on health literacy. Measures of health literacy. Washington (DC): National Academies Press (US);2009:4-29.
43. 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.
44. Parker RM, Baker DW, Willia MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine* 1995:537-41.
45. Thomason TR, Mayo AM. A critique of the short test of functional health literacy in adults. *Clinical Nurse Specialist* 2015;29(6):308-12.
46. 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.

47. Dumenci L, Matsuyama RK, Kuhn L, Perera RA, Siminoff LA. 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* 2013;7(2):134-43.
48. 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.
49. 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 HLS-EU-Q. *BMC Public Health*. 2013 Oct 10;13:948. doi:10.1186/1471-2458-13-948.
50. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016:21-60.
51. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, 2014:37-52.
52. Yayla K. Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Aktivasyonunun Genel Sağlığa Etkisi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.
53. Mola E, Eiksson T, Bueno MJ, Gay B, Kersnick J, Miftode R, et al. The European definition of General Practice/Family Medicine-Short version. *European Academy of Teachers in General Practice*, 2011:5-10.
54. Mabachi NM, Cifuentes M, Barnard J, Brega AG, Albright K, Weiss BD, et al. Demonstration of the health literacy universal precautions toolkit: lessons for quality improvement. *J Ambul Care Manage*. 2016 Jul-Sep;39(3):199-208. doi: 10.1097/JAC.000000000000102.
55. WHO-Prequalification of Medical Products[Internet]. Glossary. [cited 2022 Dec 15]. Available from:<https://extranet.who.int/pqweb/content/glossary>.
56. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu[İnternet]. İlaç, İlaç Ruhsatlandırma. [Erişim tarihi: 20.12.2022]. Erişim adresi: <https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/ilac-ruhsatlandirma>.
57. Ryan R, Hill S. Making rational choices about how best to support consumers' use of medicines: a perspective review. *Therapeutic Advances in Drug Safety* 2016;7(4):159-64.
58. Bandyopadhyay D, Panda S. Rational use of drugs in dermatology: a paradigm lost? *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2018 Jan-Feb;84(1):1-5. doi: 10.4103/ijdv.IJDVL_886_17.

59. National Library of Medicine[Internet]. The rational use of drugs and WHO. [cited 2022 Dec 20]. Available from:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12341043/>.
60. Editorial: Rational drug use - as common as common sense? Medical Journal Armed Forces India 2012;68(3):206-8.
61. Mekonnen BD, Ayalew MZ, Tegegn AA. Rational drug use evaluation based on world health organization core drug use indicators in ethiopia: a systematic review. Drug, Healthcare and Patient Safety 2021:159-70.
62. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu [İnternet]. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili sık sorulan sorular ve cevaplar. [Erişim tarihi: 26.12.2022]. Erişim adresi:https://akilciilac.titck.gov.tr/tr_TR/s-s-s-2/.
63. Sosyal Güvenlik Kurumu. Akılcı ilaç kullanımında hasta bakım personelinin rolü. Ankara: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı;2013:8-20.
64. Özel Ç, Büyüktanır BÖ. Akılcı ilaç kullanımında hekimin ve eczacının hastayı aydınlatma yükümlülüğü. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası 2008:327-44.
65. Kalyoncu Nİ, Yarış E. Akılcı ilaç kullanımında hekim sorumluluğu. Toplum ve Hekim 2004;19(5):359-63.
66. Hussain A, Ibrahim MIM, Baber ZD. Using the potentials of community pharmacies to promote rational drug use in Pakistan: an opportunity exists or lost? J Pak Med Assoc 2012;62(11):1217-22.
67. Melo DO, Castro LLC. Pharmacist's contribution to the promotion of access and rational use of essential medicines in SUS. Ciencia e Saude Coletiva 2017;22(1):235-44.
68. Toklu HZ. Eczacılık Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics 2015;3(1):74-83.
69. Özger İlhan S, Yıldız M, Tüzün H, Uğraş Dikmen A. Evaluation of irrational drug use of individuals over the age of 18 who applied to a university hospital. Turkish Journal of Medical Sciences 2022;52(2):484-93.
70. Barutçu İA, Tengilimoğlu D, Naldöken Ü. Vatandaşların akılcı ilaç kullanımı, bilgi ve tutum değerlendirmesi: Ankara ili metropol ilçeler örneği. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2017;19(3):1062-78.
71. Orhaner E, Salgın E. Akılcı ilaç kullanımında aile hekiminin rolü: Bitlis ilinde bir uygulama. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi 2018;4(3):212-26.

72. Department of Essential Drugs and Medicines Policy. Teacher's guide to good prescribing. Geneva: World Health Organization;2001:21-34.
73. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu [İnternet]. İlaç, Akılcı İlaç Kullanımı. [Erişim tarihi: 05.01.2023]. Erişim adresi:<https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/akilci-ilac-kullanimi#>.
74. Health Action International [Internet]. The International Network for Rational Use of Drugs (INRUD). [cited 2023 Jan 10]. Available from:<https://haiweb.org/encyclopaedia/the-international-network-for-rational-use-of-drugs/>.
75. Akıcı A. Türkiye'de akılcı ilaç kullanımı uygulamaları ve Klinik Farmakoloji Çalışma Grubunun katkıları. Türk Farmakoloji Derneği Klinik Farmakoloji Çalışma Grubu E-Bülteni 2013;1-10.
76. Akıcı A, Şirvancı M. İlaçlar konusunda sağlık mesleği mensuplarına rehberlik eden örnek bir başvuru kaynağı: İngiliz Ulusal Formüleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012;2(1):9-13.
77. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı;2012:9-17.
78. Aksoy M, Alkan A, İşli F. Sağlık Bakanlığı'nın akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma faaliyetleri. Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics 2015;3(1):19-26.
79. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu [İnternet]. Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022 Çalıştayı. [Erişim tarihi: 05.10.2022]. Erişim adresi:<https://www.titck.gov.tr/haber/akilci-ilac-kullanimi-ulusal-eylem-planı-2018-2022-calistayi-27122018172>.
80. Yılmaz M, Yılmaz A, Özyörük M, Turunç F, Erkman NG, Kınalıkaya A, ve ark. Akılcı ilaç kullanımı: Düzce'de Aile Hekimlerinin bilgi ve davranışları. Türk Aile Hek Derg 2018;22(1):20-7.
81. Bölükbaşı N, Işık H, Söyler S. Sağlık harcamaları ve ilaç harcamaları ilişkisi: Türkiye ve OECS ülkeleri açısından bir karşılaştırma. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi 2021;7(1):47-56.
82. Yılmaz Güven D, Bulut H, Öztürk S. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. Journal of History Culture and Art Research 2018;7(2):400-9.

83. Değer MS, Zoroğlu G. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranlarda sağlık okuryazarlığı ile kanser bilgi yükü ilişkisi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 2021;26(1):108-17.
84. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Euras J Fam Med* 2019;8(1):27-35.
85. Emre N, Arslan M, Edirne T, Özşahin A, Çiğdem A. Bir üniversite hastanesindeki Aile Hekimliği poliklinik hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili etkenler. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2021;11(3):588-95.
86. Levin-Zamir D, Baron-Epel OB Cohen V, Elhayany A. The association of health literacy with health behavior, socioeconomic indicators, and self-assessed health from a national adult survey in Israel. *Journal of Health Communication* 2016:61-8.
87. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health literacy in primary care practice. *American Family Physician* 2015;92(2):118-24.
88. Deniz S, Öztaş D, Akbaba M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Sakarya Medical Journal* 2018;8(2):214-28.
89. Gözülü K, Kaya S. Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi: Çankaya ilçesi örneği. *Ankara Medical Journal* 2020;(2):254-68.
90. Kiriş M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı ve Etkileyen Faktörler (tez). Tekirdağ: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2022.
91. Bayram A, İbrahimoğlu Ö. Polikliniğe başvuran hastaların evlerinde artık ilaç bulundurma durumları ve akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumları. *Sağlık ve Toplum* 2022;32(1):126-37.
92. Kılıç R. Denizli İli Pamukkale İlçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı (tez). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
93. Hatipoğlu S, Özyurt BC. Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016;15(4):1-8.

94. Bian C, Xu S, Wang H, Li N, Wu J, Zhao Y, et al. A study on the application of the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) model on rational drug use behavior among second-level hospital outpatients in Anhui, China. PLoS One.2015 Aug 14;10(8):e0135782. doi: 10.1371/journal.pone.0135782.
95. Şantaş F, Demirgil B. Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bir Araştırma. İşletme Bilimi Dergisi 2017;5(1):35-47.
96. Dağtekin G, Demirtaş Z, Alaiye M, Sağlan S, Önsüz MF, Işıklı B. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran erişkinlerin akılcı ilaç kullanım tutum ve davranışları. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi 2018;3(1):12-23.
97. Cantimur İE. SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Suam Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Puanlarının En Yeni Yaşamsal Belirteç (Newst Vital Sign) Puanları ile Karşılaştırılması (tez). Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi. T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği; 2021.
98. İşler AO. 18-65 Yaş Arası Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi (tez). İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.
99. Yılmaz CK, Kil A. Individuals' health literacy level and their knowledge and practices with respect to rational drug use. Kontakt 2018;20(4):432-9.
100. Yağız E. Kocaeli Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Bu Durumun Akılcı İlaç Kullanımıyla Olan İlişkinin İncelenmesi (tez). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.

EKLER

EK1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSİZ OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-GOBAEK 2021.498	
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin ve Akılcı İlaç Kullanımına Etkisinin Araştırılması	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:25/03	Tarih:27.12.2021	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Halim DURGUN'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllü ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcut oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-GOBAEK Yönergesi		

UYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülşim ONAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Sernaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Filiz TÖTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E (H)	(E) H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAĞCI Üye		T.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye		T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E (H)	(E) H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E (H)	(E) H	

Nurgül ARDA
Fakülte Sekreteri

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK2

Evrak Tarih Sayısı: 01.03.2022-217974

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2022/8

Karar: 2022/8

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 18/02/2022 tarih saat 11:00'da İl Sağlık Müdürlüğü Gülden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosya inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- 1- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Hamdi Nezih DAĞDEVİREN'in danışmanlığını üstlendiği, Araştırma Görevlisi Dr.Halim DURGUN'un uzmanlık tez çalışması olan''Edirne İl Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin ve Akılcı İlaç Kullanımına Etkisinin Araştırılması '' konulu uzmanlık tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

RAKİCİN

Dr! Selma ~~AKI~~ LMAZ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Dr. Şebnem ERGİN İÖSUN

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Dr.Necla TÜRKSEVEN

Toplum Sağlığı Birim Sorumlusu

Uzm. Dr. Esin SEÇGİN SAĞHAN

Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı

Yıldırım ÇETİNTAŞ

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birim Sorumlusu

EK3

7.01.2022 20:40

Posta - halim durgun - Outlook

Bilimsel Araştırma Başvurusu

Bilimsel Araştırma Başvurusu ◀

7.01.2022 Cum 19:00

Kime:

Sayın İlgili,
Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.
Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın gerektirdiği diğer tüm sũreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.

Açıklama :

Form Adı : Halim DURGUN-2022-01-06T09_14_19

Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.
İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Mũdũrlũđũ

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gũnderilmiřtir. Lũtfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:

Bu e-postanın içerdiği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, üçüncũ kişilere açıklanamaz veya iletilemez. Bu mesajın gũnderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız), lũtfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazarına ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı gũrüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bizce bilinen tüm bilgisayar virũslerine karşı taranmıştır.

DISCLAIMER:

This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. Copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail without the permission of Ministry of Health of Turkey is strictly forbidden. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error), please notify the sender and delete email from your system immediately. Ministry of Health of Turkey makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not necessarily reflect the opinions of Ministry of Health of Turkey.

This e-mail has been scanned for all computer viruses known to us.

EK4

**EDİRNE İL MERKEZİNDE YAŞAYAN YETİŞKİNLERİN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN VE AKILCI İLAÇ KULLANIMINA
ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. HALİM DURGUN

DANIŞMAN: PROF. DR. ÖĞR. HAMDİ NEZİH DAĞDEVİREN

Sayın katılımcı,

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Edirne il merkezinde yaşayan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ve akılcı ilaç kullanımına etkisini araştırma amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp, katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz: 1- Kadın 2- Erkek

3- Medeni durumunuz: 1- Hiç evlenmemiş 2- Evli 3- Boşanmış 4- Eşi vefat etmiş

4- Eğitim durumunuz :

1- Okuryazar değil 2- Okuryazar 3- İlkokul 4- Ortaokul 5- Lise

6- Yükseköğretim ve üzeri

5- Mesleğiniz:

1- Ev Hanımı 2- İşçi 3- Esnaf 4- Memur 5- Serbest çalışan

6- Çiftçi 7-Emekli 8- Öğrenci 9- Diğer

6- Şu an aktif olarak gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?

1- Çalışıyor 2- Ev Hanımı 3-Öğrenci 4-Emekli 5-İşsiz 6-Çalışma Engel Durumu Mevcut

7- Sağlık güvenceniz var mı?

1- Evet, Genel Sağlık Sigortası (devlet memuru/emekli sandığı/SSK/Bağ-kur/Yeşil kart)

2- Evet, Özel sağlık sigortası

3- Evet, yurt dışı sağlık güvencesi

4- Evet, genel sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortası

5- Hayır, sağlık güvencem yok

8- Hane halkının aylık toplam gelirini belirtiniz.

1- 6000 TL ve altı 2- 6.001-12.000 TL arası 3-12.001-24.000 TL arası 4- 24.001 TL ve üzeri

9- Hekim tarafından tanısı konmuş kronik hastalığınız var mı?

1- Yok(yok ise 13. soruya geçiniz) 2- Var

10- Kronik hastalığınızı tabloda (X) şeklinde işaretleyiniz.

Kronik hastalık	VAR	YOK
1.Yüksek tansiyon		
2.Şeker hastalığı		
3.Yüksek kolesterol		
4.Kalp hastalığı		
5.Astım/KOAH		
6.Böbrek hastalığı		
7.Karaciğer hastalığı		
8.Nörolojik hastalık		
9.Psikiyatrik hastalık		
10. DİĞER (belirtiniz)		

11- Bu kronik hastalığınız için düzenli olarak bir sağlık kurumunca kontrol oluyor musunuz?

1- Hayır 2- Evet

12- Bu kronik hastalığınız için düzenli olarak ilaç kullanıyor musunuz?

1- Hayır 2- Evet

13- Sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1- Çok kötü 2- Kötü 3- Orta 4-İyi 5-Çok iyi

14- Sigara kullanıyor musunuz? 1- Hayır 2- Evet 3- Bıraktım

15- Sağlıkla ilgili konularda genellikle kimlerden bilgi alıyorsunuz?

1- Aile Hekimi 2-Diğer Hekimler 3-Hemşire 4-Eczacı 5-Diyetisyen

6-Aile/arkadaş/komşu 7- Diğer 8-Bilgi almıyorum

16- Sağlıkla ilgili konularda genellikle hangi iletişim araçlarından bilgi alıyorsunuz?

1- Gazete/dergi 2-Kitap 3-Televizyon 4-Radyo 5-İnternet 6-Broşür

7- Reklam panosu 8- Telefon uygulamaları 9- Bilgi almıyorum

17- Hastalandığınızda ne yaparsınız?

1- Hekime başvururum

2- Eczacıya danışırım

3- Aile/komşu/tanıdığa danışırım

4- Evdeki ilaçlarla tedavi denerim

5- Daha önce kullandığım ilacı eczaneden alırım

6- Bitkisel ürünler ile tedaviyi denerim

7- Hastalığın kendiliğinden geçmesini beklerim

18- Sağlığınızla ilgili hizmet almak için genellikle ilk hangi sağlık kurumuna başvurursunuz?

1-Aile Sağlığı Merkezi 2-Devlet Hastanesi 3-Üniversite Hastanesi 4-Özel Hastane

5-Eczane 6-Diğer.....

19- En son ne için sağlık kuruluşuna gittiniz ?

1-Aşı,doğum kontrolü gibi koruyucu sağlık hizmeti almak için

2-Sağlıkla ilgili danışmanlık,bilgi almak için

3-Bilinen hastalığım için kontrol amacıyla

4-Yeni gelişen şikayetim nedeniyle muayene olmak için

5-Mevcut tedavimi tekrar yazdırmak için

6-Diğer

20- Son 6 ay içinde kaç kez aile sağlığı merkezine başvurduunuz?

1- Hiç başvurmadım 2- - kez başvurudum

21-Son 6 ay içinde kaç kez devlet hastanesine ve üniversite hastanesine başvurduunuz?

1- Hiç başvurmadım 2- - kez başvurudum

22-Son 6 ay içinde kaç kez özel sağlık kuruluşuna başvurduunuz?

1- Hiç başvurmadım 2- - kez başvurudum

23-Son 6 ayda hastanede yatarak sağlık hizmeti aldınız mı?

1- Hayır, almadım 2- Evet, aldım

24-Ne sıklıkla gazete okursunuz?

1-Hergün 2-Haftada 3-4 kez 3-Ayda 3-4 kez 4-Daha seyrek 5-Hiç okumam

25-Son bir yılda kaç kitap okudunuz

1- Hiç okumadım 2--..... tane okudum

26-Doktora danışmadan ilaç kulladığınız oluyor mu?

1- Hayır olmuyor(27.soruya geçiniz) 2- Evet oluyor

27-Doktora danışmadan hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

1-Ağrı kesiciler 2-Soğuk algınlığı ilaçları 3-Antibiyotikler 4-Mide ilaçları

4-Vitaminler 5-Alerji ilaçları 6-Göz damlaları 7-Merhemler 8-Diğer.....

28-Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta değilken ilaç yazdırarak evde bulundurur musunuz?

1- Hayır 2-Evet

29-İlaç kullanmadan önce kullanma talimatını okuyor musunuz?

1- Hayır 2-Evet

30-İlaçları kullanmadan önce son kullanma tarihine bakıyor musunuz?

1- Hayır 2-Evet

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ -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	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşur, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					

20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde 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) sağlığını etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınıza 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					

AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

Öçek Maddeleri	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.			
2. Benzer şikayetleri olan bir yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.			
3. Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.			
4. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.			
5. Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.			
6. İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.			
7. İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.			
8. İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.			
9. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.			
10. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.			
11. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.			
12. Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.			
13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.			
14. İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.			
15. Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.			
16. Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.			
17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.			
18. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.			
19. Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.			
20. Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.			
21. Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.			