



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET ALAN
HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİNİN BEKLENEN VE ALGILANAN
HİZMET KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Selda KEPENEK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2021



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET ALAN
HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİNİN BEKLENEN VE ALGILANAN
HİZMET KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Selda KEPENEK

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Derya İREN AKBIYIK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2021

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince yetişmemde emeği geçen, engin tecrübeleriyle aydınlandığım değerli hocalarımdan başta tez hocam, idolüm Prof. Dr. Derya İREN AKBIYIK olmak üzere, SAHU asistanlığımın ilk günlerinden itibaren manevi desteği ile her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım; Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU, Prof. Dr. Cenk AYPAK ile eğitimlerdeki sunumlarıyla ve bizlere yaklaşım tarzlarıyla Uzm. Dr. Zekai UYSAL, Uzm. Dr. Özlem GÜÇ SUVAK, Uzm. Dr. Canan EMİROĞLU ve Uzm. Dr. Murat DİCLE'ye teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım süresince 18 ay rotasyonlarda ve 6 yıl boyunca eğitim günlerinde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma, her zaman maddi ve manevi desteği ile yanımda olan hayattaki en büyük şükür sebeplerimden biri olan canım annem Fatma ERYILMAZ ve bizleri gönlünde büyüten babam Ali İhsan ERYILMAZ'a, yoğun çalışma saatlerim boyunca ve tez yazım sürecinde bana anlayış gösteren, sabrıyla, öpücükleriyle, güzel kalbiyle her zaman yanımda olan biricik kızım Esma Filiz KEPENEK'e ve kardeşi olmaktan gurur duyduğum biricik desteğim bilge ablam Belma DOĞAN'a sonsuz teşekkür ederim...

Dr. Selda KEPENEK

Ankara, 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. SAĞLIĞIN TANIMI.....	4
2.2. OKURYAZARLIK KAVRAMI.....	4
2.2.1. Okuryazarlık Düzeyleri.....	4
2.2.2. Okuryazarlık İçin Gerekli Yeterlilikler.....	5
2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ TANIMI.....	5
2.4. DÜNYA’DA VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	6
2.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ.....	7
2.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	9
2.7. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ (SINIFLANDIRILMASI)..	9
2.8. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KULLANILAN ARAÇLAR.....	10
2.9. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İÇİN BİLGİYE ERİŞİM ARAÇLARI....	14
2.10. SAĞLIK PROFESYONELLERİ.....	14
2.11. TIP LİTERATÜRÜ, SAĞLIK KİTAPLARI VE DERGİLERİ.....	15
2.12. KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARI, İNTERNET VE SOSYAL MEDYA... 15	
2.13. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİYLE İLİŞKİSİ.....	15
2.14. YETERSİZ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI SONUÇLARI.....	16
2.15. HİZMET KALİTESİ.....	18
2.16. BEKLENEN HİZMET KALİTESİ.....	19

2.17. ALGILANAN HİZMET KALİTESİ.....	20
2.18. HİZMET KALİTESİNİ OLUŞTURAN KALİTE BİLEŞENLERİ.....	20
2.19. HİZMET KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	21
2.20. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ VE KATILIM ORANI.....	23
3.2. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	24
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	24
3.4. ANALİZ YÖNTEMİ.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	69
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	81
KAYNAKLAR.....	88
ÖZGEÇMİŞ.....	95
EKLER.....	96

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ASOY-TR	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Türkçe Uyarlaması
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CHIRr	: Consumer Health Informatics Research resource
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IOM	: Institute of Medicine
HALS	: Health Activities Literacy Scale
HLS-EU	: Consortium (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu)
HLS-EU-Q	: European Health Literacy Survey Questionnaire (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)
IOM	: Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü
MART	: Medical Terminology Achievement Reading Test
NVS	: Newest Vital Sign
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SOY-SEN	: Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TSOY 32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sosyodemografik Bulgular.....	28
Tablo 2. Okumaya Yönelik Bilgiler.....	30
Tablo 3. Sosyal Statünün Değerlendirilmesi.....	30
Tablo 4. Sağlıkla İlgili En Güvenilir Kaynakların Sıralaması.....	31
Tablo 5. Sağlık ve İlaç Kullanımına Ait Bilgiler.....	32
Tablo 6. ASM ve Hastaneye Başvuru Sayıları.....	33
Tablo 7. Sağlıkla İlgili Diyet, Egzersiz, Hastalıkların Önlenmesi Ve Bazı Özel Sağlık Konularında Değişkenlerin Kullanılma Durumu.....	33
Tablo 8. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek İfadelerine Katılım Durumu.....	35
Tablo 9. Servqual ve Okuryazarlığa Ait Betimsel İstatistikler ve Normallik Testi.....	38
Tablo 10. Servqual Skor Düzeyi.....	39
Tablo 11. Okuryazarlık ile Servqual Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	45
Tablo 12. Okuryazarlık düzeyi ile Servqual Skor düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	46
Tablo 13. Servqual Skor ile Okuryazarlığın Yaş Açısından İncelenmesi.....	47
Tablo 14. Servqual Skor ile Okuryazarlığın Cinsiyet Açısından İncelenmesi.....	49
Tablo 15. Servqual Skor ile Okuryazarlığın Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi.....	51
Tablo 16. Servqual Skor ile Okuryazarlığın Ailenin Geliri Açısından İncelenmesi.....	55

Tablo 17. Servqual Skor ile Okuryazarlığın Kitap Okuma Sıklığı Açısından İncelenmesi.....	57
Tablo 18. Servqual Skor ile Okuryazarlığın Sağlık Durumu Açısından İncelenmesi.....	59
Tablo 19. Servqual Skor İle Okuryazarlığın Sürekli İlaç Kullanmasını Gerektiren Bir Hastalığı Olma Durumu Açısından İncelenmesi.....	62
Tablo 20. Servqual Skor İle Okuryazarlığın Herhangi Bir Sağlık Sorunu Nedeniyle (Hastalık, Aşı, Test, Reçete Yazdırma vb) Bir ASM'ye Ayda Ortalama Başvuru Sayısı Açısından İncelenmesi.....	64
Tablo 21. Servqual Skor İle Okuryazarlığın Herhangi Bir Sağlık Sorunu Nedeniyle (Hastalık, Aşı, Test, Reçete Yazdırma vb) Bir Hastaneye Ayda Ortalama Başvuru Sayısı Açısından İncelenmesi.....	67

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	39
Şekil 2. Yaşa Göre Sağlık okuryazarlığı Düzeyleri.....	40
Şekil 3. Cinsiyete Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	40
Şekil 4. Eğitim Durumuna Göre Okuryazarlık Düzeyleri.....	41
Şekil 5. Gelir Durumuna göre Okuryazarlık düzeyleri.....	42
Şekil 6. Kitap Okuma Sıklığına Göre Okuryazarlık Düzeyleri.....	43



ÖZET

AMAÇ: Günümüzde sağlık okuryazarlığı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin temel belirleyicisi olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kişinin, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme, bilgiyi uygulama ve kullanma kapasitesinin bir göstergesidir. Sağlıkta hizmet, hastaların aldıkları bir sağlık hizmetiyle ilgili beklentileri ile hizmetin nasıl gerçekleştirildiğine dair algıları arasında yaptıkları karşılaştırmanın sonucunu ifade eder. Araştırmamızın amacı, bir aile sağlığı merkezinden hizmet alanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin beklenen ve algılanan hizmet kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.

YÖNTEM: Araştırmamız tanımlayıcı kesitseldir. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne 01.Ocak.2020-01.Nisan.2020 tarihleri arasında başvuran, Türkçe konuşan, okuryazar olan, 18-65 yaş arası tüm hastalar çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Veriler; Sosyodemografik bilgi formu, TSOY-32 Ölçeği Ve Servquel hizmet kalite Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 21.0 ile yapılmıştır ve %95 güven düzeyinde çalışılmıştır.

BULGULAR: Örneklemi oluşturan kitle Ankara'da bir aile sağlığı merkezinin kayıtlı hastalarıdır. 840 hastaya ölçüm araçları uygulanmıştır. Yapılan veri temizliği sonucunda 753 hastanın verisi analiz edilmiştir. Katılımcıların 435'i kadın, 318'i erkektir. Bunların ağırlıklı olarak yaş ortalaması $40,33 \pm 13,18$ olup katılımcıların %14,5'ini 56 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların %39,9'u ev hanımıdır. Katılımcıların %34,9'unun eğitimi ilkokul düzeyindedir. Evinde toplam 4 veya üzeri kişi yaşayanların oranı %33,6 ve gelir düzeylerine bakıldığında, geliri giderine denk olanların oranı %46,3'tür. Katılımcıların %60,2 si ara sıra kitap okuduklarını ve %55,2 si okuma yazma aktivitelerinde hiç kimseden yardım almadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılardan kadın cinsiyetli olanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar, geliri giderinden az olanlar, evli olanlar, ileri yaş, kitap okuma sıklığının azalması, sağlıkla ilgili en güvenilir bilgi kaynağı olarak radyo-televizyonu tercih edenler, sağlık durumu

algısı kötü olanların, kronik hastalığı olanların yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda katılımcıların %53,5'inin, hizmet kalite algılarının genel anlamda beklentilerini karşıladığını ve hatta üzerine çıktığını söyleyebiliriz. Araştırmamızda katılımcıların yetersiz sağlık okuryazarlığı oranı %42,4 ile gelişmiş bölgelerdeki katılımcıların yetersiz sağlık okuryazarlıklarının yaklaşık 3 katı düzeyindedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile Servqual Skor düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı olanların %50,5'inin hizmet kalite algısı düşük iken, yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların %60,1'inin hizmet kalite algısı beklentilerini karşılamakta veya beklentilerinin üzerindedir.

SONUÇ: Bu faktörler sağlık okuryazarlığı için dezavantaj olarak değerlendirilebilir. Hastaların kaliteli sağlık hizmeti almalarını önleyen sebepler arasında, sağlık hizmetlerinin aşırı, gereksiz ya da yanlış kullanımı sayılabilir. Toplumların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılması yoluyla insanların doğru sağlık hizmetini doğru kurumdan ve doğru zamanda alması sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Servqual, TSOY-32, Hizmet, Kalite

ABSTRACT

AIM: Today, health literacy is the main determinant of the promotion and improvement of health. Health literacy is an indicator of a person's capacity to access, understand, evaluate, apply, and use information related to health. Health services refer to the result of the comparison between patients' expectations regarding the health service they receive and their perceptions of how the service is performed. The aim of our study is to measure the effect of health literacy levels of those who receive services from family health centers on expected and perceived service quality.

METHODS: This is a descriptive cross-sectional study. The was carried out with the participation of all volunteer patients, except those who applied to our Family Health Center between January 01, 2020, and April 01, 2020, were Turkish-speaking, literate, aged between 18 and 65, and were excluded by the exclusion criteria. Consent was obtained from all patients. Data were collected using the Sociodemographic Information Form, TSOY-32 Scale, and Servquel Service Quality Scale_4_25. Data analysis was carried out using SPSS 21.0 and the confidence level was found to be at 95%.

RESULTS: The research population consisted of patients registered at a family health centre in Ankara. A questionnaire was applied to 840 patients. After data cleansing, the data obtained from 753 patients were analyzed. Of the participants, 435 were female and 318 were male. Whereas their mean age is 40.33 ± 13.18 , 14.5% of the participants are aged 56 and over. 39.9% of the women participants are housewives. The education of 34.9% of the participants is at primary school level. The rate of people who live in their house with a total of 4 or more people is 33.6%, and the rate of those whose income is equal to their expenses is 46.3%. 60.2% of the participants stated that they occasionally read books and 55.2% stated that they did not get help from anyone in their literacy activities. Among the participants, those who are female, have a low education level, have less income than their expenses, are married, older, have decreased

frequency of reading books, and prefer radio-television as the most reliable source of information related to health were found to have high levels of insufficient-problematic health literacy.

It can be noted that 53.5% of the participants' service quality perceptions met or even exceeded their expectations in general. The rate of participants with insufficient health literacy was found to be 42.4%, which is about 3 times the insufficient health literacy of the participants in these two developed regions. There is a significant relationship between health literacy level and Servqual Score level ($p < 0.05$). Whereas the service quality perception of 50.5% of those with insufficient-problematic health literacy is low, the service quality perception of 60.1% of those with adequate-perfect health literacy meets their expectations or is above their expectations.

CONCLUSION: These factors can be considered to be disadvantageous in terms of health literacy. Excessive, unnecessary, or wrong use of health services can be regarded as one of the causes preventing, those with poor health and those patients with chronic disease from receiving quality health services. Increasing the health literacy levels of societies can ensure that people receive the right health service from the right institution and at the right time.

Keywords: Health Literacy, Servqual, TSOY-32, Service, Quality

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Okuryazarlık, bir bireyin bilgi ve potansiyelini geliştirmek için yeterli düzeyde bilgi okuma, yazma, konuşma ve işleme, hedeflerine ulaşmada ve / problem çözmede sosyal ve ticari işlevlerini sürdürme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Günümüz dünyasında teknolojinin gelişmesiyle birlikte tıp alanındaki gelişmeler büyük bir ivme kazanmıştır. Bu nedenle bireylerin doğru zamanda uygun ve yeterli sağlık hizmeti alabilmeleri için okuryazarlık yerine yeni bir kavram olan sağlık okuryazarlığı kavramı ön plana çıkmaktadır (1).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak Scott Simonds (1974) tarafından "Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika" başlıklı bir makalede kullanılmıştır (2). Sağlık okuryazarlığı kavramı, temel sağlık bilgi ve hizmetlerini bireyi koruyacak şekilde elde etme yeteneğidir. Sağlık eğitimi, sağlık sorunlarını ve kötüleşen sağlığı iyileştirir. Sağlık okuryazarlığı ise kazanılan bilgileri bilme, yorumlama ve anlama yeteneği olarak tanımlanabilir.

Sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde, sağlık hizmetlerinin kullanımında ve toplumun sağlık statüsünde, sağlığı etkileyen tüm nedenlerle ilişkili olmasından dolayı sağlık okuryazarlığının büyük rol aldığı ileri sürölmektedir. Toplum sağlığı için sağlık okuryazarlığının önemini vurgulayan altı temel başlık vardır. Bunlar; büyük kitleleri etkilemesi, olumsuz sağlık sonuçları, sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalık düzeyinde artış, sağlık harcamaları, sağlık konularında bilgilenme isteği ve sağlık kaynaklarının eşit paylaşımının sağlanması olarak belirtilmektedir (3). Ayrıca son yıllarda sağlık okuryazarlığının, sağlık kaynaklarının tüketilmesi ve sağlık sonuçlarına olan etkisi de araştırılmaktadır (4).

Hizmet kalitesi, araştırma literatüründe hem tanımlanmasında hem de ölçölmesinde genel bir görüş birliği olmadığı için ortaya çıkan zorluklar nedeniyle büyük ilgi ve tartışma uyandıran bir kavramdır (5). Hizmet kalitesi, ürün kalitesiyle kıyaslandığında tanımlamak ve değerlendirmek zordur. Örneğin, sa kesiminin kalitesine karar vermek, sa kurutma makinesinin kalitesine karar vermeye göre daha zordur. Müşteri tutma, belki de kalitenin en iyi ölçüsüdür.

Bir hizmet firmasının müşterilerine yönelme kabiliyeti, onlara ne kadar tutarlı değer verdiğine bağlıdır (6). Müşteri kalite algıları, hizmetin veriliş şeklinden (örneğin, işlevsel kalite) ve sonuçlardan (örneğin teknik) etkilenir (7).

Hizmet kalitesi, beklentilerin performansla karşılaştırılması sonucunda ortaya çıkan, ancak memnuniyetle eşdeğer olmayan bir tutum biçimi olarak da tanımlanmıştır (8). Hizmet kalitesinin tanımları, müşterilerin bir hizmetle ilgili beklentileri ile hizmetin nasıl gerçekleştirildiğine ilişkin algıları arasında yaptıkları karşılaştırmanın bir sonucu olduğu fikrinin etrafında yoğunlaşırlar (9). Hizmet kalitesi, verilen hizmet seviyesinin müşterilerin beklentilerine ne kadar iyi uyduğunun bir ölçüsüdür. Kaliteli hizmet sunmak, tutarlı bir şekilde müşteri beklentilerine uygunluk anlamına gelir (10).

Hizmet kalitesi literatüründe kullanıldığı şekliyle "beklentiler" terimi, tüketici memnuniyeti literatüründe kullanılmasından farklıdır. Memnuniyet literatüründe beklentiler, yaklaşan bir işlem sırasında ne olabileceği konusunda müşteri tarafından yapılan "tahminler" olarak görülür. Hizmet kalitesi literatüründe beklentiler, tüketicilerin istekleri veya ihtiyaçları, yani bir hizmet sağlayıcının teklif etmek yerine sunması gerektiğini düşündükleri ve tüketicilerin beklentileri veya istekleri geçmiş deneyimlerden etkileneceği şeklinde görülür (11).

Sağlık okuryazarlığı üzerinde çeşitli çalışmalar olmakla birlikte; ülkemizde bu çalışmaların sayısı yeterli değildir. Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığının tanımı, önemi, boyutları, ölçüm yöntemleri sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyodemografik faktörler ile kişilerin hizmet kalite algısı üzerine etkileri araştırılmıştır.

Araştırmanın Birincil Amacı: Bir aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile beklenen ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Araştırmanın İkincil Amaçları:

1. Bir aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi

2. Bir aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sosyodemografik verilere gre farklılık gsterip gstermediğinin belirlenmesi
3. Bir aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sağlık merkezine ilişkin algıladıkları ve bekledikleri hizmet kalitesini değerlendirmek
4. Bir aile sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların algılamış oldukları hizmet kalitesinin sosyodemografik verilere gre farklılık gsterip gstermediğini değerlendirmektir.

Elde edilen bu veriler ışığında, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulan kalitenin artırılması, hasta memnuniyetinin artırılması, sağlık harcamalarında israfın nne geçilmesi, hastaların gereksiz tetkik istemleri ve mkerrer ASM ye gelişlerinin nne geçilerek sağlık giderlerinin ve zaman israfının azaltılması, bu zamanın periyodik muayeneler, erişkin aşılama, kanser taramaları, kronik hastalık takibi gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinin asıl hedefi olan koruyucu hekimlik uygulamalarına ve hasta eğitimlerine harcanması, hastaların yaşam kalitesinin artırılması ile nlenebilir hastalıkları erken tanı ve tedavisinde sağlık okuryazarlığı seviyesinin yksek olmasının neminin farkına varılması hususuna vurgu yapılmak istenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIĞIN TANIMI

Geleneksel manada sağlık, hastalığın olmayışı olarak bilinmektedir. Günümüzde ise bu tanım geçerliliğini yitirmiştir diyebiliriz (12). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında sağlık: “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden en ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin bulunması” olarak tanımlanmıştır (13).

2.2. OKURYAZARLIK KAVRAMI

En genel kelime anlamıyla okuma-yazma, yazılı metinlerin okunması ve yazılmasını ifade etmektedir. Okuryazarlık insan iletişimde simgesel anlam kazanan öğelerin etkili bir biçimde kullanılabilmesi yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Okuryazarlık tanım olarak; okuma ve yazma eylemlerinden farklıdır; kişinin sosyal hayatındaki bütün ilişkileri ve yaşadığı hayatı, okuma yazma faaliyetlerinin eşliğinde algılaması ve yaşamına yansıtmasını içeren bir kavramdır (14).

2.2.1. Okuryazarlık Düzeyleri

UNESCO, okuryazarlığın dünya üzerindeki gelişimi ve yapılan incelemeleri dikkate alarak 1987 senesinde Okuryazarlık kavramını ‘Herkes için sağlık’ kapsamında ele almış, kavramın daha iyi anlaşılabilmesi için üç farklı düzeye ayırmış ve yeniden tanımlamıştır. Birinci düzey, temel okuryazarlık; ikinci düzey, fonksiyonel okuryazarlık; üçüncü düzey ise, multifonksiyonel okuryazarlık olarak adlandırılmıştır. Birinci düzey, temel okuryazarlık becerilerine (kelimeleri ve cümleleri seslendirme ve anlama) sahip olma düzeyidir. İkinci düzey, kişinin okuma yazma ile ilgili bilgilerini sosyokültürel hayatına aktarması olarak tanımlanır. Üçüncü düzey ise kişinin okuma yazma aktivitelerinde sadece kendisini değil toplumu geliştirme çabalarını içerir. Çok fonksiyonlu okuryazar olan kişi kendisini, yaratıcılığını geliştirip derin, felsefik düşünce tarzına ve kapsamlı dünya görüşüne sahip olma özelliklerini taşır (15).

2.2.2. Okuryazarlık İçin Gerekli Yeterlilikler

Literatürde okuryazarlık için gerekli yeterlilikler altı boyutta ele alınmaktadır. Sağlık okuryazarlığının gerekli öncüleri olarak kabul edilen bu yeterlilikler; operasyonel, interaktif, otonomi, bilgi, içeriksel ve kültürel yeterlilik şeklinde tanımlanmaktadır. Operasyonel Yeterlilik: Temel sağlık ihtiyaçlarını etkili karşılamak için gerekli olan fonksiyonel becerileri ve stratejileri ima eder. Beceriler sağlık profesyonelleri tarafından verilen yazılı ve sözlü bilgiye göre davranma, okuma ve anlama yeteneğini içerir. İnteraktif Yeterlilik: Öz-yönetim aracılığıyla bireyin geliştirilmesi ve cesaretlendirilmesi için başkaları ile işbirliği yapmasıdır. Birey, sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde sorunlarının öz-yönetiminde yer almaktadır. Otonomi Yeterliliği: Kişisel bir güçtür. Sağlıkla ilgili kararlarda bireyin etkili bir şekilde sorumluluk almasını amaçlayan öz farkındalıktır. Bilgisel Yeterlilik: Sağlık bilgisinin geçerliliğini ve otoritesini belirleme yeteneğidir. Otorite ve geçerlilik, sağlıkta en güncel ve kesin bilginin vurgulanmasında hassas bir noktadır. İçeriksel Yeterlilik: Çevre konusunda uzmanlıktır. Sağlık bakım ortamında bireylerin rahat olması istenen bir durum iken bazı bireyler rahat değildir. Bireylerin bilinen bir ortam içerisinde birbirleriyle etkileşimde bulunarak bilgiyi yorumladıklarında öğrenmenin daha iyi gerçekleşeceği gösterilmektedir. Kültürel Yeterlilik: Sosyal sistem uygulamalarının anlamını yorumlama yeteneğidir. Sağlık bilgisini harekete geçirmek ve yorumlamak için gerekli olan ortak inançların, geleneklerin, dünya görüşünün ve sosyal kimliğin farkına varılmasını ve kullanılmasını içerir (16).

2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ TANIMI

Sağlık okuryazarlığı, 2004 yılında Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından yayınlanan "sağlık bilgisi ve hizmetleri bir bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, anlama ve kavrama becerisi düzeyi" olarak açıklanmıştır (17). "DSÖ tanımına göre "bireysel bilişsel ve sosyal beceriler edinme yeteneği ve sağlığı korumak ve geliştirmek için bilgiyi kullanma ve anlama yeteneği" olarak tanımlanmaktadır (18). 1986 yılında, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında Ottawa'da ilk "Sağlığı Geliştirme Uluslararası Konferansı" düzenlenmiştir. Konferansta sağlık bilgilerinin anlaşılır bir şekilde organize edilmesi gerektiğini ve

toplumun buna göre davranış geliştirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Sadece sağlık sektörünün çabalarının yetersiz kaldığı, diğer sektörlere desteğin vurgulandığı ve “sağlık okuryazarlığı” kavramının öne çıktığı belirtilmiştir. Sağlık okuryazarlığı tanımı ilk olarak 1974 yılında Simonds tarafından yapılmıştır ve bu tanımlama mevcut tanımdan farklıdır (17).

İlk aşamada, "bireysel sağlık becerileri" nin en basit şekliyle tanımı yapılırken konu odakta büyüdükçe, Nutbeam ve Wise bilgi, yorum ve davranışa erişimin yanı sıra "Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi" tanımını vurgulanmıştır. Bu gelişmelerin ardından 1998 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) adına hazırlanan Nutbeam Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, SOY tanımını genişletmiş ve "bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" şeklinde yerini almıştır (19).

Türkçe'de ise bu tanım, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü"nde "Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürececek şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder" şeklinde ifade edilmektedir (19).

2.4. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE SAğLIK OKURYAZARLIğI

2009 UNESCO raporuna göre; Dünya genelinde 776 milyon yetişkin temel sağlık becerilerinden yoksundur (20). Raporun da gösterdiği gibi dünyada sağlık eğitimi düşük olan insan sayısı oldukça fazladır. Avrupa'da sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için toplam 8 ülkenin (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İşpanya, Polonya, Yunanistan) vatandaşlarının katıldığı 47 soru içeren anket çalışmasının sonucunda, ülkeler arasında aldıkları puana göre “yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi” olmak üzere toplam 4 gruba ayrılmıştır. Hollanda'da bireylerin %29'u, Bulgaristan'da ise %62'si yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bulunmuştur. Toplamda araştırmaya katılan bireylerin yarısından biraz fazlası yeterli ve mükemmel düzeyde puan almışlardır. Yeterli-mükemmel puan alanlar

arasında Hollanda %72, İrlanda %60 ile ilk sıralardadır. İspanya %42, Bulgaristan %37 ile son sıralardadır (21).

Bir başka araştırmaya göre Amerika'da yaşayan yetişkinlerin sadece %13'ünün yeterli sağlık bilgisine sahip olduğu tespit edilmiştir. %36'sının sınırlı sağlık bilgisi vardır. %14'ü altı temel beceriye ve %22'si temel sağlığa sahiptir (22).

Türkiye için 2012 UNESCO verilerine baktığımızda okuryazarlık oranı ortalaması 15 yaş ve üzeri kadınlarda %91,60, erkeklerde %98,26, toplamda %94,92'dir. Bu oran gelişmiş ülkelerde %99,66'dır. Yine aynı çalışmadaki verilere göre 25 yaş ve üzerinde eğitim süresi ortalaması; kadınlarda 6,7 yıl, erkeklerde 8,5 yıl ve toplamda ise 7,6 yıldır (ABD'de 12 yıl). Sonuç olarak genel okuryazarlık oranı ve ortalama eğitim süresi bakımından Türkiye, gelişmiş ülkelere geride kalmaktadır. Türkiye'de Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçekleri temel alınarak Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından 2014 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonucunda Türkiye toplumunun %64,6'sının "sorunlu veya yetersiz" sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı izlenmektedir. Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama puanı 30,4 olan Türkiye, sağlık okuryazarlığında Avrupa ortalamasının oldukça gerisinde kalmaktadır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonuçlarına göre; yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı %35,4'tür yani diğer bir deyişle toplumun sadece üçte biri yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (23).

2.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ

Geçen yüzyılın ikinci yarısında enfeksiyon hastalıklarının önde gelen ölüm nedenleri sıralamasında azalmasının ardından kanser, kardiyovasküler hastalık, kronik akciğer hastalığı ve diyabetes mellitus gibi diğer kronik ve dejeneratif hastalıklar ortaya çıkmıştır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunucuları da çeşitli yeni yöntem ve

yaklaşımlar geliştirerek bu hastalıklara yönelik hizmetleri iyileştirmek için çaba sarf etmişlerdir (24). Yeni yüzyıldaki teknolojik gelişmelerin ardından toplumda sağlığın boyutları da değişmiştir. Ancak, sağlık hizmetlerinde insanların rolü artmış ve sağlık okuryazarlığı hızla gelişen sağlık sektöründe tüketici konumunda daha da büyük rol oynayan kişiler için giderek daha önemli hale gelmiştir (25).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin ve dolayısıyla toplumun yaşam kalitesini artırmak ve yapılacak doğru şeyleri öğreterek farkındalık yaratmakla ilgilidir. Sosyal temelde sağlık okuryazarlığını teşvik etmek için geliştirilmiş altı geniş tema aşağıdaki gibidir:

Etkilenen kişi sayısı: Yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi, gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi gelişmiş ülkelerde de yaygın görülmektedir. Dünya geneline bakıldığında, yetersiz-sorunlu okuryazarlık düzeylerinden kadınların daha fazla etkilendiği ve küresel olarak kadınların üçte ikisinin temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu bildirilmektedir.

Kötü sağlık sonuçları: Yüksek ölüm oranlarıyla yetersiz sağlık okuryazarlığı arasında doğru orantılı bir ilişki vardır.

Sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalık oranlarında artış: Sağlığı kötü etkileyen alışkanlıklar ve davranışlar, kronik hastalık insidansı ve morbidite oranlarında büyük bir paya sahiptir.

Yetersiz sağlık eğitimi oranı, küresel ölüm oranının büyük bir bölümünü oluşturan kronik hastalıkların görülme sıklığı ve seyri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

Sağlık hizmetleri maliyetleri: Düşük sağlık okuryazarlığı yüzdesi, devletin maliyetine yılda %3 ila %5 arasında değişen ek bir mali yük ekler.

Sağlık bilgi talepleri: Sağlık hizmeti sunucularının aldıkları eğitim ve mesleki dilin (terminoloji) sağlık hizmeti alacaklarla sınırda olması, hizmet sağlayıcı ile alan arasında iletişim boşluğuna da neden olmaktadır.

Eşitlik: Düşük sağlık okuryazarlığı aynı zamanda bir bireyin sağlık hizmeti aldığı sürece aktif rol alamayacağı anlamına gelir. Toplumda sağlık eğitimi seviyesinin yükseltilmesi, sağlıktaki bu eşitsizliğin azaltılması anlamına gelir (26).

2.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık okuryazarlığı açısından kültür kavramına daha geniş bir perspektiften bakma ihtiyacı vardır. Sağlık okuryazarlığı, bireyin kültürel geçmişine bağlıdır. Bireyler, kültürel geçmişlerine dayalı olarak sağlık profesyonellerinden gelen bilgi ve önerilere değer verirken, kültürün etkisi de dikkate alınmalıdır. Bireyler, sağlığı ve hastalığı nasıl belirleyeceklerini, hastalığın nedenleri ve korunma yöntemleri hakkında bilgi edinmeyi ve ait oldukları kültürdeki fiziksel bulguları nasıl tanımlayacaklarını öğrenirler. Ayrıca sağlık teknolojilerinin kullanım alışkanlıkları ile tedavi ve ilaç tedavisine erişim de dini bilgiler ve kültürel kurallar ile belirlenmektedir (27). Sağlık okuryazarlığı, kişilerin becerileri, okuryazarlığını etkileyecek eğitimi, sunulan sağlık hizmetleri ve sağlık politikaları, kültürel ve toplumsal faktörler, kullanılan medya, verilen eğitimler ve aile ortamı, çalıştıkları iş ve bulundukları toplumdaki sosyokültürel faktörlerden etkilenmektedir (28).

2.7. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ (SINIFLANDIRILMASI)

Bireyler sağlıklı yaşamlar sürdürebilme, hastalıklardan kaçınabilme, sağlığına kavuşabilme, sağlığını iyileştirebilme, sağlık için yazılı ve görsel medyayı kullanabilme, aile ve halk sağlığı üzerinde olumlu veya olumsuz etkiler vb. çeşitli konularda geniş bir yelpazede yer alan temel sağlık bilgilerine ihtiyaç duymaktadır. İnsanların bu tür bilgilere sahip olma yeteneği, sağlık bilgilerini belirler (29). Sağlık okuryazarlığı alanında önde gelen isimlerden biri olan, sağlık okuryazarlığını üç ana düzeyde tartışmaktadır: etkileşimli (işlevsel), işlevsel (işlevsel) ve eleştirel (kritik);

Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Okuryazarlığı, geleneksel sağlık eğitiminin sonucudur ve temel okuma ve yazma becerileriyle ilgilidir. Egzersiz, yemek, ilk yardım vb. temel sağlık bilgilerini tanıma ve sağlık hizmetlerini kullanma, doğru ilaç dozunu hesaplama, yazılı ve sözlü sağlık mesajlarını anlama becerisini içerir. Bu

adımında birey pasiftir; sağlık sistemi, sağlık riskleri ve bunların uyumluluğu, beklenen eylemler ve etkileşimli iletişim olmadan sınırlı bilgiye sahiptir (30).

İnteraktif (Etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı, son 20 yılda sağlık eğitimi yaklaşımlarının sonuçlarını yansıtır, bireysel becerileri geliştirmeyi ve kişisel kapasiteyi artırmayı hedefler. Sağlık bakım faaliyetlerine katılmak, sağlık mesajlarını okumak, değişen koşullarda sağlık bilgisi ve deneyiminden yararlanmak gibi daha gelişmiş sosyal ve okuma ve yazma becerilerini içermektedir. Etkileşimli sağlık bilgisi, egzersiz yapma, doğru yiyecekleri seçme, yiyecek etiketlerini okuma ve sağlık ihtiyaçları için sosyal desteği tanımayı kapsar (30).

Kritik (Eleştirel) Sağlık Okuryazarlığı, edinilmiş, geliştirilmiş sosyal becerileri ve bilişsel faydaları içermektedir. Birey bu düzeyde daha aktiftir ve bu düzeydeki faaliyetlerde bireysel faydaya ek olarak sosyal fayda daha net görülmektedir. Bu, bireylerin sağlık sorunlarını ve kendi ve halk sağlığına yönelik riskleri analiz etme, çözümler için politika oluşturma süreçlerine katılma ve medyadaki sağlık haberlerini yorumlama becerisini içerir (30).

2.8. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KULLANILAN ARAÇLAR

Soyut bir kavram olarak sağlık bilgisi, ölçme ve değerlendirme için uygundur. Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için birçok ölçek geliştirilmiştir. Sağlık eğitimi derecelerinde, sağlık kurumlarına sevkleri ve sevkleri anlama, tıbbi formları okuma, anlama ve doldurma, ilaçlar ve sağlık uzmanları ile ilgili yönergeleri anlama ve sık sık kontrollerle ilgili bilgileri anlama konuları sorgulanmaktadır (31).

Sağlık eğitiminin tanımları çok geniştir ve değerlendirilmesi kolay olmayan bir dizi kavram içerir. Bu farklı kavramların belirsizliği ve karmaşıklığı göz önüne alındığında, sağlık eğitiminin değerlendirilmesinin sorgulanabilir olması normaldir. Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için farklı hedefler ve yaklaşımlar olduğundan, farklı ölçüm araçları da geliştirilmiştir Sağlık eğitimi ölçmek için içerik, kapsam ve psikometrik özellikler açısından değişiklik gösterebilen bir dizi araç vardır. Bu ölçüm cihazlarının çoğu Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) geliştirilmiş ve literature

dahil edilmiştir. Sağlık bilgisi belirli gruplar için olduğu kadar hedef grup veya genel popülasyon için de ölçülebilir (32).

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığı Hızlı Tahmini): Bu derece Davis ve ark. hekimlere ve sağlık uzmanlarına, sağlık okuryazarlığı becerileri bozuk olan yetişkinleri belirlemelerine yardımcı olmak için oluşturulmuştur (33). REALM, genel olarak hastaların kelime dağarcığını ölçmek için kullanılan, tek heceli ve çok heceli terimler dahil olmak üzere toplam 66 tıbbi terimden oluşan bir kelime tanıma (okuma) testidir. Hastalardan kelimeleri zor bir sıra ile okumaları istenir ve telaffuzları doğrulanır. Test 5 dakikadan daha kısa sürede tamamlanabilir (34). Test sırasında katılımcı her doğru cevap için 1 puan alır ve toplam puanı hesaplanır. Katılımcılar 0 ile 66 puan arasında bir değer alır. Bu amaçla;

- 0-44 puan : Yetersiz (marjinal) sağlık okuryazarlığını
- 45-60 puan : Sınırlı sağlık okuryazarlığını
- 61-66 puan : Yeterli sağlık okuryazarlığını açıklamaktadır (35).

REALM testinin 66 terimi yerine 8 terimden (alerjik, anemi, sarılık, osteoporoz, tükenmişlik, kolit, konstipasyon, yönetmek) oluşan ve 1-2 dakika gibi kısa sürede tamamlanabilen “*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised (REALM-R)*” isimli daha kısa bir sürümü de bulunmaktadır. Uygulama kolaylığı avantajı gibi görünse de katılımcının sadece tanıma ve sesli okumaya odaklanması sebebiyle bazı sağlık alanlarında ve örneklemelerde geçerli bir test olarak görülmemesi dezavantajı olarak görülmektedir (36).

Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi): Parker ve diğerleri tarafından hastaların fonksiyonel sağlık eğitimi düzeyini ölçmek için oluşturulmuştur. 17'si sayısal yetenek ve 50'si okuduğunu anlama (sözlü) olmak üzere toplam 67 sorudan oluşmaktadır (37). 50 Soruluk okuduğunu anlama bölümünde, her katılımcı sağlıkla ilgili bir konuda dört paragraf almaktadır. Paragraf cümlelerindeki bazı kelimeler silinmiştir. Katılımcılardan boşlukları çoktan seçmeli kelimelerden en uygun kelime ile doldurmaları istenir. İnsanların temel sayısal bilgileri, günlükleri ve ilaç şişeleri için talimatları vb. Kullanma becerisini ölçen 17 sorudan oluşan ikinci bölümde

katılımcılara randevu fişleri ve ilaç şişesi talimatları vb. konuları kapsayan sorular yöneltilmektedir (38).

Testte katılımcılar için 0-100 arası bir puanlama söz konusudur. Sözel sorulara verilen doğru cevapların değeri 1 puan iken, sayısal sorulara verilen doğru cevaplar (toplamda 0 ila 50 puan arası bir puan oluşturmak amacıyla) 2,941 ile çarpılmakta ve sonrasında sözel ve sayısal bölümlerde yer alan puanların toplanması ile sağlık okuryazarlık puanı elde edilmektedir Ankete katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyi üç kategoriye ayrılmaktadır (39);

- 0-59 puan : Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı
- 60-74 puan : Düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı
- 75-100 puan : Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı

Ayrıca TOFHLA testinin (S-TOFHLA), iki düz yazı pasajında 4 sayısal soru (her biri 7 puan) ve 36 sözlü soru (her biri 2 puan) içeren ve ortalama 7-8 dakika gerektiren kısa bir versiyonu da bulunmaktadır. Bu testte, sağlık okuryazarlığı düzeyi yine 32 kategoriye ayrılmıştır; 0-53 puan yetersiz sağlık eğitimi, 54-66 puan düşük sağlık okuryazarlığı ve 67-100 puan - uygun sağlık okuması (40). REALM-R testinde olduğu gibi, kullanım kolaylığı avantajına sahip olmakla birlikte, bu testin de katılımcının sadece yüksek sesle okumaya ve kelimeleri tanımaya odaklanması ve geçerli bir test olarak bulunamaması dezavantajı da vardır (36).

European Health Literacy Survey Questionnaire-HLS-EU-Q. (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi): Küresel değişimle birlikte son yıllarda Avrupa Birliği (AB) sağlık okuryazarlığı araştırmalarına büyük önem vermeye başlamış ve bu konuda çeşitli çalışmalara başlamıştır. Avrupa Sağlık Bilgisi Projesi 2009-2012'nin bir parçası olarak, Avrupa Birliği Sağlık Bilimleri Araştırma Konsorsiyumu'ndan (HLS-EU) araştırmacılar tarafından geliştirilen anket, örneğin, 3 kategori için toplam 47 ifadeden oluşmaktadır. sağlık boyutlarında temel ve bilgi işleme süreçlerinde: Bu konsorsiyum, Almanya, Yunanistan, Avusturya, Bulgaristan, Polonya, İspanya, İrlanda ve Hollanda olmak üzere sekiz AB ülkesinden oluşmaktadır. Bu ölçek, Avrupa'da yapılan en büyük sağlık okuryazarlığı araştırmasının ölçeği olarak kullanılmıştır (21).

HLS-EU, belirli bir grup veya hasta grubunu hedeflemeyen, toplumun genel sağlık eğitimi düzeyini ölçmek için yapılan bir çalışmadır. Dar bir klinik veya tıbbi çerçeveye odaklanmaz, ancak daha geniş bir halk sağlığı perspektifi sunmaktadır. Testte kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyini değerlendirmek için "çok kolay, kolay, zor, çok zor" ve "hiçbir fikrim yok" seçenekleri ile 5'li Likert ölçeği kullanılarak oluşturulan 47 soru yer almaktadır. HLS-AB, bireylerin sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini üç temel süreçte değerlendirerek sağlık okuryazarlığı düzeyini belirler (21).

Medical Terminology Achievement Reading Test-MART (Tıbbi Terminoloji Başarısı Okuma Testi): Sağlık sektöründe çalışan profesyoneller ve araştırmacıların hasta değerlendirme ve okuma becerilerini ölçmek için geliştirilmiştir. Toplam 42 tıbbi kelimenin telaffuzuna dayanmaktadır. Bu testin kolay uygulama avantajına sahip olmasına rağmen, sadece okuma becerilerini ölçmek ve aritmetik becerilerin değerlendirilmesinde yetersiz kalması bu yöntemi elverişsiz kılmaktadır (40).

Newest Vital Sign - NVS (En Yeni Hayati Bulgular İşaret Testi): Sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyini daha hızlı ve doğru bir şekilde belirlemek için Weiss ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Bir beslenme etiketi hakkındaki 6 soruyu cevaplamaya dayanmaktadır ve yaklaşık 3 dakikada tamamlanabilir (41) NVS, sağlık eğitimini ölçmek için en son geliştirilen araçlardan biridir ve bir dizi senaryo ile geliştirilmiştir. Deneme aşamasında, hastalara okumaları için sağlık bilgileri verilir ve ardından bir senaryo hakkındaki soruları yanıtlamaları istenerek bu bilgileri kullanma yetenekleri kontrol edilmektedir. Sorulara verilen cevaplar gözlemci tarafından yanlış veya doğru olarak puan tablosuna kaydedilir.

Testte her doğru cevap 1 puan olmak üzere toplam 6 puan üzerinden değerlendirilir. Test sonucuna göre 3 düzeyde sağlık okuryazarlığı vardır; 4-6 puan yeterli sağlık okuryazarlığını, 2-3 puan düşük olasılıklı sağlık okuryazarlığını ve 0-1 puan sağlık okuryazarlığını göstermektedir (42). NVS testi, hem okuduğunu anlama hem de matematik bilgisi gerektirir, temel sağlık bilgilerini anlamak ve yönetmekle yakından ilgilidir. Bu testin avantajları, kolaylıkla uygulanabilmesi, sağlıklı beslenme alışkanlıkları sağlaması ve birçok kronik hastalık için sağlık yönetiminin önemli bir bileşeni olan beslenme etiketlerine gönderme yapmasıdır (40).

“*Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)*”: Bu derece 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı Tsoy-32'nin toplam 32 sorudan oluşan, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarından oluşan “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (European Health Literacy Survey- HLS-EU, 2012)” Türkiye’de uygulanmaya başlanmıştır. Avrupa Bilim Ölçeğinden farklı olarak, TSOY-32, 3x4 matris yapısı yerine 2x4 matris yapısında oluşturulmuştur. Dolayısıyla ölçek 8 bileşenden oluşmaktadır: 2 boyut "hastalık önleme / sağlığı geliştirme ve tedavi / hizmet" ve 4 boyut "sağlık bilgilerine erişim, sağlık bilgilerinin anlaşılması, sağlık bilgilerinin değerlendirilmesi ve sağlık bilgilerinin uygulanması / kullanılması" (43).

Bu ölçüm aracı konusunda “Gereç ve Yöntem” bölümünde daha ayrıntılı bilgi yer almaktadır.

2.9. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İÇİN BİLGİYE ERİŞİM ARAÇLARI

Kişilerin ve toplumun SOY düzeyini arttırmak için kullanılan sağlık bilgisine erişim araçları; Sağlık Profesyonelleri, Tıp Literatürü, Tıp ve Sağlık Kitapları ve Dergileri ile Kitle İletişim Araçları, İnternet ve Sosyal Medyadan oluşmaktadır (44).

2.10. SAĞLIK PROFESYONELLERİ

Sağlıkla ilgili konularda en çok güvenilen kaynak olan sağlık çalışanlarının, bireyleri internet, televizyon, gazete gibi güvenilir kaynaklara yönlendirmek için eğitecek zamanları yoktur. Medyada uzman olmayan veya ticari amaçlı kişiler tarafından yanlış yönlendirme yapılabilir. Bu tutumların artması, kişilerin sağlıkları hakkında yanlış kararlar almalarına neden olabilmektedir (45).

Sağlık uzmanları ile hastalar arasındaki iletişim, tedavi sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Hizmet sunumunda sağlık çalışanlarının ifade becerileri büyük önem taşımaktadır. Sağlık personeli bir hastayla iletişim kurduğunda, hastanın anlamasını sağlamalı, “lütfen bunun nasıl yapıldığını gösterin” gibi geri bildirimler alınmalı ve dürüst iletişim kurulmalıdır (20). Hastaların anlayabileceği düzeyde açıklamak, açık ve basit bir dil kullanmak, kısa, öz açıklamalar yapmak ve olası yan

etkileri belirtmek, anlaşılmasını kolaylaştırmakta ve tedavi sürecini olumlu etkilemektedir (37).

2.11. TIP LİTERATÜRÜ, SAĞLIK KİTAPLARI VE DERGİLERİ

Sağlık alanında uygulanabilecek en güvenilir kaynak; Tıp Fakültelerinde, sağlık meslek okulları vb. öğretilen kitaplardır. Ancak toplum tarafından daha da önemlisi ulaşmak ve anlamak çok zordur. Bu nedenle ilgili bakanlıklar tarafından hazırlanan kitap ve broşürlere atıfta bulunmak daha doğrudur (44).

2.12. KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARI, İNTERNET VE SOSYAL MEDYA

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2011 yılında yapılan bir araştırmaya göre, kamu kurumlarının web sitelerinden bilgi edinme oranı, internet kullanım amacı %51 ile ilk sırada yer almaktadır (46). İnsanların %54,1'i yaralanma, hastalık, beslenme gibi konularda interneti takip etmektedir (46).

2014 Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırmasının sonuçlarına göre, bireylerin %31,6'sı bir doktor veya hastaneden çevrimiçi olarak randevu almaktadır. Yine bu araştırmaya göre; teknolojiye erişimin katlanarak arttığı toplumumuzda bireyler sağlıkla ilgili tüm konularda medya ve internet kaynaklarından her gün farklı bilgilere ulaşabilmektedir. Ancak elde edilen bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliği şüpheli, yanlış, gerekçesiz ve yetersiz olabilir. Bu durum sağlıklı ve hasta bireylerin sağlık durumunu tehdit etmektedir (47).

2.13. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİYLE İLİŞKİSİ

Birinci basamak sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçası sağlık okuryazarlığıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri alanındaki sağlık eğitiminin temel amacı, koruyucu hekimlik yaklaşımıdır. Erken çocukluk döneminden itibaren tüm yaş gruplarında halk sağlığı bilincini artırmayı ve sağlık eğitimi düzeyini yükseltmeyi amaçlayan bir araçtır. Gezici hizmetler ve sağlık taramaları kaçırılan sağlık eğitimi uygulamaları için fırsat

olarak değerlendirilmektedir (49). Temel sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki, hastalığın tedavisi, sosyal gelişim ve sağlıkla ilgili danışmanlık hizmetleri gibi birçok alanı kapsayan geniş bir alandır (50).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesinde küreselleşen dünyada en önemli rolü aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları almaktadır. Türkiye’de Aile hekimleri, 5258 Sayılı Aile Hekimleri Kanununa göre; yaşı cinsiyeti veya hastalığı ne olursa olsun her bireye bakmakla yükümlüdür (51). Kısaca Dünya Pratisyen Hekimler/Aile Hekimleri Örgütü olarak bilinen WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), aile hekimlerinin sağlık hizmeti sunmada sahip olması gereken en temel yetkinliklerdir. Temel hizmetler: temel sağlık hizmetleri, bütüncül yaklaşım, toplum odaklı beceriler ve bütünsel yaklaşımlar gibi özgün problem çözme becerilerini tanımlar (52).

Aile hekimleri: Herhangi bir sağlık hizmeti ihtiyacında bireylerin sisteme ilk kez girmesini sağlamak, toplumdaki tüm bireylere koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri sunmak, sahip olup olmadıklarına bakılmaksızın bireyler ve toplumla ömür boyu ilişki kurmak, sağlık sorunu olmayan, toplumun veya bireyin sağlığını korumak ve iyileştirmek için hizmet veren tüm kurum veya kişiler tarafından sağlanan hizmetleri koordine eden bir hizmetler bütünüdür. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin sistemdeki ilk uygulama olması, sürekli olması, kapsamlı olması ve koordinasyonun sağlanması gibi dört ana özelliği vardır (53).

2.14. YETERSİZ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI SONUÇLARI

Sınırlı sağlık okuryazarlığı ile bireylerin kötü sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi ortaya koyan araştırmalar, sınırlı sağlık okuryazarlığının koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı, kronik hastalıkların kontrolü, yönetimi ve sağlıkta kendi kendine yönetim gibi konularla olumsuz yönde ilişkili olduğunu bulmuştur. Sınırlı sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmeti aramada gecikmeler, bireyin tıbbi durumunu anlayamama, tıbbi tavsiye / kılavuzlara uyulmaması, sağlık maliyetlerinin artması gibi çeşitli olumsuz etkilerin yanı sıra, halk sağlığı hizmetlerinde artan ölüm oranı gibi çeşitli olumsuz sonuçları vardır bulunmaktadır (54).

Baker vd. yetersiz sağlık okuryazarlığı becerilerinin, popölasyondaki yaşıli yetişkinlerde artan ölüm riski ile bağımsız olarak ilişkilili olduğunu bulmuştur (41). Yetersiz ve sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, sağlık eğitimi yetersiz olan bireylere göre daha yüksek gereksiz hastane maliyetleri, daha uzun hastanede kalış süreleri ve daha yüksek gereksiz muayene oranlarına sahip oldukları bilinmektedir. Benzer şekilde yetersiz ve sınırlı sağlık eğitimi nedeniyle sağlık sistemine geç başvuran bireylerde hastaneye yatış oranları yüksek bulunmuştur (55).

Sağlık eğitimi ilişkisi koruyucu sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiğinde, sağlık okuryazarlığının düşüklüğünün tarama testlerinin uygulanmasının önünde önemli bir engel olduğu görölmektedir. Örneğin İngiltere’de kolon kanseri tarama programında, bireylerle iletişim kurmanın ilk yolu olarak tarama bilgilerini iğereren yazılı materyal kişilere gönderilir. Bununla birlikte, bazı bireylerin hala tarama yapmaması, sağlık okuryazarlığının sınırlı düzeyine bağlanmaktadır. Benzer şekilde, meme kanseri tarama davranışları arasında kendi kendine meme muayenesi ve mamografi yapılmamasının düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkilili olduğu bildirilmiştir (56).

Williams vd. yaptıkları bir çalışmada, hastaların kendileri için gerekli olan temel okumaları, hesaplamaları ne ölçüde yapabildiklerini incelemişler ve hastaların önemli bir kısmının en temel tıbbi talimatları okuyup anlamadıkları görölmüştür. Çalışmaya katılan hastaların 1106’sı (%41,6) ađ karnına ilaç almak zorunda kalmış, 691’i (%26) bir sonraki randevu tarihinde ilaç almak zorunda kalmış ve 1582’si (%59,5) hastalıkların tanı ve tedavisini anlamak için standart bilgiye sahiptir ve bu nedenle, yüksek kaliteli tedaviye önemli bir engel olabileceği sonucuna varılmıştır (57).

Çalışmada sağlık okuryazarlığı iki şehir hastanesinde “Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA)” ile ölçölmüştür. Yeterli sağlık bilgisine sahip hipertansif hastaların %92’si 160/100 mm / Hg kan basıncı seviyesinin yüksek bir değer olduğunu bilirken, sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sadece %55’i bu soruya doğru cevap verebilmiştir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz diyabetik hastaların %94’ünün hipoglisemi semptomlarını bildiği, sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda bu oranın %50’de kaldığı görölmüştür. Sonuç olarak, yetersiz işlevsel sağlık okuryazarlığının, hastaları kronik hastalıklar hakkında eğitmek için ciddi bir engel olduğu bulunmuştur (57).

2.15. HİZMET KALİTESİ

Hizmet kalitesi kavramı çok boyutlu bir kavramdır. Müşteri kalite değerlendirmesi; İşletmenin fiziksel kapasitesi, güvenilirliği ve çalışanların müşterilere yaklaşım şekli gibi birçok faktörü içerir. Tüm bu faktörleri göz önünde bulundurarak hizmet kalitesini artıran işletmeler, müşteri memnuniyeti de sunmaktadır (58).

Kapsamlı hizmet kalitesi araştırması yapan Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988), hizmet kalitesi değerlendirmesine aşağıdaki yaklaşımları tanıtmıştır:

-Hizmet kalitesi, üreticilerin ve tüketicilerin nasıl bir araya geldiğiyle yakından ilgilidir.

-Hizmet kalitesi, üreticiden ve üründen memnuniyet düzeyi ile tüketicinin hizmeti satın aldıktan sonra tekrar tercih edip etmemesinin bir sonucudur.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin tahminlerine göre hizmet kalitesinin sunulma şekli ve bu sunumun yapıldığı ortam gibi etkenler, bireyin algısını harekete geçirerek birey üzerinde belirgin bir etki yaratmaktadır (59).

Hizmet kalitesi çok fazla somut unsur içermediğinden yakalanması, uygulanması ve kontrol edilmesi karmaşık bir kavramdır. Ayrıca fiziki malların kalitesi kolaylıkla tespit edilirken; aynı şey hizmet kavramı için ifade edilememektedir. Hizmetin soyut olması, üretildiğinde tüketilmesi ve hizmetin kalitesinin ne zaman, kim tarafından ve nerede sağlandığına bağlı olarak değişmesi nedeniyle hizmet kalitesinin belirlenmesi oldukça zordur (60).

Hizmet kalitesi kavramı, "genel olarak müşterilerin aldıkları hizmet için değerlendirmelerine" dayanmaktadır. Grönroos, hizmet kalitesini "müşterilerin aldıkları hizmete ilişkin algılarını beklentileriyle karşılaştırdıkları bir değerlendirme süreci" olarak tanımlamıştır (61). Hizmet kalitesi, müşteri gereksinimlerini karşılamak için üst düzey bir teslimattır. Başka bir tanıma göre işletmenin müşteri beklentilerini karşılayabilmesidir. Her iki tanımda da hizmet kalitesini belirleyecek en önemli faktörün müşteri beklentisi olduğu görülmektedir. İşletmenin faaliyetlerine devam edebilmesi ve sektöründe öncü ve talepkar bir kuruluş haline gelmesi için müşteri beklentilerini doğru algılaması ve hizmetlerini buna göre sunması gerekir (58).

Hizmet kalitesindeki iyileştirme ve iyileştirmelerin işletmelere daha fazla müşteri getirdiği, iş hacmini ve rekabeti artırdığı, hata ve maliyetleri düşürdüğü görülmektedir. Bu nedenle işletmelerin temel amaçlarından biri hizmet kalitesini yükseltmek olmalıdır (62). Hizmet kalitesi tanımları, hizmet kalitesinin özellikleri hakkında bilgi vermiş ve bu konseptle ilişkin bazı sonuçları ortaya çıkarmıştır (63):

- Hizmet kalitesi, müşteri tarafından algılanan bir kavramdır.
- Hizmetin üretim süreci ve sunumu içinde ele alınan bir kavramdır.
- Servis sağlayıcı ile servis sağlayıcı arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak ortaya çıkar.
- Diğer tüm kalite değerlendirmelerine kıyasla hizmet kalitesini değerlendirmek zordur.
- Hizmet kalitesine müşteri beklenti ve algıları açısından baktığımızda, müşteri beklentileri ile algılarının karşılaştırılmasıdır.

Özelliklerinden de anlaşılacağı üzere hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” kavramı kullanılmaktadır çünkü hizmet kalitesi soyut bir kavramdır, değerlendirilmesi çok zordur ve hizmet kalitesi müşterilerin nasıl olduğuna göre değişiklik göstermektedir (63).

2.16. BEKLENEN HİZMET KALİTESİ

Müşterinin alacağı hizmetle ilgili olarak, "Müşteriye sunulan mevcut hizmet süreçlerinden ne beklediğini ifade eder" (64). Yani müşterinin hizmeti almadan önce aklına koyduğu kaliteyi ifade etmektedir.

Müşterilerin hizmeti almadan önce birkaç bekleme süresi vardır. Müşteri; geçmiş deneyimler, reklamlar ve başkalarının deneyimleri gibi çeşitli kaynaklardan bilgi alarak beklentilerini belirler.

Beklenen kaliteyi etkileyen birden fazla oyuncu vardır (65):

- Kişisel gereksinimler (yemek, içmek, uyumak)

- Dış iletişim (reklam, pazarlama, kampanyalar vb.)
- Görsel (marka, sembol, firma performansı)
- Önceki deneyimler (deneyim)
- Ağızdan ağıza iletişim

Bu faktörler, hizmet kalitesi değerlendirmelerinde aktif rol oynar ve çeşitli faktörlerin etkileşimi ile oluşur (65).

2.17. ALGILANAN HİZMET KALİTESİ

Zeithaml, algılanan hizmet kalitesini "müşterinin bir ürün veya hizmetin mükemmelliği hakkındaki yargıları" olarak tanımlar (66).

Algılanan hizmetin kalitesi, müşterilerin aldıkları hizmetle ilgili sezgilerinden oluşur. Hizmetin müşteriler tarafından nasıl algılandığının, bu hizmeti değerlendirme kriterlerinin, müşterilerin hangi kalite unsurlarını fark ettiği, önemseydiği veya şirketler tarafından görmezden geldiği tespit edilmelidir (67).

2.18. HİZMET KALİTESİNİ OLUŞTURAN KALİTE BİLEŞENLERİ

Hizmet çıktısının teknik kalitesi, müşterinin hizmet sağlayıcı ile hizmet alıcıları arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak elde ettiği şeydir. Kalitenin bu yönü tüketici tarafından objektif olarak algılanır. İşlemin sonucu veya sonucu olan fayda müşteri tarafından algılanır. İşlevsel kalite, müşterinin hizmeti algılama şeklidir. Bu algı, müşterinin hizmeti alması sonucunda edindiği deneyim ile belirginleşir. Müşterinin ne satın aldığı, yani hizmet çıkış yönü, o teknik kaliteyi nasıl elde ettiği, yani hizmet sürecinin yönü, fonksiyonel kaliteyi yaratır. Bu durum şu şekilde gösterilmiştir (68).

Gronroos' a göre hizmet kalitesinin iki boyutu vardır. Bunlar teknik ve işlevsel boyutlardır. Teknik boyut, hizmetin sonunda elde edilen sonuçla ilgilidir. Bu nedenle sonucu değerlendirmek daha kolay ve daha objektif olabilir. İşlevsel boyut daha çok hizmet üretim süreciyle ilgilidir (61). Hizmet üretim sürecine birçok unsur dahil

edildiğinden ve özellikle hizmet sağlayıcı ve alıcı işin içinde olduğundan değerlendirmek zordur. Müşteri görüşleri, yargıları ve tutumları gibi faktörler hizmeti etkileyeceği için fonksiyonel kaliteyi değerlendirmek daha zordur. Gronroos'a göre hem teknik hem de fonksiyonel kaliteyi etkileyen bir diğer faktör de firmanın imajıdır (61).

2.19. HİZMET KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Her hizmetin özelliğinden dolayı hem kaliteyi etkileyen değişkenler hem de değişkenlerin kalite üzerindeki etkileri hizmetten hizmete farklılık gösterebilir. Bu konu göz önüne alındığında, hizmet kalitesini etkileyen değişkenler etkileşim yaklaşımına göre “insandan insana etkileşim” e dayanmaktadır, örneğin hasta-hekim; öğretmen öğrenci; müşteri - banka memuru gibi hizmetlerde değerlendirilmektedir. Böylelikle kalite yönetimiyle ilgili ortak veya benzer özellikleri ve sorunları paylaşan hizmetlerin kalitesi ortak bir çerçeve içinde değerlendirilecek, kalitenin nasıl iyileştirilebileceği konusunda yönetime önemli katkılar sağlanabilecektir (69). Hizmet kalitesini etkileyen faktörler (bağımsız değişkenler) (bağımlı değişken) Şekil 1'de gösterilmiştir. Modele göre bu faktörler; “ Müşteriyi etkileyen faktörler, hizmet veren personeli etkileyen faktörler, hem müşteriyi hem de hizmet personeli etkileyen faktörler üç ana başlık altında toplanmıştır (69).

2.20. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık hizmetlerinde de birçok kalite tanımı vardır. Sağlık kurumlarında hizmet kalitesi genel olarak "sağlık hizmetlerinin farklı standartlara uygunluğu veya mükemmelliği" olarak tanımlanırken (62) ABD Tıp Enstitüsü (Tıp Enstitüsü) bu kavramı şu şekilde tanımlamaktadır: "Bireyler ve toplum, mevcut mesleki bilgiye ulaşma ve buna uygun olma olasılığını artırmaktadır" (70).

Donabedian, kaliteli bir sağlık hizmetini, "hizmet sürecinin tüm aşamalarında beklenen kazanç ve kayıp dengesini dikkate alan hasta refahını en üst düzeye çıkaran hizmet" olarak kabul etmiştir (71). Kaliteli ürün veya hizmet; beklentileri karşılamalı ve hatta beklentileri aşmalıdır. Beklentiler sürekli değişirken, kalitenin de sürekli iyileştirilmesi gerekmektedir.

ABD Tıp Enstitüsü tarafından 2001 yılında yayınlanan bir raporda (Crossing the Quality Chasm: A New Health System For the 21st Century) sağlık sistemlerinin kalitesinin altı boyuttan (güvenlik, etkililik, hastaya odaklanma, verimlilik, zamanında müdahale, ve adalet). Herkesin kabul edeceği kalite ilkelerinden bahsetmek çok zordur (72). Deming'den bugüne kadar olan süreçte kalite çalışmaları yapılmakta, yeni kavram ve kriterlerden bahsedilmektedir; Kamu ve özel sektörde ayrı ilkeler önceliklidir (73).

Sağlık ekosisteminin altında hastane ekosistemi vardır. Hastane ekosistemi, iç müşterilerden ve dış müşterilerden oluşur. Bu ekosistemin tamamı kaliteyi oluşturan unsurlardan oluşmaktadır. Bu faktörlerden biri azaldığında kaliteli bireylerin kalite algısı azalacak ve sağlık kurumları için olumsuz bir imaj oluşacaktır.

Sağlık hizmetlerinde farklı kalite özellikleri vardır (71). Bunlar;

Etkenlik: Sağlık hizmetlerinde bilim ve teknolojinin izin verdiği ölçüde gelişme yeteneğidir.

Etkililik: Sağlıkta ulaşılabilecek en büyük ilerlemelere ulaşma yeteneğidir.

Verimlilik: Hizmet maliyetlerinin en düşük seviyede tutulmasının sağlanmasıdır.

En uygun olma: Sağlıkta bakım ve maliyetlerin dengeli olması.

Kabul edilebilirlik: Hasta ve yakınlarının istek ve arzularına uygun olma.

Yasalılık: Kanunlar, normlar, düzenleme ve sosyal tercihlere uygun olma (71).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Ankara Mamak İlçesi Dr. Ahmet Macit Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olup herhangi bir hizmet almak üzere başvuran hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ VE KATILIM ORANI

Yapılan araştırmanın evrenini Ankara Dr. Ahmet Macit Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 13400 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın yapılacağı hedef kişi sayısı belirlenirken bir yıl önceki aynı zaman aralığında (01 Ocak 2019 – 01 Nisan 2019) Aile Sağlığı Merkezine başvuran kişi sayısı baz alınmıştır.

Örneklem yöntemi olarak evrendeki eleman sayısı bilindiği için uygulanan formül aşağıdaki gibidir:

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

Formülde;

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0,5)

q= İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) (0,5)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d= Örneklem hatası (0,10)

13400 evren içerisinde %95 güven düzeyi ve %5 örneklem hatası alınması gereken en düşük örneklem sayısı 373 olarak hesaplanmıştır. Çalışma kapsamında örneklem sayısından daha fazla anket yapılarak sonuçların gerçeğe daha yakın olması amaçlanmıştır.

Bu araştırma Aile Sağlığı Merkezi'ne 01.Ocak.2020-01.Nisan.2020 tarihleri arasında hizmet almak üzere başvuran, araştırmaya dahil etme ölçütlerine uyan (Türkçe konuşan, 18 - 65 yaş arası, okuma yazma bilen) ve gönüllü olan tüm hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Hariç tutma ölçütleri: İşitme ve/veya görme engelli olmak, okuma yazma bilmemek, mental retarde ve/veya görüşmeyi sürdüremeyecek düzeyde bilişsel kısıtlılığı olmak ya da yasal vasi tayin edilmiş kişilerdir.

3.2. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Araştırma için belirlenen süre içerisinde; Ankara Dr. Ahmet Macit Aile Sağlığı Merkezi'ne hizmet almak üzere başvurmuş olan, araştırmaya dahil etme ölçütlerine uyan, araştırmaya katılmaya gönüllü kişiler, poliklinik kayıt esnasında araştırmacıya yönlendirilmiştir. Katılımcılara araştırmacı tarafından poliklinikte yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırma içeriği, aydınlatılmış onam formu ve ölçüm araçları ile ilgili bilgiler verilmiştir. Aydınlatılmış Onam Formunu okuyup onaylayanlara, araştırmacı tarafından araştırmada kullanılacak ölçekler Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 Ölçeği, SERVQUAL Ölçeği ve sosyodemografik bilgi formu verilmiştir ve ASM içerisinde kendilerine sağlanan müsait bir ortamda doldurmaları ve doldurulan formları anketlerin toplandığı ortak kutuya atmaları istenmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada kullanılan veri toplama araçları şunlardır:

- 1-Sosyodemografik veri formu
- 2- SERVQUAL hizmet kalite ölçeği
- 3-TSOY32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı) Testi

Sosyodemografik bilgi formunda bölümlere göre aşağıdaki sorular yer almıştır:

1.Bölüm: Katılımcıların tanımlayıcı bilgilerini içeren bu bölüm 14 sorudan oluşmaktadır.

- Tanımlayıcı bilgiler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, kendisini oturduğu yer ile ilgili nasıl tanımladığı, bugüne kadar en uzun yaşadığı yer, hanedeki kişi sayısı, ailenin aylık geliri).

- Günlük hayatta okuryazarlık ile ilgili aktiviteler (kitap/gazete/dergi okuma sıklığı, okuma-yazma ile ilgili aktivitelerde yardım alma durumu, kitap/gazete/dergi okumaktan hoşlanma durumu)

- Katılımcıların sosyal statüsü (katılımcıların 1-10 arasında derecelendirmeleri ve belirlediği cevabı daire içine almaları istenmiştir).

2.Bölüm: Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarını, bilgiye ve sağlık kurumlarına ulaşma durumlarını içeren bu bölüm 12 sorudan oluşmaktadır.

- Sağlıkla ilgili en güvenilir olarak nitelendirilen bilgi kaynakları
- Sağlık durumu (düzenli ilaç kullanmayı gerektirecek sağlık sorunları, herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk başvuru kurum, herhangi bir sağlık kurumuna ayda ortalama başvuru sayısı)
- Bazı özel sağlık konularında (diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi gibi) bilgiye ulaşma kaynakları ve sıklığı.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY)-32: TSOY-32 ölçeği Okyay ve ark. tarafından geliştirilip, geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) Çalışması Kavramsal Çerçevesi temelinde geliştirilen 32 maddelik likert özellikte yeni bir sağlık okuryazarlığı değerlendirme ölçeğidir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili iki boyut (tedavi ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili dört bilgi edinme sürecini (ulaşma, anlama, 39 değerlendirme ve kullanma/uygulama) içermektedir. İki temel boyut ve dört süreci içeren 2x4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen maddelerden oluşur. Katılımcılara 32 cümle verilir ve her madde “çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok” şeklinde derecelendirilmiştir. Bir ölçekte 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. TSOY-32 ölçeğinin, Türkçe’de güvenilirliği; iç tutarlık (Cronbach Alfa) ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı; 0.927 olarak saptanmıştır (21).

Sağlık okuryazarlığı elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilir:

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı (>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı anlamına gelir.

Araştırmada kullanılan bir diğer ölçek SERVQUAL ölçeğidir. Araştırmada Parasuraman ve ark., (1985) tarafından geliştirilen, Babakus ve Mangold (1992) tarafından hastane hizmetlerine uyarlanan, Deveci (2001) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş SERVQUAL Ölçeği kullanılmıştır. SERVQUAL Ölçeği; 5'li likert tipi bir ölçek olup, her biri 21 maddeden oluşan beklenen ve algılanan hizmet kalitesini belirlemeye yöneliktir. SERVQUAL Ölçeği, hizmet kalitesinin beş boyutu olan Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik, Heveslilik, Güven, Empati açısından beklenen ve algılanan hizmet kalitesi boşluklarının değerlendirilmesiyle, çıkan sonuçlara göre ileriye yönelik yapılacak çalışmalarda katkı sağlamaktadır. Fiziksel Özellikler boyutu 4, Güvenilirlik boyutu 5, Heveslilik boyutu 4, Güven boyutu 4, Empati boyutu 5 ifadeye sahiptir. Ayrıca, bu çalışmada kullanılan ölçek, tamamen katılmıyorum = 1 ve tamamen katılıyorum = 5 arasında değişen 5'li likert tipi ölçektir.

$SERVQUAL \text{ Skoru} = \text{Algılama Skoru} - \text{Beklenti Skoru}$ olarak belirlendiğinden, SERVQUAL skoru -4 ile +4 arasında değişen değerler almaktadır. SERVQUAL skorunun negatif olması, hasta beklentilerinin karşılanmadığı, dolayısıyla hastaların ASM hizmetlerine yönelik kalite algısının düşük olduğu anlamına gelecektir. SERVQUAL skorunun pozitif olması hasta beklentilerinin aşıldığı anlamına gelip, hastaların ASM'nin sunduğu hizmetten oldukça memnun olduğu sonucuna varılabilecektir. SERVQUAL skorunun sıfır çıkması halinde ise, hasta beklentilerinin karşılandığı, bundan ötürü AS'nin algılanan hizmet kalitesinin doyurucu olduğu sonucuna ulaşılabilecektir (103). SERVQUAL Ölçeği'nin hasta beklentileriyle ilgili kısmındaki maddeler için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa katsayısı 0,951; hasta algılarıyla ilgili kısmındaki maddeler için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa katsayısı 0,967; algı ve beklenti ortalamasının Cronbach Alfa katsayısı ise 0,955 bulunmuştur.

Her hasta için algı ve beklenti soru maddelerinin farkları alınarak toplanır ve bu fark toplamaları kalite boyutunu oluşturan soru madde sayısına bölünür. Böylelikle, her bir hasta için her bir boyutun kalite skoru bulunur. Daha sonra, her bir hasta için hesaplanan SERVQUAL skorları toplanarak katılımcı (n) sayısına bölünür ve her bir hizmet boyutunun toplam SERVQUAL skoru hesaplanmış olur. Ortaya çıkan sonuçlar boyut bazında SERVQUAL skorudur.

SERVQUAL puanının pozitif veya sıfır çıkması, müşterilerin beklentilerini aştığı veya karşıladığı ve almış oldukları hizmetten memnun kaldıklarını gösterir. SERVQUAL puanının negatif çıkması ise müşterilerin almış oldukları hizmetten yeteri kadar memnun olmadıklarını ve beklenti ile algılar arasında olumsuz bir fark olduğunu gösterir. Oluşturulan ölçekte sıfır ve daha üzerindeki değerler aynı seviyede değerlendirilmiştir.

3.4. ANALİZ YÖNTEMİ

Verilerin analizi SPSS 21.0 ile yapılmıştır ve %95 güven düzeyinde çalışılmıştır. Ölçek puanları hesaplanmış ve puanların normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (74).

Puanların normal dağılım göstermesi nedeni ile çalışmada parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Ölçek puanının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. T testi, 2 gruplu demografik değişkenlerin analizinde kullanılırken ANOVA testi k ($k > 2$) gruplu değişkenlerin analizinde kullanılmıştır. Nicel değişkenler arasında ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki ise Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, elde edilen veriler, araştırma sorularını inceleyecek şekilde analiz edilmiştir. Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan Ankara Dr. Ahmet Macit Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 840 hastaya ölçüm araçları uygulanmıştır. Analiz sonuçları tablo ve yorumlar şeklinde verilmiştir. Analizler kapsamında ankete katılan 840 kişinin anket verisinden 87 kişinin verisi çıkarılarak (anketi yarım bırakan, onam formunu imzalamayan yada birden fazla seçenek işaretleyenler gibi) 753 anket verisine istatistiksel testler uygulanmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine, sağlık okuryazarlığı bilgilerine, beklenen ve algılanan hizmet kalitesine ve sağlık okuryazarlığı ile beklenen algılanan hizmet kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik gerçekleştirilen analizlere yer verilmiştir.

Katılımcılardan; 36-45 yaş arası olanların oranı %25,8; kadınların oranı %57,8; evli olanların oranı %72,0; ilkokul mezunu olanların oranı %34,9; ev hanımı olanların oranı %39,6; SGKlı olanların oranı %61,5; yerli olanların oranı %41,6; bugüne kadar en uzun süre Büyükşehirde (metropol) yaşamış olanların oranı %76,9; evinde toplam 4 kişi yaşayanların oranı %33,6; ailesinin aylık geliri giderine denk olanların oranı %46,3'tür (Tablo 1).

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler.

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş	25 yaş ve altı	137 18,2
	26-35	150 19,9
	36-45	194 25,8
	46-55	163 21,6
	56 yaş ve üstü	109 14,5
Min-max-Medyan (Ortalama±ss)	17-85-40 (40,37±13,30)	
Cinsiyet	Erkek	318 42,2
	Kadın	435 57,8
Medeni durum	Evli	542 72,0
	Bekar	211 28,0

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler (Devamı).

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Eğitim durumu	İlkokul	263	34,9
	Ortaokul	79	10,5
	Lise	187	24,8
	MYO	75	10,0
	Üniversite/yüksekokul	101	13,4
	Yüksek lisans	45	6,0
	Doktora	3	0,4
Meslek	Ev hanımı	298	39,6
	İşçi	74	9,8
	Emekli	83	11,0
	Öğrenci	68	9,0
	Memur	64	8,5
	Esnaf	38	5,0
	Serbest çalışan	55	7,3
	Çiftçi	15	2,0
	Diğer	58	7,7
Sosyal güvence	Yok	46	6,1
	SGK	463	61,5
	Yeşil kart	239	31,7
	Diğer	5	0,7
Kendinizi oturduğunuz yer ile ilgili nasıl tanımlıyorsunuz?	Yerliyim	313	41,6
	Anne ve babam göç ederek gelip yerleşmişler	179	23,8
	Anne babamdan önceki nesiller göç ederek gelip gelmişler	139	18,5
	Diğer	122	16,2
Bugüne kadar en uzun süre yaşadığımız yeri tanımlar mısınız?	Köy/kasaba	52	6,9
	Kent merkezi	122	16,2
	Büyükşehir (metropol)	579	76,9
Evinizde toplam kaç kişi yaşıyorsunuz?	1,0	21	2,8
	2,0	123	16,3
	3,0	160	21,2
	4,0	253	33,6
	5,0	136	18,1
	6,0	44	5,8
	7,0	8	1,1
	8,0	5	0,7
	9,0	3	0,4
Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?	Gelir giderden az	223	29,6
	Gelir gidere denk	349	46,3
	Gelir giderden fazla	181	24,0

Katılımcıların genel olarak kitap/gazete/dergi vb. okumaktan hoşlanma ortalaması $6,29 \pm 2,56$ 'dır.

Katılımcılardan ara sıra kitap okuyanların oranı %60,2; Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinde diğer kişi/kişilerden hiçbir zaman yardım almayanların oranı %55,2'dir (Tablo 2).

Tablo 2. Okumaya Yönelik Bilgiler.

Okumaya Yönelik Bilgiler	n	%
Ne kadar sık kitap okursunuz?	Hiç	151 20,1
	Ara sıra	453 60,2
	Sıklıkla	149 19,8
Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinizde diğer kişi/kişilerden yardım alıyor musunuz?	Her zaman	62 8,2
	Bazen	170 22,6
	Nadiren	105 13,9
	Hiçbir zaman	416 55,2

Tablo 3'te belirtildiği gibi, bu araştırmada katılımcıların kendini içinde yaşadığı topluma oranla sosyal statü olarak hangi seviyede gördüğüne dair puan ortalaması $6,92 \pm 2,08$ 'dir.

Tablo 3. Sosyal Statünün Değerlendirilmesi.

Sosyal Statünün Değerlendirilmesi	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss
Kendinizi sosyal statü olarak (içinde yaşadığınız topluma göre oranlarsanız) 1 ile 10 arasında değerlendirdiğinizde kaç puan verirsiniz?	753	1,0	10,0	6,92	2,08

Katılımcıların sağlıkla ilgili en güvenilir bilgi kaynaklarını sıraladığımızda birinci bilgi kaynağını sağlık çalışanı olarak belirtenlerin oranı %88,2; ikinci sırada Radyo/televizyon'a güvenenlerin oranı %24,3; üçüncü sırada aile üyelerinden bilgi kaynağı olarak yararlananların oranı %16,7'dir (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlıkla İlgili En Güvenilir Kaynakların Sıralaması.

Sağlıkla İlgili En Güvenilir Kaynaklar	n	%
Sağlıkla ilgili en güvenilir birinci bilgi kaynağı	Sağlık çalışanı	657 88,2
	Radyo/televizyon	24 3,2
	Yazılı basın (gazete, dergi vb.)	10 1,3
	İnternet	16 2,1
	Aile üyeleri	20 2,7
	Arkadaş	7 0,9
	Diğer	7 1,1
	Kitap/broşür	4 0,5
Sağlıkla ilgili en güvenilir ikinci bilgi kaynağı	Sağlık çalışanı	33 4,8
	Radyo/televizyon	168 24,3
	Yazılı basın (gazete, dergi vb.)	55 8,0
	İnternet	145 21,0
	Aile üyeleri	140 20,3
	Arkadaş	19 2,8
	Diğer	67 9,7
	Kitap/broşür	63 9,1
Sağlıkla ilgili en güvenilir üçüncü bilgi kaynağı	Sağlık çalışanı	21 3,1
	Radyo/televizyon	95 14,1
	Yazılı basın (gazete, dergi vb.)	79 11,7
	İnternet	74 11,0
	Aile üyeleri	113 16,7
	Arkadaş	91 13,5
	Diğer	100 14,8
	Kitap/broşür	102 15,1

Katılımcıların sağlık ve ilaç kullanımına ait bilgileri Tablo 5’te sunulmuştur. Buna göre genel olarak sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin oranı %35,3; sürekli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığı olanların oranı %32,1; diğer hastalıklardan biri olanların oranı %12,9; hipertansiyonu olanların oranı %10,6’dır.

Tablo 5. Sağlık ve İlaç Kullanımına Ait Bilgiler.

Sağlık ve İlaç Kullanımı Durumu		n	%
Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?	Mükemmel	53	7,0
	Oldukça iyi	188	25,0
	İyi	266	35,3
	Fena değil	205	27,3
	Kötü	41	5,4
Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?	Evet	242	32,1
	Hayır	511	67,9
Cevabınız evet ise nedir?	Diyabet	76	10,1
	Hipertansiyon	80	10,6
	Kalp hastalığı	37	4,9
	Böbrek hastalığı	7	0,9
	Astım	19	2,5
	Diğer	97	12,9

Katılımcılardan herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir ASM'ye ayda başvuru sayılarının oranı Tablo 6'da incelenmiştir. Buna göre ayda bir kez ASM' ye başvuranların oranı %46,7 iken, hastaneye ayda bir kez başvuranların oranı %58,5'tir.

Tablo 6. ASM ve Hastaneye Başvuru Sayıları.

Sağlık Kuruluşuna Başvuru Özellikleri	Başvuru Sayısı	n	%
Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir ASM'ye ayda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?	Bir kez	325	46,7
	İki kez	110	15,8
	Üç kez	96	13,8
	Dört kez ve daha fazla	165	23,7
Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir hastaneye ayda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?	Bir kez	395	58,5
	İki kez	109	16,1
	Üç kez	69	10,2
	Dört kez ve daha fazla	102	15,1

Çalışmaya göre; sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konularında gazeteyi hiçbir zaman kullanmayanların oranı %47,1; magazini hiçbir zaman kullanmayanların oranı %61,9; interneti her zaman kullananların oranı %29,6; radyo ve televizyonu bazen kullananların oranı %28,4; kitaplar ve broşürleri bazen kullananların oranı %34,3; aile üyeleri ve arkadaşlarını bazen kullananların oranı %31,2; Doktor hemşire ve diğer sağlık çalışanlarını her zaman kullananların oranı %62,5'tir. Bulgular Tablo 7'de gösterilmiştir.

Katılımcılardan sağlıkla ilgili bir işte çalışanların oranı %6,2'dir. Bunların da çoğunluğunu (%48,9) yardımcı sağlık personeli (Hemşire, Sağlık memuru, att vb.) oluşturmaktadır.

Tablo 7. Sağlıkla İlgili Diyet, Egzersiz, Hastalıkların Önlenmesi Ve Bazı Özel Sağlık Konularında Değişkenlerin Kullanılma Durumu.

Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynakları	Her zaman		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20. Gazete	42	5,6	37	4,9	183	24,3	136	18,1	355	47,1
21. Magazin	39	5,2	37	4,9	105	13,9	106	14,1	466	61,9
22. İnternet	223	29,6	167	22,2	171	22,7	59	7,8	133	17,7
23. Radyo ve televizyon	184	24,4	193	25,6	214	28,4	85	11,3	77	10,2
24. Kitaplar ve broşürler	58	7,7	140	18,6	258	34,3	126	16,7	171	22,7
25. Aile üyeleri ve arkadaşlar	144	19,1	233	30,9	235	31,2	81	10,8	60	8,0
26. Doktor hemşire ve diğer sağlık çalışanları	471	62,5	115	15,3	86	11,4	69	9,2	12	1,6

Araştırmaya katılan bireylerin Tablo 8’de belirtildiği gibi, sağlık okuryazarlığı ile ilgili ifadelerden “çok kolay” yanıtını en fazla verdikleri parameter; gerekli olduğu zaman ambulans çağırmak %25,6: Sağlıkçıların önerdikleri biçimde ilaçlarını kullanmak %18,7: İlaç kullanım talimatlarını anlamak %18,2: Sağlık kurumları için randevu almak %17,7: Hastane içinde ulaşmak istedikleri birimin yerini bulmak %16,6. Tahlil öncesi hazırlıklara uymak %15,9: Nasıl randevu alacağı bilgisine ulaşmak %15,8’dir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili ifadelerden “çok zor” yanıtının en fazla verdikleri parametreler şunlardır: Sağlığı etkileyen politika değişikliklerini yorumlamak %22,2, yaşam tarzını değiştirmek %22, yaşadığı alanın daha sağlıklı olabilmesi için gerekli düzenlemeleri yapmak %18,6, diyet listesini uygulamak %18,5, aile üyeleri ve arkadaşlarına sağlıkla ilgili önerilerde bulunmak %17, medya ve sosyal medyadaki sağlıkla ilgili bilgilerin doğruluğuna karar vermek %16,6, gıdalar üzerindeki bilgileri anlamak %16,5.

Tablo 8. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek İfadelerine Katılım Durumu.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçek İfadeleri	Çok kolay		Kolay		Zor		Çok zor		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	78	10,4	414	55,0	192	25,5	56	7,4	13	1,7
Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	77	10,2	368	48,9	219	29,1	80	10,6	9	1,2
Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin yada arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	71	9,4	339	45,0	244	32,4	88	11,7	11	1,5
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	106	14,1	370	49,1	187	24,8	79	10,5	11	1,5
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde baş vurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	119	15,8	357	47,4	186	24,7	81	10,8	10	1,3
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	133	17,7	338	44,9	177	23,5	94	12,5	11	1,5
Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	110	14,6	326	43,3	216	28,7	90	12,0	11	1,5
Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	109	14,5	368	48,9	188	25,0	75	10,0	13	1,7
Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	87	11,6	335	44,5	227	30,1	88	11,7	16	2,1
Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	141	18,7	372	49,4	149	19,8	83	11,0	8	1,1
İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	137	18,2	320	42,5	205	27,2	80	10,6	11	1,5
Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	101	13,4	324	43,0	229	30,4	80	10,6	19	2,5
Tahlil/tetikik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	120	15,9	366	48,6	181	24,0	76	10,1	10	1,3
Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	125	16,6	349	46,3	188	25,0	80	10,6	11	1,5

Tablo 8. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek İfadelerine Katılım Durumu (Devamı).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçek İfadeleri	Çok kolay		Kolay		Zor		Çok zor		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	109	14,5	323	42,9	212	28,2	86	11,4	23	3,1
Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırarak	193	25,6	377	50,1	120	15,9	50	6,6	13	1,7
Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	112	14,9	338	44,9	199	26,4	85	11,3	19	2,5
Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	110	14,6	318	42,2	220	29,2	92	12,2	13	1,7
Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	108	14,3	315	41,8	232	30,8	86	11,4	12	1,6
Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	100	13,3	324	43,0	220	29,2	96	12,7	13	1,7
Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	99	13,1	314	41,7	230	30,5	94	12,5	16	2,1
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	96	12,7	305	40,5	223	29,6	105	13,9	24	3,2
İnternet, gazete, televizyon, radio gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	95	12,6	318	42,2	221	29,3	99	13,1	20	2,7
İnternet, gazete, televizyon, radio gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	72	9,6	276	36,7	258	34,3	125	16,6	22	2,9

Tablo 8. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek İfadelerine Katılım Durumu (Devamı).

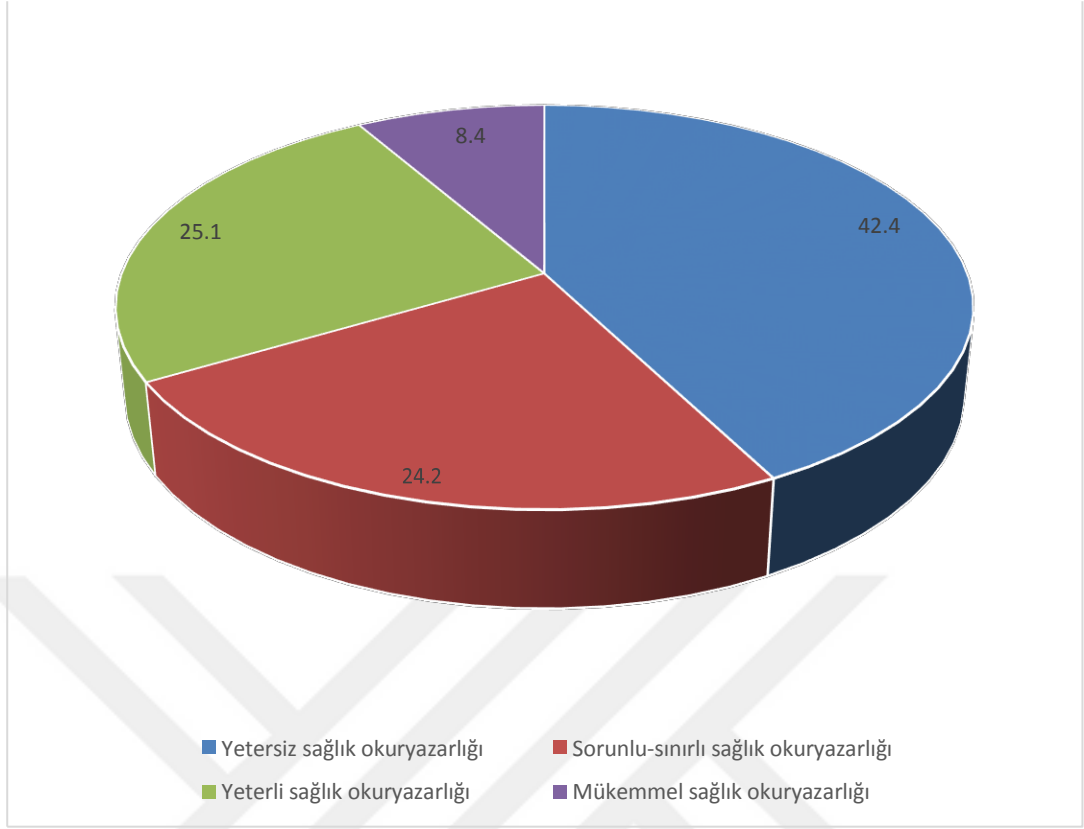
Sağlık Okuryazarlığı Ölçek İfadeleri	Çok kolay		Kolay		Zor		Çok zor		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	69	9,2	287	38,1	253	33,6	124	16,5	20	2,7
Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	77	10,2	360	47,8	183	24,3	112	14,9	21	2,8
Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması içinneler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	76	10,1	264	35,1	250	33,2	140	18,6	23	3,1
Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek	101	13,4	346	45,9	175	23,2	105	13,9	26	3,5
Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	69	9,2	268	35,6	238	31,6	166	22,0	12	1,6
Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	71	9,4	281	37,3	245	32,5	139	18,5	17	2,3
Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	110	14,6	308	40,9	184	24,4	128	17,0	23	3,1
Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	53	7,0	216	28,7	192	25,5	167	22,2	125	16,6

Tablo 9'a göre; SERVQUAL, Okuryazarlık ve alt boyut puanlarından elde edilen çarpıklık ve basıklık değerleri +3 ile -3 arasında olduğundan normallik sağlanmış olup analizlerimizde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır.

Tablo 9. SERVQUAL ve Okuryazarlığa Ait Betimsel İstatistikler ve Normallik Testi.

SERVQUAL Kalite Skorları	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	ss	Çarpıklık	Basıklık
Fiziksel Özellikler	753	-4,00	2,33	-0,25	1,01	-0,932	1,054
Güvenirlilik	753	-3,67	2,67	-0,25	0,87	-1,103	2,412
Heveslilik	753	-3,67	4,33	-0,24	0,89	-0,831	2,517
Güven	753	-3,50	2,75	-0,22	0,83	-0,760	1,372
Empati	753	-3,00	3,00	-0,12	0,82	-0,683	1,623
SERVQUAL Skor	753	-3,07	2,12	-0,22	0,76	-0,941	1,322
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	753	0,00	4,00	2,23	0,99	-0,331	-0,240
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	753	0,00	4,00	2,23	0,97	-0,304	-0,224
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	753	0,00	4,00	2,12	0,95	-0,187	-0,285
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	753	0,00	4,00	2,37	0,94	-0,313	-0,270
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	753	0,00	4,00	2,04	1,05	-0,147	-0,634
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	753	0,00	4,00	2,05	1,03	-0,176	-0,499
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	753	0,00	4,00	1,99	0,99	-0,215	-0,291
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	753	0,00	4,00	1,98	1,03	-0,206	-0,522
Okuryazarlık	753	0,00	50,00	26,59	11,25	-0,212	-0,257

Çalışmadaki bireylerin SOY dağılımını gösteren sonuçların yer aldığı grafik Şekil 1'i incelediğimizde; Katılımcıların %42,4'ünün yetersiz, %24,2'sinin sorunlu-sınırlı, %25,1'inin yeterli ve %8,4'ünün mükemmel SOY düzeylerine sahip olduğunu söyleyebiliriz.



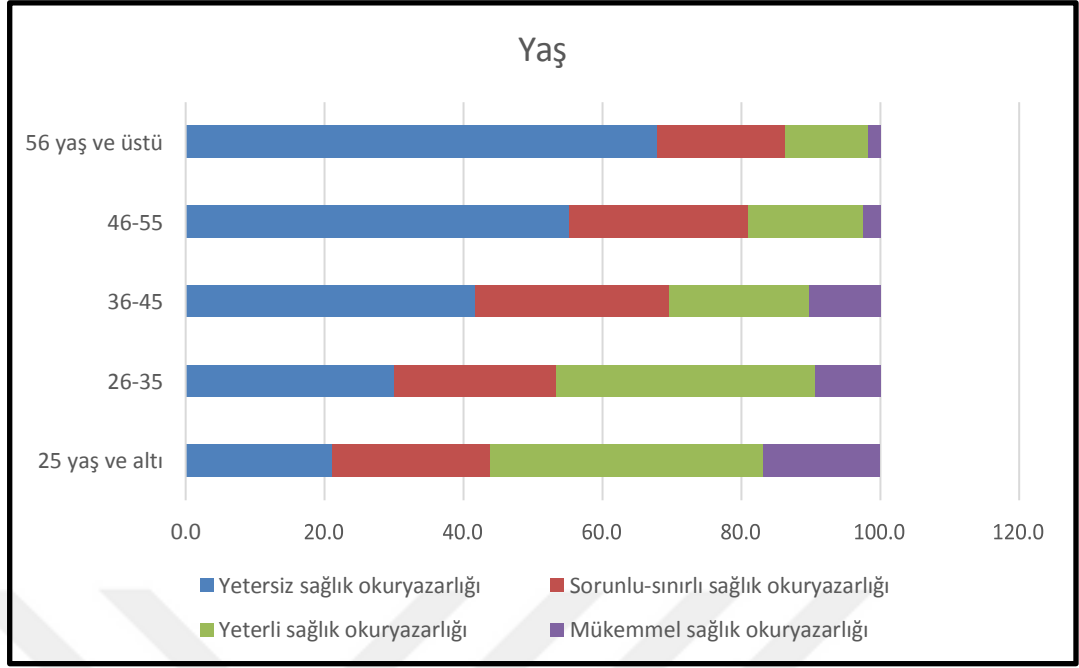
Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.

Tablo 10’da gösterilen analiz sonuçlarına göre: Katılımcılardan SERVQUAL Skoru sıfır ve üzeri olanların oranı %53,5’tir.

Tablo 10. SERVQUAL Skor Düzeyi.

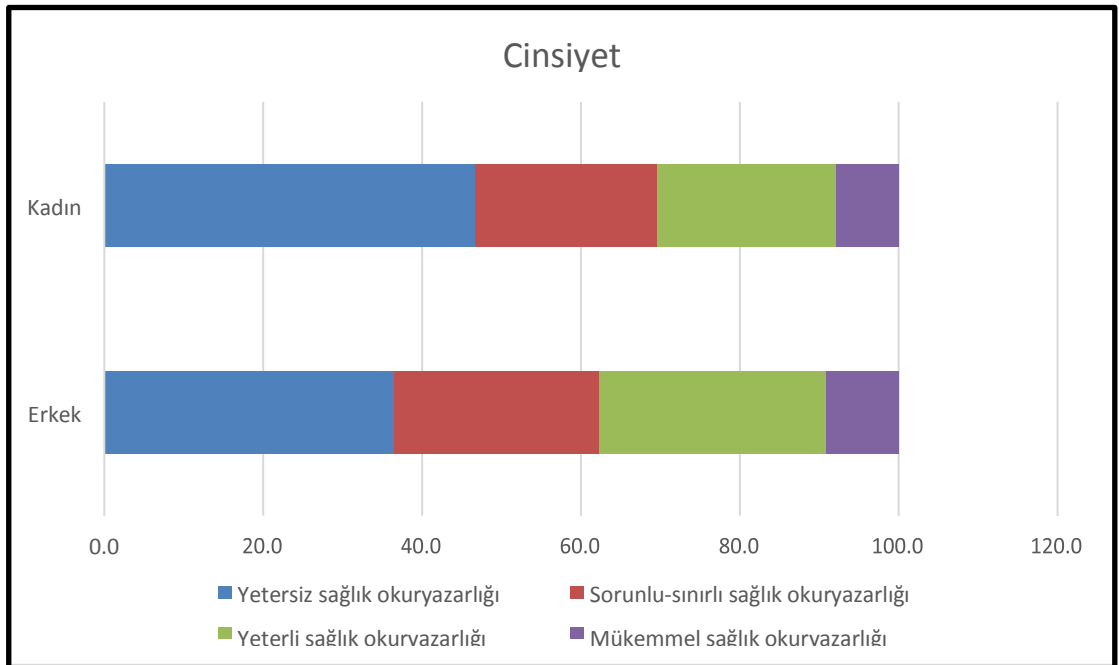
SERVQUAL Skor düzeyi	n	%
Puan negatif	350	46,5
Puan sıfır ve üzeri	403	53,5

Yapılan araştırma sonuçlarına göre; 25 yaş ve altındakilerde yeterli sağlık okuryazarlığı olanların oranı %39,4; 26-35 yaş grubunda %37,3; 36-45 yaş grubunda %20,1; 46-55 yaş grubunda %16,6; 56 yaş ve üstü yaş grubunda %11,9’dur (Şekil 2).



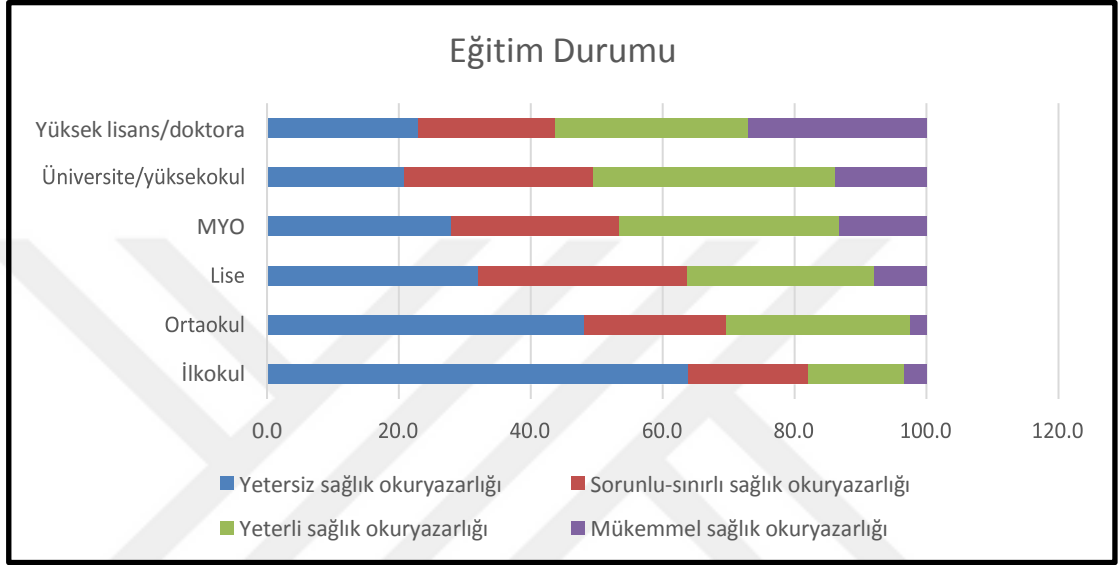
Şekil 2. Yaşa Göre Sağlık okuryazarlığı Düzeyleri.

Sağlık okuryazarlığının cinsiyete göre dağılımında (Şekil 3): Erkeklerde yeterli sağlık okuryazarlığı olanların oranı %28,6; kadınlarda bu oran %22,5'tir.



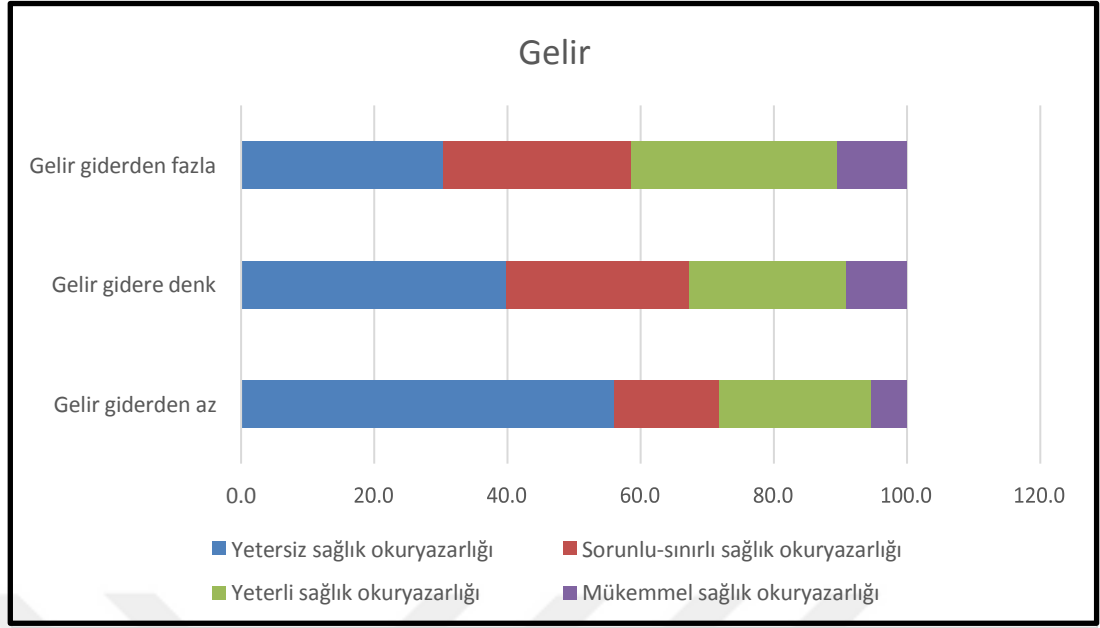
Şekil 3. Cinsiyete Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.

Katılımcılardan ilkokul mezunlarında yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların oranı %17,9 ortaokul mezunlarında %30,4; lise mezunlarında %36,4; MYO mezunlarında %46,7; üniversite/yüksekokul mezunlarında %50,5; yüksek lisans/doktora mezunlarında %56,3'tür. Şekil 4'te katılımcıların eğitim durumlarına göre okuryazarlık düzeyleri aşağıda belirtilmiştir.



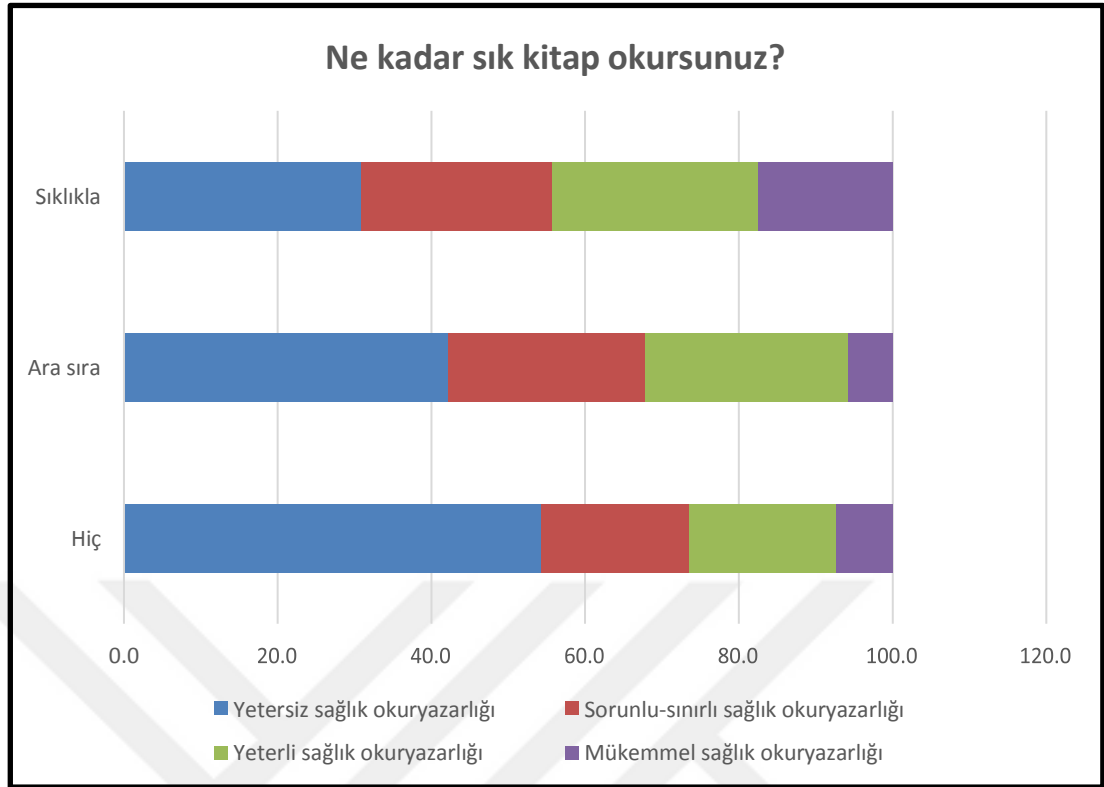
Şekil 4. Eğitim Durumuna Göre Okuryazarlık Düzeyleri.

Çalışmada gelir durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesinde; gelir giderden az olanlarda yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların oranı %28,3; gelir gidere denk olanlarda %32,7; gelir giderden fazla olanlarda %41,4'tür (Şekil 5).



Şekil 5. Gelir Durumuna Göre Okuryazarlık Düzeyleri.

Kitap okuma sıklığına göre okuryazarlık düzeylerinin incelendiği Şekil 6’da; hiç kitap okumayanlarda yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların oranı %26,5; ara sıra okuyanlarda %32,7 ve sıklıkla okuyanlarda %44,3’tür.



Şekil 6. Kitap Okuma Sıklığına Göre Okuryazarlık Düzeyleri.

Tablo 11’de Okuryazarlık ile SERVQUAL Arasındaki İlişkinin İncelenmesi için yapılan Pearson korelasyon testinde * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre:

Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma ile Heveslilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,072$).

Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme ile Güvenirlilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,108$); Heveslilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,100$); Güven arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,090$); SERVQUAL arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,101$) bulunmaktadır.

Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma ile Güvenirlilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,083$); Heveslilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,081$); Güven arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,088$) bulunmaktadır.

Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama ile Güvenirlilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,085$); Heveslilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,072$); Güven arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,104$); Empati arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,072$); SERVQUAL arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,078$) bulunmaktadır.

Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme ile Güvenirlilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,098$); Heveslilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,089$); Güven arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,102$); Empati arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,092$); SERVQUAL arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,099$) bulunmaktadır.

Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama ile Güvenirlilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,116$); Heveslilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,117$); Güven arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,124$); Empati arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,102$); SERVQUAL arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,120$) bulunmaktadır.

Okuryazarlık ile Güvenirlilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,087$); Heveslilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,080$); Güven arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,083$); SERVQUAL arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,078$) bulunmaktadır.

Tablo 11. Okuryazarlık ile SERVQUAL Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Sağlıkla İlgili Okuryazarlık Belirteçleri	Fiziksel Özellikler	Güvenirlilik	Heveslilik	Güven	Empati	SERVQUAL Skor
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	0,027	0,059	0,072*	0,064	0,065	0,066
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	0,002	0,060	0,041	0,031	0,034	0,038
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	0,068	0,108**	0,100**	0,090*	0,069	0,101**
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	-0,065	0,014	0,002	-0,012	-0,002	-0,017
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	0,002	0,083*	0,081*	0,088*	0,056	0,070
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	0,014	0,085*	0,072*	0,104**	0,072*	0,078*
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	0,050	0,098**	0,089*	0,102**	0,092*	0,099**
Hastalıklardan-Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	0,062	0,116**	0,117**	0,124**	0,102**	0,120**
Okuryazarlık	0,022	0,087*	0,080*	0,083*	0,068	0,078*

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

Okuryazarlık düzeyi ile SERVQUAL Skor düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi için yapılan Ki-kare testinde *p<0,05, **p<0,01 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir:

Okuryazarlık düzeyi ile SERVQUAL Skor düzeyi Arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p=0,016). Yetersiz-sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı olanların %50,5'inin SERVQUAL skoru negatif iken Yeterli sağlık okuryazarlığı olanların %63,0'ünün ve Mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların %57,1'inin SERVQUAL Skoru sıfır veya üzeridir (Tablo 12).

Tablo 12. Okuryazarlık Düzeyi ile SERVQUAL Skor Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Okuryazarlık Düzeyleri		SERVQUAL Skor düzeyi			Total	Ki-kare	p
		Puan negatif	Puan sıfır ve üzeri				
Okuryazarlık düzeyi	Yetersiz sağlık okuryazarlığı	n	161	158	319	10,361	0,016*
		%	50,5%	49,5%	100,0%		
	Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	n	92	90	182		
		%	50,5%	49,5%	100,0%		
	Yeterli sağlık okuryazarlığı	n	70	119	189		
		%	37,0%	63,0%	100,0%		
	Mükemmel sağlık okuryazarlığı	n	27	36	63		
		%	42,9%	57,1%	100,0%		
Total	n	350	403	753			
	%	46,5%	53,5%	100,0%			

*p<0,05

Tablo 13’de SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Yaş Açısından İncelenmesi için yapılan ANOVA testine göre *p<0,05, **p<0,01 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir:

Yaşı farklı olan gruplar arasında SERVQUAL Skor ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p=0,333).

Yaşı farklı olan gruplar arasında Tedavi ve Hizmet ile Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Anlama ve bilgiyi değerlendirme, kullanma/uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,001). Sonuçlar incelendiğinde 25 yaş ve altı olanların puan ortalaması en yüksek iken yaş arttıkça ortalama azalmaktadır.

Yaşı farklı olan gruplar arasında Okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,001). Sonuçlar incelendiğinde 25 yaş ve altı olanların puan ortalaması en yüksek iken yaş arttıkça ortalama azalmaktadır.

Tablo 13. SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Yaş Açısından İncelenmesi.

SERVQUAL Skoru Sağlık Okuryazarlığı Özellikleri	Yaş	n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
Fiziksel Özellikler	25 yaş ve altı	137	-0,27	1,10	1,392	0,235	
	26-35	150	-0,26	1,00			
	36-45	194	-0,36	1,06			
	46-55	163	-0,20	0,95			
	56 yaş ve üstü	109	-0,09	0,89			
Güvenirlilik	25 yaş ve altı	137	-0,29	0,96	1,489	0,204	
	26-35	150	-0,29	0,95			
	36-45	194	-0,32	0,88			
	46-55	163	-0,16	0,81			
	56 yaş ve üstü	109	-0,13	0,66			
Heveslilik	25 yaş ve altı	137	-0,26	0,86	0,511	0,728	
	26-35	150	-0,30	1,04			
	36-45	194	-0,24	0,95			
	46-55	163	-0,21	0,81			
	56 yaş ve üstü	109	-0,15	0,73			
Güven	25 yaş ve altı	137	-0,26	0,91	0,784	0,536	
	26-35	150	-0,25	0,92			
	36-45	194	-0,27	0,78			
	46-55	163	-0,17	0,76			
	56 yaş ve üstü	109	-0,13	0,78			
Empati	25 yaş ve altı	137	-0,15	0,75	1,167	0,324	
	26-35	150	-0,07	0,91			
	36-45	194	-0,19	0,83			
	46-55	163	-0,15	0,82			
	56 yaş ve üstü	109	0,00	0,77			
SERVQUAL Skor	25 yaş ve altı	137	-0,25	0,79	1,147	0,333	
	26-35	150	-0,23	0,85			
	36-45	194	-0,28	0,77			
	46-55	163	-0,18	0,70			
	56 yaş ve üstü	109	-0,10	0,63			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	25 yaş ve altı	137	2,68	0,88	24,587	0,001*	1>3
	26-35	150	2,41	0,89			1>4
	36-45	194	2,34	0,98			1>5
	46-55	163	1,94	0,92			2>4
	56 yaş ve üstü	109	1,65	0,98			2>5
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	25 yaş ve altı	137	2,65	0,94	21,304	0,001*	3>4
	26-35	150	2,44	0,87			3>5
	36-45	194	2,30	0,95			1>3
	46-55	163	1,93	0,89			1>4
	56 yaş ve üstü	109	1,75	0,93			1>5
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	25 yaş ve altı	137	2,54	0,91	21,254	0,001*	2>4
	26-35	150	2,34	0,85			2>5
	36-45	194	2,15	0,94			3>4
	46-55	163	1,82	0,86			3>5
	56 yaş ve üstü	109	1,66	0,95			

*p<0,05

Tablo 13. SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Yaş Açısından İncelenmesi (Devamı).

SERVQUAL Skoru Sağlık Okuryazarlığı Özellikleri	Yaş	n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	25 yaş ve altı	137	2,73	0,81	18,409	0,001*	1>4
	26-35	150	2,55	0,92			1>5
	36-45	194	2,47	0,88			2>4
	46-55	163	2,09	0,90			2>5
	56 yaş ve üstü	109	1,92	1,01			3>4 3>5
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	25 yaş ve altı	137	2,51	1,02	26,925	0,001*	1>3
	26-35	150	2,37	0,89			1>4
	36-45	194	2,09	1,02			1>5
	46-55	163	1,65	1,00			2>4 2>5
	56 yaş ve üstü	109	1,51	0,94			3>4 3>5
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	25 yaş ve altı	137	2,50	0,99	26,585	0,001*	1>3
	26-35	150	2,40	0,88			1>4
	36-45	194	2,07	1,02			1>5
	46-55	163	1,73	0,99			2>3 2>4 2>5
	56 yaş ve üstü	109	1,47	0,94			3>4 3>5
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	25 yaş ve altı	137	2,37	0,99	15,224	0,001*	1>3
	26-35	150	2,27	0,94			1>4
	36-45	194	1,89	1,00			1>5
	46-55	163	1,74	0,95			2>3 2>4 2>5
	56 yaş ve üstü	109	1,65	0,88			2>5
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	25 yaş ve altı	137	2,38	1,01	15,769	0,001*	1>3
	26-35	150	2,23	0,97			1>4
	36-45	194	1,96	1,03			1>5
	46-55	163	1,71	0,99			2>4 2>5
	56 yaş ve üstü	109	1,57	0,95			3>5
Okuryazarlık	25 yaş ve altı	137	31,84	10,74	25,711	0,001*	1>3
	26-35	150	29,73	10,08			1>4
	36-45	194	26,98	10,95			1>5
	46-55	163	22,82	10,44			2>4 2>5
	56 yaş ve üstü	109	20,60	10,56			3>4 3>5

*p<0,05

Çalışmaya göre; SERVQUAL Skor ve okuryazarlığın cinsiyet açısından incelenmesinde erkekler ve kadınlar arasında SERVQUAL Skor ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p=0,947).

Tablo 14’de SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Cinsiyet Açısından İncelenmesi için yapılan t testine göre *p<0,05, **p<0,01 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir:

Erkek ile kadınlar arasında Tedavi ve Hizmet ile / Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (p=0,001/p=0,009); Anlama (p=0,003/p=0,009); bilgiyi değerlendirme (p=0,006/p=0,007); kullanma/uygulama (p=0,001/p=0,009) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde erkeklerin puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Erkek ile kadınlar arasında Okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0,001). Sonuçlar incelendiğinde erkeklerin puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Tablo 14. SERVQUAL Skor İle Okuryazarlığın Cinsiyet Açısından İncelenmesi.

SERVQUAL Skor İle Okuryazarlık Özellikleri Cinsiyet		n	Ortalama	ss	t	p
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Erkek	318	2,36	0,96	3,208	0,001*
	Kadın	435	2,13	1,00		
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Erkek	318	2,36	0,90	2,985	0,003*
	Kadın	435	2,14	1,00		
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Erkek	318	2,23	0,92	2,771	0,006*
	Kadın	435	2,04	0,96		
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Erkek	318	2,52	0,90	3,817	0,001*
	Kadın	435	2,26	0,96		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Erkek	318	2,16	1,05	2,633	0,009*
	Kadın	435	1,96	1,04		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Erkek	318	2,17	1,03	2,637	0,009*
	Kadın	435	1,97	1,03		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Erkek	318	2,10	0,99	2,709	0,007*
	Kadın	435	1,90	0,99		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Erkek	318	2,10	1,03	2,608	0,009*
	Kadın	435	1,90	1,03		
Okuryazarlık	Erkek	318	28,12	10,86	3,219	0,001*
	Kadın	435	25,47	11,41		

*p<0,05

SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Eğitim Durumu Açısından değerlendirilmesi için yapılan ANOVA testine göre $*p<0,05$, $**p<0,01$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tablo 15 incelendiğinde araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir:

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Fiziksel Özellikler ve Heveslilik açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde ilkokul mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken üniversite/yüksekokul mezunu olanların ortalaması en küçüktür.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Güven ve Güvenirlik açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde MYO mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken üniversite/yüksekokul mezunu olanların ortalaması en küçüktür.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında SERVQUAL Skor açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde MYO mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken üniversite/yüksekokul mezunu olanların ortalaması en küçüktür.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Tedavi ve Hizmet ile Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Anlama ve bilgiyi değerlendirme, kullanma/uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde Yüksek lisans/doktora mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde Yüksek lisans/doktora mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır.

SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Bugüne Kadar En Uzun Yaşanılan Yer Açısından İncelenmesi için yapılan ANOVA testi sonuçlarına göre; bugüne kadar en uzun yaşadığı yer farklı olan gruplar arasında SERVQUAL Skor ve alt boyut puanları ile okuryazarlık ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 15. SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi.

SERVQUAL Skor ile Okuryazarlık Eğitim Durumu Özellikleri	Durumu	n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
Fiziksel Özellikler	İlkokul	263	-0,09	0,82	3,956	0,002*	1>5
	Ortaokul	79	-0,19	0,99			
	Lise	187	-0,29	1,00			
	MYO	75	-0,32	1,10			
	Üniversite/yüksekokul	101	-0,60	1,25			
	Yüksek lisans/doktora	48	-0,23	1,12			
Güvenirlilik	İlkokul	263	-0,12	0,77	4,700	0,001*	1>5 4>5
	Ortaokul	79	-0,22	0,92			
	Lise	187	-0,30	0,80			
	MYO	75	-0,07	0,91			
	Üniversite/yüksekokul	101	-0,52	1,00			
	Yüksek lisans/doktora	48	-0,45	0,97			
Heveslilik	İlkokul	263	-0,13	0,85	2,504	0,029*	1>5
	Ortaokul	79	-0,22	0,82			
	Lise	187	-0,21	0,82			
	MYO	75	-0,25	0,99			
	Üniversite/yüksekokul	101	-0,48	0,98			
	Yüksek lisans/doktora	48	-0,38	1,04			
Güven	İlkokul	263	-0,10	0,74	3,550	0,004*	1>5
	Ortaokul	79	-0,21	0,84			
	Lise	187	-0,23	0,77			
	MYO	75	-0,26	0,91			
	Üniversite/yüksekokul	101	-0,50	0,96			
	Yüksek lisans/doktora	48	-0,22	1,00			
Empati	İlkokul	263	-0,06	0,80	1,091	0,364	
	Ortaokul	79	-0,13	0,81			
	Lise	187	-0,09	0,79			
	MYO	75	-0,20	0,76			
	Üniversite/yüksekokul	101	-0,26	0,86			
	Yüksek lisans/doktora	48	-0,20	1,08			
Servqual skor	İlkokul	263	-0,10	0,68	3,728	0,002*	1>5
	Ortaokul	79	-0,19	0,77			
	Lise	187	-0,23	0,69			
	MYO	75	-0,22	0,82			
	Üniversite/yüksekokul	101	-0,47	0,85			
	Yüksek lisans/doktora	48	-0,30	0,94			

Tablo 15. SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi (Devamı).

SERVQUAL Skor ile Okuryazarlık Eğitim Durumu Özellikleri	Eğitim Durumu	n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	İlkokul	263	1,83	1,00	19,403	0,001*	1<3
	Ortaokul	79	2,06	0,91			1<4
	Lise	187	2,43	0,87			1<5
	MYO	75	2,40	0,94			1<6
	Üniversite/yüksekokul	101	2,61	0,90			2<3
	Yüksek lisans/doktora	48	2,79	0,88			2<5
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	İlkokul	263	1,84	0,96	19,303	0,001*	1<3
	Ortaokul	79	2,08	0,85			1<4
	Lise	187	2,41	0,87			1<5
	MYO	75	2,52	0,92			1<6
	Üniversite/yüksekokul	101	2,57	0,88			2<4
	Yüksek lisans/doktora	48	2,76	0,97			2<5
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	İlkokul	263	1,77	0,95	17,087	0,001*	1<3
	Ortaokul	79	2,00	0,86			1<4
	Lise	187	2,21	0,84			1<5
	MYO	75	2,53	0,89			1<6
	Üniversite/yüksekokul	101	2,38	0,90			2<4
	Yüksek lisans/doktora	48	2,67	0,97			2<6
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	İlkokul	263	2,01	0,98	18,605	0,001*	1<3
	Ortaokul	79	2,13	0,88			1<4
	Lise	187	2,57	0,80			1<5
	MYO	75	2,60	0,89			1<6
	Üniversite/yüksekokul	101	2,73	0,82			2<3
	Yüksek lisans/doktora	48	2,85	0,90			2<4
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	İlkokul	263	1,57	0,99	24,760	0,001*	1<2
	Ortaokul	79	1,96	0,97			1<3
	Lise	187	2,20	0,93			1<4
	MYO	75	2,31	1,04			1<5
	Üniversite/yüksekokul	101	2,55	0,96			1<6
	Yüksek lisans/doktora	48	2,70	0,93			2<5
							2<6
							3<5
							3<6

Tablo 15. SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi (Devamı).

SERVQUAL Skor ile Okuryazarlık Eğitim Durumu Özellikleri	Eğitim durumu	n	Ortalama	ss	F	p	İkili Fark
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	İlkokul	263	1,61	0,97	23,518	0,001*	1<3
	Ortaokul	79	1,89	1,00			1<4
	Lise	187	2,22	0,93			1<5
	MYO	75	2,24	1,08			1<6
	Üniversite/yüksekokul	101	2,56	0,93			2<5
	Yüksek lisans/doktora	48	2,74	0,87			2<6
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	İlkokul	263	1,65	0,95	13,126	0,001*	1<3
	Ortaokul	79	1,92	0,91			1<4
	Lise	187	2,11	0,91			1<5
	MYO	75	2,12	1,08			1<6
	Üniversite/yüksekokul	101	2,36	0,95			2<5
	Yüksek lisans/doktora	48	2,49	1,02			2<6
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	İlkokul	263	1,62	1,00	12,887	0,001*	1<3
	Ortaokul	79	1,89	0,96			1<4
	Lise	187	2,17	0,95			1<5
	MYO	75	2,19	1,10			1<6
	Üniversite/yüksekokul	101	2,31	0,98			
	Yüksek lisans/doktora	48	2,38	1,03			
Okuryazarlık	İlkokul	263	21,71	10,74	22,522	0,001*	1<3
	Ortaokul	79	24,89	10,56			1<4
	Lise	187	28,63	9,97			1<5
	MYO	75	29,56	11,06			1<6
	Üniversite/yüksekokul	101	31,38	10,29			2<5
	Yüksek lisans/doktora	48	33,40	10,97			2<6

*p<0,05

SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Ailenin Geliri Açısından İncelenmesi için yapılan ANOVA testine göre *p<0,05, **p<0,01 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tablo 16’da belirtilen bulgular aşağıdaki gibidir:

Ailesinin geliri farklı olan gruplar arasında SERVQUAL Skor ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Ailesinin geliri farklı olan gruplar arasında Tedavi ve Hizmet ile Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Anlama ve bilgiyi değerlendirme, kullanma/uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde geliri giderinde fazla olanların puan ortalaması en yüksek iken gelir azaldıkça ortalama da azalmaktadır.

Ailesinin geliri farklı olan gruplar arasında Okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde geliri giderinde fazla olanların puan ortalaması en yüksek iken gelir azaldıkça ortalama da azalmaktadır.

Tablo 16. SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Ailenin Geliri Açısından İncelenmesi.

Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?		n	Ortalama	ss	F	p	İkili fark
Fiziksel Özellikler	Gelir giderden az	223	-0,31	1,06	1,107	0,331	
	Gelir gidere denk	349	-0,27	1,01			
	Gelir giderden fazla	181	-0,16	0,95			
Güvenirlilik	Gelir giderden az	223	-0,32	0,90	1,967	0,141	
	Gelir gidere denk	349	-0,24	0,88			
	Gelir giderden fazla	181	-0,15	0,78			
Heveslilik	Gelir giderden az	223	-0,28	0,84	1,684	0,186	
	Gelir gidere denk	349	-0,26	0,91			
	Gelir giderden fazla	181	-0,13	0,92			
Güven	Gelir giderden az	223	-0,20	0,84	0,812	0,444	
	Gelir gidere denk	349	-0,26	0,85			
	Gelir giderden fazla	181	-0,17	0,77			
Empati	Gelir giderden az	223	-0,16	0,82	0,761	0,468	
	Gelir gidere denk	349	-0,14	0,83			
	Gelir giderden fazla	181	-0,06	0,81			
SERVQUAL Skor	Gelir giderden az	223	-0,25	0,77	1,404	0,246	
	Gelir gidere denk	349	-0,23	0,77			
	Gelir giderden fazla	181	-0,14	0,72			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Gelir giderden az	223	2,04	1,08	6,101	0,002*	1<2
	Gelir gidere denk	349	2,30	0,95			1<3
	Gelir giderden fazla	181	2,34	0,92			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Gelir giderden az	223	1,98	1,05	11,748	0,001*	1<2
	Gelir gidere denk	349	2,31	0,92			1<3
	Gelir giderden fazla	181	2,40	0,89			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Gelir giderden az	223	1,85	1,02	15,308	0,001*	1<2
	Gelir gidere denk	349	2,17	0,91			1<3
	Gelir giderden fazla	181	2,35	0,86			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Gelir giderden az	223	2,17	1,03	7,869	0,001*	1<2
	Gelir gidere denk	349	2,43	0,89			1<3
	Gelir giderden fazla	181	2,50	0,88			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Gelir giderden az	223	1,76	1,13	15,198	0,001*	1<2
	Gelir gidere denk	349	2,08	0,99			1<3
	Gelir giderden fazla	181	2,32	0,97			2<3
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Gelir giderden az	223	1,82	1,09	10,632	0,001*	1<2
	Gelir gidere denk	349	2,09	1,02			1<3
	Gelir giderden fazla	181	2,28	0,93			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Gelir giderden az	223	1,75	1,01	12,974	0,001*	1<2
	Gelir gidere denk	349	2,00	1,00			1<3
	Gelir giderden fazla	181	2,25	0,90			2<3
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Gelir giderden az	223	1,76	1,10	10,940	0,001*	1<2
	Gelir gidere denk	349	1,99	1,00			1<3
	Gelir giderden fazla	181	2,24	0,96			2<3
Okuryazarlık	Gelir giderden az	223	23,65	12,11	13,296	0,001*	1<2
	Gelir gidere denk	349	27,12	10,81			1<3
	Gelir giderden fazla	181	29,20	10,20			

*p<0,05

SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Kitap Okuma Sıklığı Açısından İncelenmesi için yapılan ANOVA testine göre $*p<0,05$, $**p<0,01$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırma sonuçlarını Tablo 17' de incelediğimizde: Kitap okuma sıklığı farklı olan gruplar arasında Fiziksel Özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde ara sıra kitap okuyanların puan ortalaması en yüksek iken sıklıkla okuyanların ortalaması en küçüktür.

Kitap okuma sıklığı farklı olan gruplar arasında Tedavi ve Hizmet ile Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Anlama ve bilgiyi değerlendirme, kullanma/uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde sıklıkla kitap okuyanların puan ortalaması en yüksek iken okuma sıklığı azaldıkça ortalama da azalmaktadır.

Kitap okuma sıklığı farklı olan gruplar arasında Okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde sıklıkla kitap okuyanların puan ortalaması en yüksek iken okuma sıklığı azaldıkça ortalama da azalmaktadır.

Tablo 17. SERVQUAL Skor ile SOY Kitap Okuma Sıklığı Açısından İncelenmesi.

Ne kadar sık kitap okursunuz?		n	Ortalama	ss	F	p	İkili fark
Fiziksel Özellikler	Hiç	151	-0,22	0,86	3,024	0,049*	2>3
	Ara sıra	453	-0,20	0,99			
	Sıklıkla	149	-0,43	1,18			
Güvenirlik	Hiç	151	-0,26	0,78	2,103	0,123	
	Ara sıra	453	-0,20	0,84			
	Sıklıkla	149	-0,37	1,01			
Heveslilik	Hiç	151	-0,20	0,92	0,671	0,512	
	Ara sıra	453	-0,22	0,87			
	Sıklıkla	149	-0,31	0,93			
Güven	Hiç	151	-0,25	0,73	0,222	0,801	
	Ara sıra	453	-0,20	0,84			
	Sıklıkla	149	-0,24	0,91			
Empati	Hiç	151	-0,16	0,80	0,259	0,772	
	Ara sıra	453	-0,12	0,85			
	Sıklıkla	149	-0,09	0,77			
SERVQUAL Skor	Hiç	151	-0,22	0,68	0,915	0,401	
	Ara sıra	453	-0,19	0,76			
	Sıklıkla	149	-0,29	0,83			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Hiç	151	2,00	1,03	8,823	0,001*	1<2
	Ara sıra	453	2,23	0,93			1<3
	Sıklıkla	149	2,47	1,05			2<3
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama	Hiç	151	2,06	1,02	7,061	0,001*	1<3
	Ara sıra	453	2,21	0,90			2<3
	Sıklıkla	149	2,47	1,07			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Değerlendirme	Hiç	151	2,03	0,98	3,761	0,024*	1<3
	Ara sıra	453	2,09	0,90			2<3
	Sıklıkla	149	2,30	1,05			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Hiç	151	2,19	0,99	6,330	0,002*	1<3
	Ara sıra	453	2,36	0,90			2<3
	Sıklıkla	149	2,58	0,97			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Hiç	151	1,83	1,08	10,117	0,001*	1<3
	Ara sıra	453	2,01	1,00			2<3
	Sıklıkla	149	2,35	1,08			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama	Hiç	151	1,83	1,08	9,265	0,001*	1<3
	Ara sıra	453	2,04	0,97			2<3
	Sıklıkla	149	2,34	1,11			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Değerlendirme	Hiç	151	1,87	1,05	5,252	0,005*	1<3
	Ara sıra	453	1,95	0,94			2<3
	Sıklıkla	149	2,21	1,07			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Hiç	151	1,84	1,03	6,771	0,001*	1<3
	Ara sıra	453	1,94	0,99			2<3
	Sıklıkla	149	2,25	1,11			
Okuryazarlık	Hiç	151	24,46	11,74	8,510	0,001*	1<3
	Ara sıra	453	26,30	10,49			2<3
	Sıklıkla	149	29,64	12,36			

*p<0,05

SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Sağlık Durumu Açısından İncelenmesi için yapılan ANOVA testine göre $*p<0,05$, $**p<0,01$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tablo 18'i değerlendirdiğimizde araştırma sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

Sağlık durumu farklı olan gruplar arasında Fiziksel Özellikler, Güvenirlik, Heveslilik, Güven açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde sağlık durumunu kötü bulanların puan ortalaması en yüksek iken sağlık durumu algısı iyiye gittikçe puan ortalaması azalmaktadır.

Sağlık durumu farklı olan gruplar arasında SERVQUAL Skor açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde sağlık durumunu kötü bulanların puan ortalaması en yüksek iken mükemmel bulanların ortalaması en düşüktür.

Sağlık durumu farklı olan gruplar arasında Tedavi ve Hizmet ile Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Anlama ve bilgiyi değerlendirme, kullanma/uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde sağlık durumunu mükemmel bulanların puan ortalaması en yüksek iken sağlık durumu algısı kötüye gittikçe puan ortalaması azalmaktadır.

Sağlık durumu farklı olan gruplar arasında Okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde sağlık durumunu mükemmel bulanların puan ortalaması en yüksek iken sağlık durumu kötüye gittikçe ortalama azalmaktadır.

Tablo 18. SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Sağlık Durumu Açısından İncelenmesi.

SERVQUAL Skor ile Okuryazarlık Özellikleri	Genel Olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?	n	Ortalama	ss	F	p	İkili fark
Fiziksel Özellikler	Mükemmel	53	-0,52	1,09	2,645	0,033*	1<5
	Oldukça iyi	188	-0,35	1,02			
	İyi	266	-0,18	1,04			
	Fena değil	205	-0,24	0,95			
	Kötü	41	0,04	0,78			
Güvenirlilik	Mükemmel	53	-0,52	0,82	3,633	0,006*	1<5
	Oldukça iyi	188	-0,31	0,88			2<5
	İyi	266	-0,21	0,94			
	Fena değil	205	-0,24	0,77			
	Kötü	41	0,12	0,71			
Heveslilik	Mükemmel	53	-0,45	0,91	2,446	0,045*	1<5
	Oldukça iyi	188	-0,33	0,89			
	İyi	266	-0,18	0,93			
	Fena değil	205	-0,22	0,85			
	Kötü	41	0,03	0,69			
Güven	Mükemmel	53	-0,41	0,90	2,567	0,037*	1<5
	Oldukça iyi	188	-0,31	0,85			
	İyi	266	-0,19	0,88			
	Fena değil	205	-0,18	0,77			
	Kötü	41	0,05	0,51			
Empati	Mükemmel	53	-0,17	1,02	1,683	0,152	
	Oldukça iyi	188	-0,23	0,83			
	İyi	266	-0,12	0,86			
	Fena değil	205	-0,05	0,71			
	Kötü	41	0,04	0,72			
SERVQUAL Skor	Mükemmel	53	-0,41	0,83	3,229	0,012*	1<5
	Oldukça iyi	188	-0,31	0,74			2<5
	İyi	266	-0,18	0,82			
	Fena değil	205	-0,19	0,68			
	Kötü	41	0,06	0,53			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Mükemmel	53	2,64	0,82	10,794	0,001*	1>3
	Oldukça iyi	188	2,49	0,92			1>4
	İyi	266	2,21	1,00			1>5
	Fena değil	205	1,99	1,00			2>3
	Kötü	41	1,81	0,92			2>4 2>5
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Mükemmel	53	2,55	0,86	8,170	0,001*	1>3
	Oldukça iyi	188	2,50	0,96			1>4
	İyi	266	2,15	0,94			2>3
	Fena değil	205	2,05	0,98			2>4
	Kötü	41	2,06	0,92			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Mükemmel	53	2,43	0,93	7,714	0,001*	1>3
	Oldukça iyi	188	2,37	0,92			1>4
	İyi	266	2,03	0,92			2>3
	Fena değil	205	1,92	0,95			2>4
	Kötü	41	2,09	0,99			

Tablo 18. SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Sağlık Durumu Açısından İncelenmesi (Devamı).

SERVQUAL Skor ile Okuryazarlık Özellikleri	Genel Olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?	n	Ortalama	ss	F	p	İkili fark
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Mükemmel	53	2,69	0,89	5,345	0,001*	1>4
	Oldukça iyi	188	2,56	0,96			2>4
	İyi	266	2,32	0,92			
	Fena değil	205	2,21	0,91			
	Kötü	41	2,24	1,00			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Mükemmel	53	2,41	0,96	6,574	0,001*	1>3
	Oldukça iyi	188	2,29	1,04			1>4
	İyi	266	1,97	1,05			2>3
	Fena değil	205	1,86	1,03			2>4
	Kötü	41	1,88	0,96			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Mükemmel	53	2,33	0,98	5,280	0,001*	2>3
	Oldukça iyi	188	2,29	1,04			2>4
	İyi	266	1,97	1,04			
	Fena değil	205	1,92	1,01			
	Kötü	41	1,82	0,92			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Mükemmel	53	2,16	0,98	2,211	0,066	
	Oldukça iyi	188	2,14	1,07			
	İyi	266	1,92	0,97			
	Fena değil	205	1,89	0,96			
	Kötü	41	1,98	0,91			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Mükemmel	53	2,15	0,99	2,697	0,030*	1>5
	Oldukça iyi	188	2,15	1,04			2>5
	İyi	266	1,94	1,04			
	Fena değil	205	1,88	1,00			
	Kötü	41	1,78	1,11			
Okuryazarlık	Mükemmel	53	30,26	10,05	6,795	0,001*	1>4
	Oldukça iyi	188	29,35	11,10			2>3
	İyi	266	25,79	11,24			2>4
	Fena değil	205	24,57	11,13			
	Kötü	41	24,45	10,93			

*p<0,05

SERVQUAL Skor İle Okuryazarlığın Sürekli İlaç Kullanmasını Gerektiren Bir Hastalığı Olma Durumu Açısından İncelenmesi İçin Yapılan T testine göre *p<0,05, **p<0,01 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tablo 19 da belirtilen araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir:

Sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında Fiziksel Özellikler, Güvenirlilik, Heveslilik açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde hastalığı olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında SERVQUAL Skor açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde hastalığı olanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında Tedavi ve Hizmet ile Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Anlama ve bilgiyi değerlendirme, kullanma/uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde hastalığı olmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında Okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde hastalığı olmayanların puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür.

Tablo 19. SERVQUAL Skor İle Okuryazarlığın Sürekli İlaç Kullanmasını Gerektiren Bir Hastalığı Olma Durumu Açısından İncelenmesi.

Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?	n	Ortalama	ss	t	p
Fiziksel Özellikler	Evet	242	-0,13	0,89	2,390 0,017*
	Hayır	511	-0,31	1,06	
Güvenirlilik	Evet	242	-0,14	0,76	2,402 0,017*
	Hayır	511	-0,30	0,91	
Heveslilik	Evet	242	-0,12	0,82	2,459 0,014*
	Hayır	511	-0,29	0,92	
Güven	Evet	242	-0,17	0,79	1,253 0,211
	Hayır	511	-0,25	0,85	
Empati	Evet	242	-0,06	0,80	1,540 0,124
	Hayır	511	-0,16	0,83	
SERVQUAL Skor	Evet	242	-0,12	0,68	2,379 0,018*
	Hayır	511	-0,26	0,79	
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Evet	242	2,02	1,03	-4,064 0,001*
	Hayır	511	2,33	0,95	
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Evet	242	2,02	0,95	-4,241 0,001*
	Hayır	511	2,33	0,96	
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Evet	242	1,89	0,95	-4,490 0,001*
	Hayır	511	2,22	0,93	
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Evet	242	2,13	1,01	-4,829 0,001*
	Hayır	511	2,48	0,89	
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Evet	242	1,78	1,02	-4,882 0,001*
	Hayır	511	2,17	1,03	
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Evet	242	1,75	0,99	-5,624 0,001*
	Hayır	511	2,20	1,02	
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Evet	242	1,76	0,95	-4,470 0,001*
	Hayır	511	2,10	0,99	
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Evet	242	1,73	1,02	-4,570 0,001*
	Hayır	511	2,10	1,02	
Okuryazarlık	Evet	242	23,57	11,11	-5,156 0,001*
	Hayır	511	28,02	11,04	

Tablo 20’de belirtildiği gibi, SERVQUAL Skor İle Okuryazarlığın Herhangi Bir Sağlık Sorunu Nedeniyle (Hastalık, Aşı, Test, Reçete Yazdırma vb) Bir ASM’ye Ayda Ortalama Başvuru Sayısı Açısından İncelenmesi için yapılan ANOVA testine göre $*p<0,05$, $**p<0,01$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir ASM’ye ayda ortalama başvuru sayısı farklı olan gruplar arasında Fiziksel Özellikler ve Güvenirlik açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde üç kez başvuranların puan ortalaması en yüksek iken bir kez başvuranların ortalaması en düşüktür.

Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir ASM’ye ayda ortalama başvuru sayısı farklı olan gruplar arasında SERVQUAL Skor açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde üç kez başvuranların puan ortalaması en yüksek iken bir kez başvuranların ortalaması en düşüktür.

Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir ASM’ye ayda ortalama başvuru sayısı farklı olan gruplar arasında Tedavi ve Hizmet ile Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Anlama ve bilgiyi değerlendirme, kullanma/uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde bir kez başvuranların puan ortalaması en yüksek iken başvuru sayısı arttıkça ortalama azalmaktadır.

Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir ASM’ye ayda ortalama başvuru sayısı farklı olan gruplar arasında Okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde bir kez başvuranların puan ortalaması en yüksek iken başvuru sayısı arttıkça ortalama azalmaktadır.

Tablo 20. SERVQUAL Skor İle Okuryazarlığın Herhangi Bir Sağlık Sorunu Nedeniyle (Hastalık, Aşı, Test, Reçete Yazdırma vb) Bir ASM'ye Ayda Ortalama Başvuru Sayısı Açısından İncelenmesi.

Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir ASM'ye ayda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?		n	Ortalama	ss	F	p	İkili fark
Fiziksel Özellikler	Bir kez	325	-0,40	1,13	4,250	0,005*	1<3
	İki kez	110	-0,23	0,83			
	Üç kez	96	0,01	0,75			
	Dört kez ve daha fazla	165	-0,28	0,93			
Güvenirlilik	Bir kez	325	-0,32	0,97	2,051	0,105	
	İki kez	110	-0,20	0,73			
	Üç kez	96	-0,10	0,68			
	Dört kez ve daha fazla	165	-0,31	0,83			
Heveslilik	Bir kez	325	-0,30	0,98	0,975	0,404	
	İki kez	110	-0,17	0,88			
	Üç kez	96	-0,17	0,76			
	Dört kez ve daha fazla	165	-0,28	0,77			
Güven	Bir kez	325	-0,27	0,87	0,892	0,445	
	İki kez	110	-0,20	0,81			
	Üç kez	96	-0,17	0,66			
	Dört kez ve daha fazla	165	-0,32	0,76			
Empati	Bir kez	325	-0,15	0,88	0,288	0,834	
	İki kez	110	-0,08	0,75			
	Üç kez	96	-0,12	0,82			
	Dört kez ve daha fazla	165	-0,16	0,76			
SERVQUAL Skor	Bir kez	325	-0,29	0,83	1,811	0,144	
	İki kez	110	-0,17	0,68			
	Üç kez	96	-0,11	0,57			
	Dört kez ve daha fazla	165	-0,27	0,71			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Bir kez	325	2,54	0,92	27,916	0,001*	1>2
	İki kez	110	2,17	1,05			1>3
	Üç kez	96	2,03	0,91			1>4
	Dört kez ve daha fazla	165	1,75	0,92			2>4
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Bir kez	325	2,54	0,89	31,604	0,001*	1>3
	İki kez	110	2,29	1,02			1>4
	Üç kez	96	1,97	0,84			2>4
	Dört kez ve daha fazla	165	1,73	0,92			

Tablo 20. SERVQUAL Skor İle Okuryazarlığın Herhangi Bir Sağlık Sorunu Nedeniyle (Hastalık, Aşı, Test, Reçete Yazdırma vb) Bir ASM'ye Ayda Ortalama Başvuru Sayısı Açısından İncelenmesi (Devamı).

Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir ASM'ye ayda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?		n	Ortalama	ss	F	p	İkili fark
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Bir kez	325	2,40	0,89	28,343	0,001*	1>3
	İki kez	110	2,17	0,96			1>4
	Üç kez	96	1,92	0,84			2>4
	Dört kez ve daha fazla	165	1,63	0,91			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Bir kez	325	2,68	0,88	27,346	0,001*	1>2
	İki kez	110	2,35	0,97			1>3
	Üç kez	96	2,20	0,84			1>4
	Dört kez ve daha fazla	165	1,93	0,87			2>4
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Bir kez	325	2,43	0,98	40,679	0,001*	1>2
	İki kez	110	2,01	1,10			1>3
	Üç kez	96	1,72	0,81			1>4
	Dört kez ve daha fazla	165	1,46	0,93			2>4
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Bir kez	325	2,42	0,95	38,894	0,001*	1>2
	İki kez	110	2,02	1,13			1>3
	Üç kez	96	1,76	0,77			1>4
	Dört kez ve daha fazla	165	1,47	0,94			2>4
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Bir kez	325	2,28	0,97	27,301	0,001*	1>2
	İki kez	110	1,94	1,07			1>3
	Üç kez	96	1,74	0,75			1>4
	Dört kez ve daha fazla	165	1,50	0,91			2>4
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Bir kez	325	2,29	0,98	25,059	0,001*	1>2
	İki kez	110	1,91	1,13			1>3
	Üç kez	96	1,78	0,80			1>4
	Dört kez ve daha fazla	165	1,51	0,97			2>4
Okuryazarlık	Bir kez	325	30,58	10,41	38,573	0,001*	1>2
	İki kez	110	26,34	11,90			1>3
	Üç kez	96	23,66	8,68			1>4
	Dört kez ve daha fazla	165	20,28	10,31			2>4

*p<0,05

SERVQUAL Skor İle Okuryazarlığın Herhangi Bir Sağlık Sorunu Nedeniyle (Hastalık, Aşı, Test, Reçete Yazdırma vb) Bir Hastaneye Ayda Ortalama Başvuru Sayısı Açısından İncelenmesi için yapılan ANOVA testine göre $*p<0,05$, $**p<0,01$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tablo 21’ de belirtilen bulgular aşağıdaki gibidir:

Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir hastaneye ayda ortalama başvuru sayısı farklı olan gruplar arasında Fiziksel Özellikler ve Güvenirlik açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde üç kez başvuranların puan ortalaması en yüksek iken bir kez başvuranların ortalaması en düşüktür.

Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir hastaneye ayda ortalama başvuru sayısı farklı olan gruplar arasında SERVQUAL Skor açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde üç kez başvuranların puan ortalaması en yüksek iken bir kez başvuranların ortalaması en düşüktür.

Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir hastaneye ayda ortalama başvuru sayısı farklı olan gruplar arasında Tedavi ve Hizmet ile Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Anlama ve bilgiyi değerlendirme, kullanma/uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde bir kez başvuranların puan ortalaması en yüksek iken başvuru sayısı arttıkça ortalama azalmaktadır.

Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir hastaneye ayda ortalama başvuru sayısı farklı olan gruplar arasında Okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuçlar incelendiğinde bir kez başvuranların puan ortalaması en yüksek iken başvuru sayısı arttıkça ortalama azalmaktadır.

Tablo 21. SERVQUAL Skor İle Okuryazarlığın Herhangi Bir Sağlık Sorunu Nedeniyle (Hastalık, Aşı, Test, Reçete Yazdırma vb) Bir Hastaneye Ayda Ortalama Başvuru Sayısı Açısından İncelenmesi.

Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir hastaneye ayda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?		n	Ortalama	ss	F	p	İkili fark
Fiziksel Özellikler	Bir kez	395	-0,39	1,07	4,953	0,002*	1<3
	İki kez	109	-0,22	0,84			
	Üç kez	69	0,10	0,70			
	Dört kez ve daha fazla	102	-0,25	0,99			
Güvenirlilik	Bir kez	395	-0,32	0,90	2,684	0,046*	1<3
	İki kez	109	-0,26	0,74			
	Üç kez	69	-0,01	0,68			
	Dört kez ve daha fazla	102	-0,34	0,94			
Heveslilik	Bir kez	395	-0,31	0,93	2,577	0,053	
	İki kez	109	-0,27	0,86			
	Üç kez	69	0,01	0,69			
	Dört kez ve daha fazla	102	-0,25	0,93			
Güven	Bir kez	395	-0,31	0,84	1,514	0,210	
	İki kez	109	-0,21	0,78			
	Üç kez	69	-0,10	0,68			
	Dört kez ve daha fazla	102	-0,31	0,79			
Empati	Bir kez	395	-0,18	0,83	0,543	0,653	
	İki kez	109	-0,09	0,72			
	Üç kez	69	-0,11	0,92			
	Dört kez ve daha fazla	102	-0,11	0,84			
SERVQUAL Skor	Bir kez	395	-0,30	0,79	2,822	0,038*	1<3
	İki kez	109	-0,21	0,68			
	Üç kez	69	-0,02	0,56			
	Dört kez ve daha fazla	102	-0,25	0,77			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Bir kez	395	2,38	1,01	10,013	0,001*	1>3 1>4
	İki kez	109	2,13	0,98			
	Üç kez	69	1,92	0,98			
	Dört kez ve daha fazla	102	1,88	0,92			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Bir kez	395	2,42	0,97	13,289	0,001*	1>2 1>3 1>4
	İki kez	109	2,13	1,00			
	Üç kez	69	1,83	0,95			
	Dört kez ve daha fazla	102	1,91	0,86			

Tablo 21. SERVQUAL Skor İle Okuryazarlığın Herhangi Bir Sağlık Sorunu Nedeniyle (Hastalık, Aşı, Test, Reçete Yazdırma vb) Bir Hastaneye Ayda Ortalama Başvuru Sayısı Açısından İncelenmesi (Devamı).

Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir hastaneye ayda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?		n	Ortalama	ss	F	p	İkili fark
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Bir kez	395	2,27	0,96	11,619	0,001*	1>3
	İki kez	109	2,02	0,93			1>4
	Üç kez	69	1,68	0,93			
	Dört kez ve daha fazla	102	1,85	0,88			
Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Bir kez	395	2,57	0,94	15,102	0,001*	1>2
	İki kez	109	2,26	0,93			1>3
	Üç kez	69	1,97	0,90			1>4
	Dört kez ve daha fazla	102	2,04	0,87			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	Bir kez	395	2,24	1,06	15,859	0,001*	1>2
	İki kez	109	1,87	1,08			1>3
	Üç kez	69	1,54	0,87			1>4
	Dört kez ve daha fazla	102	1,65	0,95			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Bir kez	395	2,25	1,06	16,059	0,001*	1>2
	İki kez	109	1,92	1,06			1>3
	Üç kez	69	1,57	0,86			1>4
	Dört kez ve daha fazla	102	1,64	0,90			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	Bir kez	395	2,15	1,03	11,793	0,001*	1>3
	İki kez	109	1,88	1,03			1>4
	Üç kez	69	1,56	0,90			
	Dört kez ve daha fazla	102	1,66	0,85			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	Bir kez	395	2,17	1,04	12,586	0,001*	1>2
	İki kez	109	1,82	1,06			1>3
	Üç kez	69	1,62	0,92			1>4
	Dört kez ve daha fazla	102	1,61	0,97			
Okuryazarlık	Bir kez	395	28,81	11,52	16,159	0,001*	1>2
	İki kez	109	25,04	11,35			1>3
	Üç kez	69	21,41	9,94			1>4
	Dört kez ve daha fazla	102	22,24	9,87			

* p<0,05

5. TARTIŞMA

Sağlık hizmeti veren kurumlarda, Sağlık okuryazarlığı ve hizmet kalite algısı ile ilgili sayıları giderek artan bir çok çalışma yapılmıştır. Buna rağmen yurt içi ve yurt dışı bilimsel yayın, tez ve makalelerden ulaşabildiklerimiz içerisinde, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle, beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu durum son yıllarda önemi giderek artan bu konudaki eksikliği gözler önüne sermektedir. Sağlık okuryazarlığının ve sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik hasta memnuniyetinin giderek artan önemi nedeniyle bu çalışmanın benzer çalışmalara öncülük niteliği taşıyabileceğini varsayabiliriz. İstatistiksel olarak ulaştığımız bir çok anlamlı sonuç konunun önemini destekler niteliktedir.

Bu araştırma, Ankara İlinin Mamak ilçesinde, Dr.Ahmet Macit Aile Sağlığı Merkezi'ne hizmet almak üzere başvuran 18-65 yaş arası katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin beklenen ve algılanan hizmet kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla 840 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Tartışmaya ilk olarak, araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı bulgularıyla başlanılmış, bunu takiben sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirleyici faktörlerinin bireylerin bekledikleri ve algıladıkları hizmet kalitesi ile ilişkili bulunan öğelerinin tartışılması ile bitirilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $40,33 \pm 13,18$, yaş ortancası 40 (18-65) olup, katılımcıların %14,5'ini 56 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Ülkemizde yürütülen bazı çalışmalarda da benzer demografik bulgular elde edilmiştir (75). Araştırmaya katılanların %57,8'si kadındır. ASM'lere başvuranlar üzerinde yapılan birçok çalışmada da, kadınların daha çok başvurduğu ortaya konulmuştur (76, 77). Bunun sebebi olarak Türkiye'de iş hayatında daha az yer edinen kadın nüfusun gebelik ve çocuk takibi için başvurmalarının da etkisiyle birinci basamak sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duyması gösterilebilir. Araştırmaya katılanların %72'si evli olup; bu durum ankete katılan evli bireylerin gebe ve çocuk takibi için aile sağlığı

merkezlerine daha fazla başvurmaları ile ilişkilendirilebilir. Katılımcıların diğer tanımlayıcı bilgilerini özetlemek gerekirse %34,9'u ilkokul mezunu, %40,3'ü çalışandır, %59,7'sinin evinde hanede dört veya daha fazla kişi yaşamaktadır. Aylık gelir gider durumuna bakıldığında katılımcıların %46,3'ünün gelirleri giderlerine denktir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri TSOY 32 ölçeği ile değerlendirildiğinde, %42,4'ünün yetersiz, %24,2'sinin sorunlu-sınırlı, %25,1'inin yeterli, %8,4'ünün mükemmel kategorisinde olduğu görülmektedir. Yetersiz/sorunlu-sınırlı kategorileri birlikte değerlendirildiğinde araştırmaya katılan bireylerin %66,6'sının kısıtlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğunun görülmesi, ne derece büyük bir halk sağlığı problemiyle karşılaştığımızı ortaya koymaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyini en geniş toplumsal kesit ile belirleyen iki çalışma Avrupa Birliği ülkeleri ve ABD'de yürütülen çalışmalardır. Sağlık Okuryazarlığı Avrupa araştırmasında %12,4 yetersiz, %35,2 sorunlu, %36 yeterli, %16,5 mükemmel oranlarda sağlık okuryazarlığı seviyeleri tespit edilmiştir (21). Amerika'da yapılan Ulusal Erişkin Okuryazarlığı araştırmasına göre %12 yeterli, %53 orta düzeyde, %22 temel düzeyde, %14 temel seviyeden düşük oranlarda sağlık okuryazarlığı düzeylerine rastlanmıştır (78). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında ülkeler arasında farklı paternler görülmektedir (78). Yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığının en yüksek olduğu ülkeler Bulgaristan (%26,9) ve Avusturya'dır (%18,2). Yetersiz ve sorunlu/sınırlı kategorileri birlikte değerlendirildiğinde ise en yüksek sıklığın yine Bulgaristan'da olduğu (%62,1), bu ülkeyi İspanya (%58,3) ve Avusturya'nın (%56,4) izlediği görülmektedir (21). Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı ölçümleri başkent Ankara'nın Merkez İlçelerinden birinde yapılmasına ve katılımcıların %76,9'unun bugüne kadar en uzun süre Büyükşehirde (metropol) yaşamış olduklarını belirtmiş olmalarına rağmen ölçümlerin, Avrupa'da sağlık okuryazarlığı düzeyleri en düşük ülke olan Bulgaristan'ın bile gerisinde kalması durumun önemini göstermesi bakımından dikkat çekicidir. Araştırmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin değişken kategorilerini tanımlayan farklı ölçekler kullanılması karşılaştırma için bir kısıtlılık faktörü olarak değerlendirilebilse de, yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinin ülkelere göre değişimini göstermesi bakımından fikir edinilebilir. Kosova'da TOFHLA (skorlar yetersiz, sınırdan ve yeterli olarak kategorize edilmektedir) ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına

başvuranlarda yapılan çalışmada, %43,8 yetersiz, %36,8 sınırdaki sağlık okuryazarlığı bulunmuştur (79). Belgrad'ta TOFHLA ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda yapılan çalışmada ise, %32 yetersiz, %14,4 sınırdaki sağlık okuryazarlığı bulunmuştur (80). Tayvan'da %13,7 yetersiz, %16,5 sınırdaki sağlık okuryazarlığı bulunmuştur (81). Araştırma sonuçlarımız sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu olanlar bakımından ağır bir sorun teşkil ediyor görünmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre kadınlar erkeklere göre yetersiz ya da sınırlı sağlık okuryazarlığı açısından (sırasıyla %72,5 ve %59,5) dezavantajlıdır. Literatürde sağlık okuryazarlığının cinsiyete göre değişiminde farklı sonuçlarla karşılaşmıştır. Bazı araştırmalar erkeklerin daha avantajlı olduğuna işaret etmektedir (79,82,83). Bazı araştırmalar ise kadınların daha avantajlı olduğu sonucuna varmışlardır (80,84). Yapılan bazı çalışmalarda ise cinsiyetin etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür (82). Türkiye'de ulusal düzeyde yapılan genel bir araştırmada kadınlar daha dezavantajlı bulunmuşken, iki yerel çalışmada ise cinsiyetin etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. (85,80,87).

Bu araştırmada SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın Cinsiyet Açısından İncelenmesinde erkekler ve kadınlar arasında Okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bulgular değerlendirildiğinde erkeklerin SERVQUAL puan skalası anlamlı bir şekilde büyüktür. Erkekler ve kadınlar arasında tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesinde sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Yapılan çalışmalarda cinsiyetin sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi üzerine değişken sonuçlar olmakla birlikte, bu araştırma kadınların erkeklerden daha düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahip olduklarını gösteren çalışmaları desteklemektedir. Sonuç olarak araştırmadaki bulgular, kadınların toplumsal cinsiyetin dezavantajlı tarafı olduklarını gösteren diğer çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde; kadınların sağlık okuryazarlığı bakımından bir risk grubu olarak ele alınmasını önerir niteliktedir.

Araştırmada sağlık okuryazarlığı yetersiz/sorunlu-sınırlı olanların sıklığı 56 yaş ve üzeri grupta %85,2'dir.

SERVQUAL skor ile okuryazarlığın yaş açısından incelenmesinde farklı yaş gruplarına sahip bireyler arasında okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Sonuçlar değerlendirildiğinde 25 yaş ve altı olanların SERVQUAL puan skalası en yüksek iken, yaş arttıkça ortalama azalmaktadır.

Farklı yaş grubundaki bireyler arasında Tedavi ve Hizmette Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma Anlama Değerlendirme Kullanma/Uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. 25 yaş ve altı olanların puan ortalaması en yüksek iken yaş arttıkça ortalama azalmaktadır.

Yaşlılığın neden olduğu bilişsel sürece bağlı gerilemeler, ilgi düzeyinin azalması, başka kişilere olan bağımlılığın artması, ilgi alanlarının farklılaşması, çevresel uyaranlara etkileşimin azalması, işitme ve algılama problemleri ve anlamının azalması, dikkat eksikliği ile yaşın getirdiği doğal sürece bağlı morbiditelerin artışı, ileri yaş grubundaki katılımcıların, bilgi puanlarının düşük olması üzerindeki nedenler olarak öne sürülmektedir. Ayrıca yaşlıların sağlık hizmeti almak için başka bireylere ihtiyaç duymasının sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkilediği düşünülmektedir (90).

2025 yılında Türkiye nüfusunun %10'unun 65 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (91).

Araştırmada geriatrik popülasyona dair elde edilen sonuçlar ve diğer araştırmalardaki benzer yaş grubuna ait sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde; ileri yaşın da, kadın cinsiyet gibi, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi çabalarında öncelikli hedef grup olarak ele alınması gerekliliğini gösterir niteliktedir. İleri yaşın, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması ve ABD erişkin okuryazarlık çalışmasının da aralarında bulunduğu bir çok çalışmada sağlık okuryazarlığı için bir risk faktörü olduğuna dair ortak kanıya varılmıştır (21,78,82,84). Yapılan başka çalışmalarda da benzer şekilde yaş arttıkça yetersiz sınırlı SOY sıklığı artmaktadır (85,88). Yaşlılar doğal olarak hastalık yükünün ve sağlık hizmetleri kullanımının önemli bir kısmını üstlenmektedir. Duysal ve bilişsel gerilemenin ileri yaş grubunda yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığının nedeni olduğu bilinmektedir (89). Elde edilen bu sonuçlar yaşlıların neredeyse tamamının sağlık okuryazarlığının yetersiz ya da sınırlı olduğunu göstermektedir. Türkiye’de

demografik dönüşüm süreci izlendiğinde dünya popülasyonunda olduğu gibi yurdumuzda da yaşlı nüfusun giderek artacağı ön görüşünden hareketle orta ve uzun vadede konunun daha önemli hale geleceği düşünülebilir.

Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sorunlu olanların sıklığı “en yüksek ilkökul mezunu ve sadece okuryazar olanlar” grubunda %82,1, “ortaokulda” %69,6 ‘lise ve dengi okullar grubunda’ %63,6, ‘Meslek yüksek okulu mezunlarında’ %53,3” ‘Lisans mezunlarında’ %49,5 ‘yüksek lisans ve doktora grubunda’ ise %43,5’tur. Araştırma da SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın eğitim durumu açısından incelenmesinde eğitim durumu farklı olan gruplar arasında okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Sonuçlar incelendiğinde Yüksek lisans/doktora mezunu olanların SERVQUAL puan ortalaması en yüksek iken eğitim düzeyi azaldıkça ortalama da azalmaktadır.

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Heveslilik bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. İlkokul düzeyinde eğitimi olanların puan ortalaması en yüksek iken üniversite/yüksekokul mezunu olanların ortalaması en küçüktür.

Çalışmada SERVQUAL skor ile okuryazarlığın eğitim durumu bakımından incelenmesinde, eğitim durumu farklı olan gruplar arasında hizmet aldıkları aile sağlığı merkezinin fiziksel özellikleri (Aile Sağlığı Merkezinin teknolojiye uygun çağdaş donanıma sahip olması ve fiziksel görünümün çekici olması, personelin temiz ve düzgün görünüşlü olması) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. İlkokul seviyesinde eğitilmiş bireylerin SERVQUAL puan skalası en yüksek iken üniversite/yüksekokul mezunu olanların ortalaması en küçüktür. Çalışma grubuna benzer profile sahip örnekleme ile yapılan hizmet kalite araştırmalarından birinde, çalışma sonuçları beklenti ve algıların en düşük olduğu boyutun fiziksel özellikler skoru olduğunu göstermiştir (92). Sosyal çevresi ve gelir düzeyi düşük bireylerin fiziksel özellikler kalite skorunu olumsuz değerlendirme eğilimi olduğu ileri sürülmektedir (90). Bu sonuç buradaki bulgularla örtüşmemektedir. Dünya genelinde yapılan farklı çalışmalar eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirleyicisi olduğu sonucunda birleşmektedir (21,78,83,93).

Literatüre bakıldığında sağlık okuryazarlığını etkileyen bir diğer faktörün ailenin gelir durumu olduğu görülmektedir. Yapılan bir araştırmada, ekonomik durum iyileştikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığı görülmektedir (94). İtalya’da yapılan bir araştırmada da benzer sonuçlara rastlanılmıştır (95). Bir başka araştırmada aile geliri azaldıkça sağlık okuryazarlığının azaldığı tespit edilmiştir (75). Ülkemizde yapılan başka iki araştırmada da benzer sonuçlara rastlanılmıştır (85,94). Araştırmaya göre, gelir giderden az olanlarda yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların oranı %28,3; gelir gidere denk olanlarda %32,7; gelir giderden fazla olanlarda %41,4’tür. SERVQUAL skor ile Sağlık okuryazarlığı ilişkisinin incelenmesinde, geliri giderinden fazla olanların SERVQUAL puan skalası en yüksek iken gelir azaldıkça ortalama da azalmaktadır. Araştırmaya göre gelir düzeyi farklı olan gruplar arasında gelir düzeyi yüksek olanların; tedavi ve hizmette ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesinde sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme, bilgiyi kullanma ve uygulama açısından daha avantajlı oldukları görülmektedir. Araştırma ve tartışmada yer verilen diğer çalışmalara göre eğitim seviyesi ile aile gelir durumunun sağlık okuryazarlığı düzeyinde farklılıklara yol açan sosyoekonomik değişkenlerden olduğu görülmektedir. Sayılan sosyoekonomik değişkenler aynı zaman da sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımı için de sağlık eşitsizliklerinin kaynağı olan değişkenlerdir. Bu sonuç sosyoekonomik değişkenlerle sağlık değişkenleri arasındaki ilişkinin tesisinde sağlık okuryazarlığının aracı rolü oynadığını düşündürülebilir.

“Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz” sorusuna araştırmaya katılanların %7,04’ü mükemmel, %24,96 oldukça iyi, %35,3’ü iyi, %27,2’si fena değil, %5,44’ü kötü olarak yanıt vermiştir. Araştırmada genel olarak sağlığını mükemmel, oldukça iyi ve iyi olarak değerlendirenlerin oranı %67,3 olarak bulunmuştur. TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2019 verilerine göre ülke genelinde algılanan sağlıkları çok iyi ya da iyi olanların sıklığı %60,9 bulunmuştur (96). Bu araştırma ile TÜİK Sağlık Araştırmasının algılanan sağlıkla ilgili sonuçlarının birbirine yakın oldukları görülmektedir. Bu karşılaştırma bu araştırmanın katılımcılarının sağlık düzeyleri bakımından Türkiye toplumunun genelinin sağlık düzeyini yansıttığını söylemek için bir kanıt olarak değerlendirilebilir.

Araştırmada SERVQUAL skor ile okuryazarlığın karşılaştırmasında, sağlık durumu farklı olan gruplar arasında Okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve bulgular incelendiğinde sağlık durumunu mükemmel bulanların SERVQUAL puan skalası en yüksek iken sağlık durumu kötüye gittikçe ortalamanın azaldığı görülmektedir.

Sonuçlara göre, sağlık durumu farklı olan gruplar arasında Fiziksel Özellikler, Güvenirlilik, Heveslilik, Güven ve SERVQUAL skor açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sağlık durumunu kötü bulanların SERVQUAL puan skalası en yüksek iken mükemmel bulanların ortalaması en düşüktür. Genel olarak sağlığını kötü olarak değerlendiren katılımcıların yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı oranı %75,6, fena değil olarak değerlendirenlerin %74,1, iyi olarak değerlendirenlerin %70,7 mükemmel olarak değerlendirenlerin ise %56,6 dır. Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde; sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük olan bireylerin hizmet kalitesi algısı yüksek iken sağlık okuryazarlığı düzeyleri yükseldikçe bireylerin hizmet kalite algısı düşmektedir diyebiliriz.

Araştırmada SERVQUAL Skor İle Okuryazarlık, sürekli ilaç kullanımını gerektiren/kronik hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında değerlendirildiğinde: Okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Hastalığı olmayanların SERVQUAL puan ortalaması anlamlı şekilde daha büyüktür. Sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalığı olanların yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı oranı: %77,7'dir.

Kronik hastalıklara bağlı ölüm oranları toplu olarak değerlendirildiğinde diğer bütün nedenlerden daha fazladır (97). Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişilerle yapılan kesitsel çalışmalarda, bu bireylerin sağlık bilgisi ve sağlık düzeylerinin de ortalamanın altında olduğu, koruyucu/önleyici sağlık hizmeti kullanım oranlarının düşük olduğu ve buna bağlı olarak da kronik hastalık yönetimlerinin kötü olduğu bu durumun mortaliteyi arttıran bir faktör olabileceği öne sürülmektedir (98).

Sonuçlar sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kronik hastalık varlığı arasındaki negatif ilişkiyi ortaya koymaktadır.

Bu araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler, cinsiyet, yaş, gelir durumu, kitap okuma düzeyleri, eğitim düzeyi, medeni durum ve kronik hastalık varlığı olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, erkek cinsiyet, artan yaş, azalmış eğitim durumu, hane halkı geliri ve sosyal statünün düşük sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler olduğu gösterilmiştir (85).

Araştırmada katılımcılar sağlıkla ilgili konularda %62,5 oranında her zaman sağlık çalışanlarından, %29,6 oranında bazen radyo ve televizyondan, %28,4 oranında her zaman internetten, %34,3 oranında bazen kitaplar ve broşürlerden, %31,2 oranında bazen aile  yeleri ve arkadaşlarından faydalandıklarını söylemişlerdir. Tayvan'da yapılan bir çalışmada ise düşük sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler artan yaş, ilaç alımı için harcanabilecek para miktarındaki azalma, sosyal statünün düşük olması, televizyonda sağlık ile ilişkili programların daha az izlenmesi olarak bildirilmiştir (89). Sırbistan'da yapılan çalışmada ise, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler yaş, eğitim düzeyi ve kronik hastalık varlığı olarak tespit edilmiştir (80).

Bu araştırmada eğitim düzeyinden farklı bir değişken olarak kişilerin kitap okuma düzeyleri de sağlık okuryazarlığı ile karşılaştırılmış ve bulgulara göre hiç kitap okumayanlarda yeterli sağlık okuryazarlığı olanların oranı %19,2; ara sıra okuyanlarda %26,5 ve sıklıkla okuyanlarda %26,8 olarak tespit edilmiştir. TC. Sağlık Bakanlığının sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörleriyle ilgili araştırmasında, çalışmaya katılanların %19,9'u hemen her gün internet ve gazeteleri dahil okumaktayken, %32,1'i ara sıra gazete okuduklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılanların %34,1'i yılda en az bir kitap okuduğunu söylerken, %65'i hiç kitap okumadığını söylemiştir (96). Bu çalışmanın sonuçlarına göre, kitap okuma sıklığı farklı olan gruplar arasında servquel  l eğine göre, fiziksel özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Ara sıra kitap okuyanların ölçekte yüksek puan alarak aile sağlığı merkezinin fiziksel özelliklerini oldukça yeterli buldukları, sıklıkla kitap okuyanların ise yeterli bulmadıkları göze çarpmaktadır. Kitap okuma sıklığı farklı olan gruplar arasında, sıklıkla kitap okuyanların, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesinde sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve bilgiyi kullanmada da ara sıra ve hiç kitap okumayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha avantajlı oldukları görülmektedir.

Çalışmadaki katılımcıların %53,5'i SERVQUAL skoru sıfır ve üzeridir. Bu sonuç, katılımcıların aile sağlığı merkezinden almış oldukları hizmet kalitesinin beklentilerini karşıladığı veya aştığı, almış oldukları hizmetten memnun kaldıklarını göstermektedir.

Araştırma sonuçlarına göre; okuryazarlık düzeyi ile SERVQUAL skor düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Yetersiz-sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlığı olan bireylerin %50,5'inin almış oldukları hizmet kalitesi beklentilerini karşılamamaktadır. Yeterli sağlık okuryazarlığı olanların %63'ünün ve mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların %57,1'inin SERVQUAL Skoru sıfır veya üzeridir (Katılımcıların almış oldukları hizmet kalitesi beklentilerini karşılamakta ve hatta üzerindedir).

Katılımcılardan herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle ASM'ye ayda bir kez başvuranların oranı % 46,7 iken ayda bir kez hastaneye başvuranların oranı %58,5'tur. Avrupa' da sağlık okuryazarlığı yüksek olan Hollanda'da 2000 kişinin katıldığı bir çalışmada bireylerin büyük kısmının (%59,6'sının) gidebilecekleri en iyi sağlık hizmet sunucusu ile ilgili araştırma yapmadıkları bulunmuştur. Katılımcılar hastane ve doktor tercihlerini yaparken büyük oranda birinci basamak hekimlerinin önerilerini dikkate almaktadırlar. Türkiye'de sevk zinciri oluşturulmadığından, bireylerin birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına gitmeden, hizmet alabilecekleri 2. 3. basamak sağlık kuruluşlarını ve hekimleri özgürce seçebilme hakları vardır. Bu seçimlerin yerinde ve doğru olmasını etkileyen en önemli faktörlerden biri sağlık okuryazarlığı düzeyleri olabilir. Katılımcılardan yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, yeterli mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip bireylere göre daha az sıklıkta hangi hastaneye yada uzman hekime gideceklerini bilmektedirler (21). Hizmet kullanıcılarının bilgi eksikliği, sevk zinciri ve diğer faktörlerdeki belirsizlikler, sağlık hizmetine ait arzın talep yaratması gibi durumların, bireylerin bilgilendirilmiş ve doğru seçim yapma kararlarını da etkilemekte olduğu görülmektedir. SOY düzeyleri yüksek olan Hollanda'da yapılmış bu çalışma, SOY düşük olan ülkemizde yapmış olduğumuz sınırlı çalışmamızla benzer sonuçlara işaret etmektedir. Saptanan bu sonuç doğru sağlık hizmetini doğru sağlık kuruluşundan alma hedefine ne kadar uzak olunduğunun bir göstergesidir diyebiliriz.

Araştırmada herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle ASM'ye ayda ortalama bir kere başvuru yapanların yetersiz-sınırlı sağlık okur yazarlığı seviyesi %50,5 iken üç kez ve üzeri başvuranların yetersiz-sınırlı sağlık okur yazarlığı seviyesi %86,5'tir. SOY düzeyleri ile ASM başvuru sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Başvuru sayısı üç ve üzeri olanların SOY düzeyleri bir kez başvuranlardan anlamlı şekilde daha düşüktür. Araştırmaya göre, yetersiz SOY düzeyleri, doğru hizmeti doğru kurumdan alma anlamını taşıyan; sağlık hizmetlerinin yerinde ve etkin kullanımının karşısında bir engel olduğu gibi, mükerrer ASM ve Hastane başvurularıyla da sağlığa ayrılmış kaynakların israf olmasına neden oluyor gözükmektedir.

Başvuru sayısı farklı gruplardan ASM'ye ayda üç kez ve üzeri başvuranların sağlık okuryazarlığı seviyeleri düşük olmakla birlikte, hizmet aldıkları kurumun fiziksel özellikleri bakımından kalite algısı beklentilerini karşılamakta yada beklentilerinin üzerindedir. Benzer şekilde ASM'ye veya hastanelere ayda bir veya daha az başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Araştırmanın hâlihazırda aile sağlığı merkezine başvuran kişiler üzerinde yapılmış olmasına rağmen, bireylerin 2 ve 3. basamağa başvuru sayılarının daha yüksek olması, aile hekimliği uygulaması öncesi alışkanlıklarının devam ettiğini gösteriyor olabilir. Bununla birlikte, sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel olan bireylerin bile sağlık şikayetlerinde aile hekimini yeterince tercih etmemesi, aile hekimliği uygulamasının toplum tarafından yeterince anlaşılamaması ve henüz kabul görememesi şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmada okuryazarlık ile SERVQUAL arasındaki ilişkinin incelenmesinin detaylı analizlerinde:

Katılımcıların, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesinde, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulamasında ile güvenilirlik, heveslilik, güven, empati ve SERVQUAL arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada empati boyutundaki kalite skorunun eğitim seviyesi düşük gruplarda yüksek olduğunu ileri sürülmüştür (99). Bu araştırmayı destekler nitelikte bir başka çalışma, empati algısı kalite skorunun eğitim seviyesi düşük gruplarda yüksek olduğunu göstermiştir (91). Sağlık hizmeti kalitesinin hasta bağlılığı üzerindeki etkisinde sağlık okuryazarlığının aracı rolünü

araştıran bir çalışma, hastanenin sağlık hizmet kalitesini en iyi temsil eden boyutun empati olduğunu göstermiştir (84). Çalışmanın sonuçlarına göre: Sağlıkta hizmeti kalitesi ile okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı ile hasta bağlılığı arasında olumlu yönde bir etkileşim olduğu ve sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti kalitesi ve hasta bağlılığı arasında pozitif aracı bir rol oynadığı tespit edilmiştir (84). Bu çalışma, sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça, empati boyutu kalite algısının arttığını göstermektedir.

Araştırmaya göre; sağlık okuryazarlığı ile güvenilirlik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, heveslilik arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, güven arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, SERVQUAL arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Araştırmadaki bulgular; aile sağlığı merkezinin hizmetlerini vaad edilen zamanda yerine getirmesi, aile sağlığı merkezi personelinin hastaların bir problemi olduğunda güven veren, cana yakın ve ilgili olması, aile sağlığı merkezinin kayıtların eksiksiz ve doğru tutulması konusunda hassas olması ile ilgili güvenilirlik skorunun, sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel düzeyde olan katılımcıların hizmete ilişkin beklentilerini karşıladığına işaret etmektedir. Literatürde Güvenirlik kalite algısının en düşük kalite algısı olduğunu gösteren bir çalışma mevcuttur (100). Araştırmanın örneklem profiline çok yakın bir başka çalışmada ise güvenilirlik kalite algısı en yüksek beklenti ve algının gerçekleştiği boyut olarak belirtilmektedir (92). Araştırmada güvenilirlik kalite algısı ile yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bu çalışma, hizmet kalite algılarının birçok faktörden etkilendiğini göstermekle birlikte yapılan yeni çalışmalar ve genelleme yapılabilecek örneklem büyüklükleriyle bu bulgular desteklenebilir.

Bu çalışma, hizmetin ne zaman ve nasıl tam olarak gerçekleşeceğini hastalara bildirilmesi, doğru hizmetin, zamanında ve mümkün olan en kısa sürede sunulması, personelin hastalara yardım etmeye her zaman istekli, gönüllü ve hazır olmasıyla ilgili heveslilik skorunun katılımcılardan sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel düzeyde olanlarının beklentilerini karşıladığına işaret etmektedir. Bir

başka çalışma düşük gelirli hastaların heveslilik boyutuna önem vermekte olduğunu bildirmektedir (99).

Bu araştırma, aile sağlığı merkezlerinde hastaların personelle ilişkilerinde kendilerini her zaman güvende hissetmesi, aile sağlığı personelinin konularında çok bilgili olması, aile sağlığı merkezi çalışanlarının hastalara karşı her zaman kibar ve saygılı olmasıyla ilgili güven skorunun, sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel düzeyde olan katılımcıların hizmete ilişkin beklentilerini karşıladığına işaret etmektedir. Yine yurdumuzda yapılan bir dizi araştırmanın bulguları, hizmet kalite algılarının güven boyutunda, hasta beklentilerinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (90,99,100). Bir diğer çalışma, yüksek kalite algısının olduğu boyutlar arasında, güven boyutunu da saymaktadır (101). Hastaların güven algıları, eğitim seviyesi yükseldikçe artmaktadır. Güven boyutu eğitim durumuyla anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (102).

Yapılan çalışmalarda SERVQUAL ölçeği ile değerlendirilen hizmet kalite algısı boyutları; fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven, empati ve SERVQUAL skor, bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak, sağlık okuryazarlığı ve sosyodemografik verilere göre karşılaştırmalı analiz edilmiştir. 300 kadın katılımcının yer aldığı bir başka çalışmada sağlanan hizmetin kalitesini değerlendirmek üzere kullanılan SERVQUAL ölçeğine göre katılımcı bireylerin beklentileri ile algıları arasında genel olarak bir hizmet kalitesi farkı olduğu saptanmıştır. Okuryazarlık ve yaş faktörlerinin, genel hizmet kalitesinde fark oluşmasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hizmetlerde düşük kalite saptanmış ve beş boyutun tamamında iyileştirmeler yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır (90). Benzer çalışmalar artırıldığında bulgularımız daha detaylı tartışılabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu araştırma, Mamak ilçesindeki Dr. Ahmet Macit Aile Sağlığı Merkezi'ne hizmet almak üzere başvuran 18-65 yaş arası kişilerin, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin bekledikleri ve algıladıkları hizmet kalitesi üzerine etkilerini incelemek üzere yapılmıştır. Araştırmada katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler ayrı ayrı değerlendirmeye alınmış, hizmet kalite ölçümünde SERVQUAL skoru ile karşılaştırmalı etkileşimleri sorgulanmıştır.

Araştırma sonuçlarını değerlendirmeden önce örneklem profilini genel olarak tanımak gereklidir. Örneklemi oluşturan kitle Ankara'da bir aile sağlığı merkezinin kayıtlı hastalarıdır. Bunların ağırlıklı olarak yaş ortalaması $40,33 \pm 13,18$ olup katılımcıların %14,5'ini 56 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların %57,8'i kadın ve bunların %39,9'u ev hanımıdır. İlkokul düzeyinde eğitim sahibi olanlar çoğunlukta olup katılımcı profilinin %34,9'unu oluşturmaktadırlar. %61,5'i Sosyal güvenceye sahiptir. Katılımcıların %76,9'unun bugüne kadar en uzun süre yaşadıkları yer metropoldür. Evinde toplam 4 veya üzeri kişi yaşayanların oranı %33,6 ve gelir düzeylerine bakıldığında, geliri giderine denk olanların oranı %46,3'tür. Katılımcıların %60,2 si ara sıra kitap okuduklarını ve %55,2'si okuma yazma aktivitelerinde hiç kimseden yardım almadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %88,2'si sağlıkla ilgili en güvenilir birinci bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarını tercih etmektedirler. Bunu ikinci sırada radyo/televizyon ve üçüncü olarak da aile bireyleri takip etmektedir. Genel olarak sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin oranı %35,3; Kronik hastalığı olanların oranı ise %32,1'dir. Katılımcıların %46,7'si ayda birkez ASM' ye geldiklerini ve %58,5'i ise ayda birkez hastaneye gittiklerini ifade etmişlerdir.

Genel özellikleriyle sosyoekonomik profili verilen kitlenin genel yaşam refah düzeyinin, ortalamanın altında olduğu ve bu nedenle kalite beklentilerinin düşük olabileceği öngörülebilir. Aynı zamanda bu kitlenin sağlık hizmet kalitesi algılarının beklentilerinin üzerine çıkarılabileceği varsayılabilir.

Bulgularının incelenmesinden ortaya çıkan sonuçlar şunlardır:

Katılımcılardan kadın cinsiyetli olanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar, geliri giderinden az olanlar, evli olanlar, ileri yaş, kitap okuma sıklığının azalması, sağlıkla ilgili en güvenilir bilgi kaynağı olarak radyo-televizyonu tercih edenlerin yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bu faktörler sağlık okuryazarlığı için dezavantaj olarak değerlendirilebilir. Sosyodemografik, sosyoekonomik ve sosyokültürel faktörlere yönelik yapılan düzenlemeler ve tedbirlerle sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi için çalışılabilir. Örneğin : Kadın cinsiyet için pozitif ayrımcılık, kadınların iş hayatında daha çok yer alması, aile bütçesine katkıda bulunması, alınan ekonomik tedbirlerle gelir durumunun toplumun tabanına doğru dağılması, eğitim konusunda alınan tedbirler, kitap okuma alışkanlıklarının çocuk yaştan itibaren özendirilmesi ve artırılması, sağlıkla ilgili yayınlar ve sağlık bilinci oluşturma konusunda önlemler alınabilir.

Araştırma sonuçlarına göre, sağlık okuryazarlığı ile ilgili ifadelerden “çok kolay” yanıtının en fazla verildikleri parametre gerekli olduğu zaman ambulans çağırmak %25,6, Sağlıkçıların önerdikleri biçimde ilaçlarını kullanmak %18,7, ilaç kullanım talimatlarını anlamak %18,2, sağlık kurumları için randevu almak %17,7 Hastane içinde ulaşmak istedikleri birimin yerini bulmak %16,6, Tahlil öncesi hazırlıklara uymak %15,9, Nasıl randevu alacağı bilgisine ulaşmak %15,8 ‘tır.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili ifadelerden “çok zor” yanıtının en fazla verdikleri cevap Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak %22,2, Yaşam tarzını değiştirmek %22, yaşadığı alanın daha sağlıklı olabilmesi için gerekli düzenlemeleri yapmak %18,6, diyet listesini uygulamak %18,5, aile üyeleri ve arkadaşlarına sağlıkla ilgili önerilerde bulunmak %17, medya ve sosyal medyadaki sağlıkla ilgili bilgilerin doğruluğuna karar vermek %16,6, gıdalar üzerindeki bilgileri anlamak %16,5 tir.

Araştırmada 25 yaş ve altı bireylerin yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyleri en yüksektir. Yaş ilerledikçe yeterli- mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin azaldığı, yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeylerinin arttığı görülmektedir.

Elde edilen verilerden hareketle; eğitim durumu, gelir durumu, kitap okuma sıklığı faktörleriyle yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı doğru orantılıdır, yaş faktörüyle ters orantılıdır sonucuna varabiliriz.

Bu araştırmada katılımcıların %53.5'inin, hizmet kalite algılarının genel anlamda beklentilerini karşıladığını ve hatta üzerine çıktığını söyleyebiliriz.

Sonuçlara göre: Aile sağlığı merkezinin fiziksel özelliklerinin, sağlık okuryazarlığı yetersiz-sorunlu kişilerin beklentilerini karşıladığını ve almış oldukları hizmetten memnun kaldıklarını; buna karşın, yeterli- mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeylerine ulaştıkça fiziksel özellik beklentilerinin karşılanamadığını ve memnuniyetin azaldığını söyleyebiliriz.

Araştırmada, Okuryazarlık düzeyi ile SERVQUAL Skor düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı olanların %50,5'inin hizmet kalite algısı düşük iken, yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların %60,1'inin hizmet kalite algısı beklentilerini karşılamakta veya beklentilerinin üzerindedir.

Araştırmaya göre, katılımcıların sağlık okuryazarlığı oranları yükseldikçe, aylık ASM veya hastane ziyaretleri azalmaktadır. Buna karşın; ASM ve hastane ziyaret sayıları yüksek olan sağlık okuryazarlığı düşük bireylere göre, tedavi, hizmet ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesinde, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulama kapasiteleri istatistiksel bakımdan anlamlı oranlarda yüksek bulunmuştur.

Bu araştırma; aile gelir düzeyi; gelir-gidire denk veya yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğuna ve hizmetin doğru, zamanında ve mümkün olan en kısa sürede sunulması, personelin hastalara yardım etmeye her zaman hazır, istekli ve gönüllü olmasıyla ilgili heveslilik kalite skorunun da yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu sonuç, düşük gelir düzeyi olan bireylerin

yetersiz-sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, kişilerin sağlık kurumları ve sağlık personeliyle ilgili olumsuz yargılarının sebebi olabileceğini dűřündürmektedir.

Araştırma sonuçları, aile sağlığı merkezlerinde hastaların personelle ilişkilerinde kendilerini her zaman gűvende hissetmesi, aile sağlığı personelinin konularında çok bilgili olması, aile sağlığı merkezi çalışanları hastalara karşı her zaman saygılı ve nazik olmasıyla ilgili gűven skorunun, sağlık okuryazarlığı yeterli ve műkemmел düzeyde olan katılımcıların hizmete ilişkin beklentilerini karşıladığına işaret etmektedir.

Sonuçlara gűre; SERVQUAL skor ile okuryazarlığın sűrekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalığı olma durumu farklı olan gruplar arasında değerlendirilmesinde, okuryazarlık açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hastalığı olmayanların SERVQUAL puan skalası anlamlı şekilde daha yűksektir. Sűrekli ilaç kullanmasını gerektiren bir hastalığı olanların yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı oranı: %77,7'dir. Sonuçlar sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kronik hastalık varlığı arasındaki negatif ilişkiyi destekler niteliktedir. Ek olarak araştırmaya katılanların %32,1'i kronik hastalığı olduğunu beyan etmiştir. Bu sonuç çalışmaya katılan yaklaşık her ű kişiden birinin kronik hastalığı olduğunu gűstermesi bakımından kronik hastalıkların toplumdaki yaygınlığına işaret eder gűrűnmektedir.

SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığın kitap okuma sıklığı açısından incelenmesinde, kitap okuma sıklığı farklı olan gruplar arasında tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesinde; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, bilgiyi değerlendirme, kullanma/uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sıklıkla kitap okuyanların SERVQUAL puan skalası en yűksek iken okuma sıklığı azaldıkça puan da azalmaktadır. Bu sonuçlar ; kitap okuma sıklığının azalmasının, sağlık okuryazarlığı ve hizmet kalite algısı űzerinde olumsuz etki ettiğini gűsterir gűrűnmektedir.

Katılımcılardan genel olarak sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin oranı %35,3'tür. Sağlık okuryazarlığı yeterli-mükemmel bireylerin "Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?", sorusuna verdikleri yanıt da olumludur. Araştırmada SERVQUAL Skor ile Okuryazarlığı, Sağlık durumu açısından incelediğimizde, sağlık durumu farklı gruplar arasında, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesinde; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, bilgiyi değerlendirme, kullanma/uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sağlık durumunu mükemmel bulanların puan ortalaması en yüksek iken sağlık durumu algısı kötüye gittikçe puan ortalaması azalmaktadır. Sonuç olarak araştırmada sağlık durumu algısı, hizmet kalite algısı ve sağlık okuryazarlığı arasında aynı yönde bir ilişki bulunmuştur.

Her araştırmada olduğu gibi bu araştırmanın da aşağıda belirtildiği gibi bazı sınırları mevcuttur. Araştırmanın en önemli kısıtları zaman ve tek bir Aile Sağlığı Merkezinde uygulanmış olmasıdır. Ülkemizdeki tüm Aile Sağlığı Merkezlerindeki katılımcılara ulaşmak zaman ve maliyet kısıtları açısından zordur. Bu nedenle araştırma örnekleme ile sınırlanmıştır. Anketin dağıtımına gösterilen çabaya ve ayrılan zamana rağmen örnek büyüklüğünü oluşturan hastalardan elde edilen anket sayısının ana kitleyi temsil etme olanağı yoktur. Katılımcılardan alınan yanıtların doğruluğu ölçülenemez çünkü katılımcıların tümüyle hizmet aldıkları Aile Sağlığı Merkezi içinde görüşüldüğünden, anketleri kendileri isim belirtmeden doldurup anket kutusuna atmış olsalar dahi Aile Sağlığı Merkezi personeli ya da yanlarındaki aile fertlerinden etkilenme olasılığı olmuş olabilir. Ayrıca bazı hastalar sağlık personelinin gerekli hizmeti alamama korkusundan dolayı araştırmaya katılmayı kabul etmemiş olabilirler. Araştırmanın sağlıkla ilgili olduğu göz önünde bulundurursak, cevapların da hastaların tedavi gidişinden etkilenme olasılığı vardır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık sektöründe beklenen ve algılanan hizmet kalitesini değerlendirmekte kullanılan; fiziksel özellikler, güvenirlik, heveslilik, güven, empati ve SERVQUAL skor olarak adlandırılan hizmet kalite faktörlerinin, sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığını etkileyen yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, kitap okuma sıklığı, genel sağlık durumu algısı, sürekli ilaç kullanmasını gerektiren hastalık varlığı olarak betimlenen sosyodemografik ve sosyokültürel faktörlerden etkilendiğini söyleyebiliriz.

6.2. ÖNERİLER

Sürekli gelişen dünyada hizmetin hedefi insandır. Odak noktası insan olunca hizmet sektöründe en önemli yeri sağlık hizmeti veren kurumlar almaktadır.

Son yıllarda hizmet kalitesiyle ilgili çalışmalar giderek artmaktadır. Hastaların kaliteli sağlık hizmeti almalarını önleyen sebepler arasında, sağlık hizmetlerinin aşırı ve gereksiz olarak yanlış kullanılması gösterilebilir. Bu durumun uzun bekleme süreleriyle, gereksiz tetkik istemleriyle, sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişilerin önlenebilir hastalıklarının atlanmasıyla ve bazen de aşırı teşhis/tedaviyle ilgisi olduğu düşünülebilir. Sonuçta bu sebeplerin sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların israf edilmesinde, sağlık göstergelerinde beklenen gelişmelerin sağlanamamasında, sağlık çalışanlarının motivasyonların azalmasında rolü olduğunu söyleyebiliriz.

Aile hekimlerinin toplumda, uygun sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve sağlık bilincinin oluşmasına katkı sunmak amacıyla; çalışmalara katılması, bireylerin gerekli hizmetlere erişimi ve hizmetin her aşamasında bilgi almalarını sağlayabilecek düzeyde yetkinliğe sahip olması önemlidir. Bu surette sağlık hizmetlerinin etkin kullanılması için kapsamlı ve tekrarlayan görüşmelerle bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirleyerek, eğitim düzeyine uygun etkili müdahalelerle bireysel ve sosyal sağlığın geliştirilmesine katkı sunabilmesi mümkün olabilir.

Sağlıklı bireylerin ve sağlık hizmeti kullanıcılarının, koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda, kendilerine ait ve toplumu etkileyen düzeyde gereken sorumluluğu ve bilinci oluşturacak şekilde sağlık davranışını benimsemeleri ve bu tür hizmetlerde, hasta olmadan sağlıklı kalmaya yönelik davranışların, bireyler arasında yaygınlaşması ve alışkanlık haline gelmesi son derece önemli görünmektedir. Burdan hareketle sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasında, finansal sürdürülebilirliğe katkı sunma aşamasında ve kişilerin sağlıklı kalmasında önemle üzerinde durulması gereken konunun; sağlık okuryazarlığının artırılması olduğunu düşünmekteyiz.

Öneri olarak, araştırmada ve benzer sonuçlar alınan diğer araştırmalarda, sağlık okuryazarlığı bakımından dezavantajlı bulunan; kadın, yaşlı, eğitim seviyesi ve gelir durumu düşük, kronik hastalık sahibi bireylerin yer aldığı hedef gruplara yönelik sağlık eğitimi programlarına dair çalışmalar planlanabilir. Bu şekilde sağlık

okuryazarlığı düzeylerinin artırılması yoluyla insanların doğru sağlık hizmetini doğru kurumdan ve doğru zamanda alması sağlanabilir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesinde hastalar, sağlık profesyonelleri ve ilgili kurumlar birlikte çalışarak bu sorunu çözebilir. Bunun için öncelikle sağlık kurumları yöneticilerinin, sağlıkla ilgili kaynakları finanse eden kurumların ve kişilerin; yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığını vahim sonuçları olan bir sorun olarak görmeleri ve önemini anlamaları gerekir.

Sağlığa ayrılan kaynakların etkin ve verimli kullanımında, sağlık hizmetlerinin kaliteli sunulmasında dikkatlerin “sağlık okuryazarlığı” üzerinde toplanması için, toplumsal bir ortak görüş olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008; 67(12):2072.
2. Simonds SK. Health education as social policy. *Health education monograph*, 1974; 2: 1-25.
3. Kanj M, Mitic W. Promoting health and development: closing the implementation gap. 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, Kenya: 26-30 October, 2009.
4. Vernon, J.A., Trujillo, A., Rosenbaum, S., DeBuono, B. (2007). Report on the low health literacy: Implications for national health policy. Washington DC.: The George Washington University. Retrieved from [www. hsrl.himmelfarb.gwu.edu](http://www.hsrl.himmelfarb.gwu.edu). April 10, 2014.
5. Wisniewski M. Using SERVQUAL to assess customer satisfaction with public sector services. *Managing Service Quality* 2001; cilt(sayı): 380- 388.
6. Kotler P, Armstrong G. *Principles of marketing*. Harlow: Pearson. 2018.
7. Kenyon G, N Sen, K C. The perception of quality - Mapping product and service quality to consumer perceptions. London: Springer-Verlag, 2015.
8. Cronin J. J., Taylor S A. Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of marketing*, 1992;55-68.
9. Caruana A., Money, A. H., & Berthon, P. R. Service Quality and Satisfaction - The Moderating Role of Value. *Journal of Marketing*, 2000; 1338-1353.
10. Lewis R. C., Booms B. H. The marketing aspects of service quality. *Emerging perspectives on services marketing*, 1983; 99-107.
11. Lewis B. R., Mitchell V. W. Defining and measuring the quality of customer service. *marketing intelligence & planning*, 1990;11-17.
12. Akdur R. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, 1999 [Available from: <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp>].
13. Sartorius N. The meanings of health and its promotion. *Croat med J.*, 2006;47(4):662- 4.
14. Murat A. Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık. *Değerler Eğitimi*, 2009;7(17):9-26.
15. Firdevs G. Okur-yazarlık kavramı ve düzeyleri. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1994;27(2):499-507.
16. Yıldız M, Ateş S, Yıldırım K, Rasinski T. Okumaz yazmaz Türk Kadınların perspektifinden okuryazarlık ve okumaz yazmazlık: Fenomolojik bir çalışma. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011;8(1):740-59.
17. In: Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. *Health literacy: A prescription to and confusion*. Washington (DC): 2004.

18. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*, 2011;(199):1-941.
19. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2016;10(1).
20. UNESCO. The global literacy challenge, a profile of youth and adult literacy at the mid-point of the united nations literacy decade, 2008; 2003 – 2012.
21. HLS-EU Consortium. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, Online Publication: <http://www.health-literacy.EU>. Erişim Tarihi, 2012; 13/04/2019.
22. Cutilli CC, Bennett IM. Understanding the health literacy of America: Results of the national assessment of adult literacy, *Orthop Nurs.*, 2009;28(1):27
23. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray N, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Ankara :2014.
24. Bilir N. Sağlık Okuryazarlığı. *Turk J Public Heal*, 2014;12(1):61–8.
25. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Prev Med Bull*, 2014;13(4):327–34.
26. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım H, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, 2014; (44).
27. Deniz S. Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 2013;73-92.
28. Stewart DW, Cano MA, Correa-Fernández V, Spears CA, Li Y, Waters AJ, vd. Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. *BMC Public Health*, 14 Temmuz 2014;14:716.
29. Örnek M. Sağlık Okuryazarlığı. Sağlık ve sosyal politikalara bakış, 2014;7(19), 26-31.
30. 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.
31. Pleasant A. Advancing health literacy measurement: A pathway to better health and health system performance. *Journal of Health Communication*, 2014; 19, 1481- 1496.
32. Institute of medicine (IOM). Health Literacy: Improving health systems and health policy around the world: Workshop summary. Washington: The National Academies Press, 2013.
33. Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, Bairnsfather LE. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med* 1991;23(6), 433-5.

34. Mancuso MJ. Health Literacy: A concept/ dimensional analysis. Nursing and Health Sciences, 2008;10, 248-255.
35. Özdemir Y. Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. Kahramanmaraş İli Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara : 2018.
36. Consumer Health Informatics Research resource (CHIRr). Suggested Measures. <https://chirr.nlm.nih.gov/health-literacy.php>. 2016; Erişim Tarihi: 01.12.2020.
37. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss J.R. The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients literacy skills. J Gen Intern Med, 2003;10(10), 537-541.
38. Jordan JE, Osborne RH, Buchbinder R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, Narrow content and psychometric weaknesses. Journal of Clinical Epidemiology, 2011; 64(4), 366-379.
39. Akalın HE. "Türk Toplumunda Sağlık Okur-Yazarlığı Oranlarının Belirlenmesi" Araştırma Sinopsisi. http://www.actus.com.tr/files/t_sinopsis.pdf. 2009; Erişim Tarihi: 01.12.2020.
40. Kwan B, Frankish J, Rootman I. The development and validation of measures of "Health Literacy" in different populations. UBC Institute of Health Promotion Research and U Vic Community Health Promotion Research. Canada:2006.
41. Baker DW. The meaning and measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine, 2006; 21(8), 878-883.
42. Weiss BD, Mays MZ, Castro KM, Dewalt DA, Pignone MP, Bockbee J, Hale FA. Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. Annals of Family Medicine, 2005;3(6), 514-522.
43. Sağlık Bakanlığı-Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Öğretmen El Kitabı. Ankara: THSK Yayınları.2016.
44. Tözün M, Sözmen M K. Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı, Smyrna Tıp Dergisi, 2014; sayı: 2, Ss. 48-54.
45. Ilgaz A, Gözümlü S, Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi. Elektronik Dergisi, 2016;9(2).
46. TÜİK. Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması.2014.
47. İlhan MN. Sağlıkta bilgi kirliliği kaynakları ve sağlık okuryazarlığı, SASAM Enstitüsü, Ankara:2016.
48. U.S. Department of health and human services (HHS). Healthy People Understanding and Improving Health. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.2010.

49. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016;15 (1): 69-74.
50. Keleher H, Virginia H. Health literacy in primary health care. Australian Journal of Primary Health, 2007;3 (2): 24-30.
51. Aile Hekimliği Kanunu. Kanun Numarası: 5258. Kabul Tarihi:24/11/2004. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih:09/12/2004, Sayı:25665. Tertip:5, Cilt:44.
52. Wonca Europe. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>. 2002; Erişim Tarihi: 25.11.2020.
53. Çakır R. Kırsal mahallelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi: Bursa İli Örneği. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Bursa:2017.
54. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individual with COPD, 2013;10(1):72-8.
55. Davis T, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy P. et al practical assessment of adult literacy in health care, Health Education and Behavior, 1998; 25(5): 613-24.
56. Davis TC, Arnold C, Berkel HJ, Nandy I, Jackson RH, Glass J. Knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women. Cancer, 1996;78(9):1912-20.
57. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. Jama,1995; 274(21):1677-82.
58. Şahin A, Şen S. "Hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerine etkisi." *Journal of International Social Research*, 2017;10:(52).
59. Altınel G. "Hizmet kalitesi, hizmet kalitesinin ölçümü ve bankacılık sektöründe bir uygulama." Gebze Yüksek Teknoloji Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gebze:2009.
60. Harvey J. "Service quality: a tutorial". *Journal of Operations Management*, 1998;16(5), 593 - 597.
61. Grönroos C. Service quality: The six criteria of good perceived service quality. Review of Business, 1988; 10-.
62. Zerenler M, A Öğüt. "Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: Konya Örneği." *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(18): 2007; 501-519.
63. Koçoğlu CM, Aksoy R. "Hizmet kalitesinin SERVPERF yöntemi ile ölçülmesi: otobüs işletmeleri üzerinde bir uygulama." *Akademik Bakış Dergisi*, 2012;29: 1- 25.

64. Kekeç D. "Hizmet kalitesi ölçümünde serviqual ölçeği ve otelcilik sektöründe bir uygulama." Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.2008.
65. Kuzu A. "Yaşlı bakım kurumlarında hizmet kalitesi kavramı ve kavramsal hizmet kalitesi modeli: SERVQUAL uygulaması." *Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya:2010.
66. Robledo M. "Mesasuring and managing service quality: Integrating customer expectations." *Managing Service Quality* 2001;11(1), 22 - 31.
67. Ergin B, ve ark. "Üniversite spor merkezlerindeki hizmet kalitesi boyutlarının algı ve önem düzeylerinin incelenmesi." *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*, 2011;2(1): 41-49.
68. Öztürk İ. "Yatan hastalarda beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin SERVQUAL ölçeği ile değerlendirilmesi: Haydarpaşa Numune Hastanesi Uygulaması." *Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.2018.
69. Uyguç N. 'Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Yaklaşım', Dokuz Eylül Yayınları, İzmir:1998.
70. Lhor KN. Institute of medicine; Committee to design a strategy for quality review and assurance in medicare. In: Lohr KN(ed). Medicare: A staregy for quality assurance. Volume 1. Washington, DC: National Academy Pres doi: <https://doi.org/10.1722/1547>.1990.
71. Donabedian A. The quality of care. How Can It Be Assessed,1988; 260 (12), 1743- 1748.
72. Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Qualityand Safety in Health Care*.1992
73. Ertugut R. Toplam kalite yönetimi ve liderlik 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayın.2012.
74. Groeneveld RA, Meeden G. "Measuring skewness and kurtosis", *The Statistician*, 1984;33: 391-399.
75. Özkan S, Dikmen AU, Tuzun H, Karakaya K. Prevalence and determines of health literacy in Turkey. *European Journal of Public Health*. 2016;26(1)
76. Cengiz R. Aile hekimliği uygulaması ve hasta memnuniyeti (Edirne İl Merkezi Örneği). İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2014.
77. Mete B. Malatya il merkezinde aile hekimliği hizmetinden yararlanan yetişkinlerin memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Medicine Science*. 2015;4(4):2721-31.
78. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: Results from the national assessment of adult literacy. NCES National Center for Education Statistics. 2006; 483.
79. Toci E, Burazeri G, Kamberi H, Jerliu N, Sorensen K, Brand H. Socioeconomic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. *Public Health*. 2014;128(9):842-8.125

80. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, Kocev N. Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *Int J Public Health*. 2011;56(2):201-7.
81. Lee S-YD, Tsai T-I, Tsai Y-W, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC public health*. 2010;10(1):614.
82. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*. 1999;281(6):545-51.
83. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(8):9714-25.
84. Yaşar M, Baydaş A, Yalman F. Sağlık hizmeti kalitesinin hasta bağlılığı üzerindeki etkisinde sağlık okuryazarlığının aracı rolü. *Uluslararası Çağdaş İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2020;10(1),131- 150. <https://doi.org/10.5281/zenodo>.
85. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım H, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2014 (44).
86. Dinçer A. Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2017;26(1):20-6. 101.
87. Üçpunar E. Kardiyoloji polikliniğine başvuranların sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; Antalya 2013.
88. Yılmazel G. Çorum il merkezindeki ilköğretim öğretmenlerinde sağlık okuryazarlığı, hipertansiyon farkındalığı kontrolü arasındaki ilişki. 2014.
89. Duong VT, Lin IF, Sorensen K, Pelikan JM, Van Den Broucke S, Lin YC, et al. Health literacy in Taiwan: A population-based study. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(8):871-80.
90. Değer Ç. Kano modeli ile bütünleştirilmiş SERVQUAL analizinin kalite fonksiyon yayılımına uygulanarak hizmet kalitesi iyileştirilmesi ve bir sağlık kuruluşunda uygulanması.2012
91. Mohammad GT. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, SERVQUAL analiz ile değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde uygulama. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara:2007
92. Torun E. Dr. Sami Ulus Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde beklenen ve algılanan hizmet kalitesinin SERVQUAL Ölçeği ile değerlendirilmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü.2009.
93. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, Mc Phee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the health literacy question aire (HLQ). *BMC Public Health*. 2015;15(1):678.

94. Üçpunar E. Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarlama çalışması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara: 2014.
95. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian health literacy project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. Health Policy. 2016;120(9):1087-94.
96. TÜİK. Bireylerin genel sağlık durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101> 2020: Erişim Tarihi:12.05.2021.
97. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017- 2025). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2017.
98. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. Am J Public Health. 2002;92(8):1278-83.
99. Pekkaya M, İmamoğlu ÖP. hastane hizmet kalitesinde SERVQUAL boyutlarının önem derecelerinin belirlenmesi, Uluslararası Yönetim İktisat Ve İşletme Dergisi, Özel Sayısı, 2017;S. 607-616.
100. İmamoğlu ÖP. SERVQUAL boyutlarıyla hastanedeki hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi: Bir hastane üzerinde uygulama, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Zonguldak:2018
101. Kebriaei A, Akbari F, Hosseini S, Eftekhari Ardabili H, Pourreza A. Kaşan sağlık merkezlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite açığı araştırması. İnflamatuvar Hastalıklar Dergisi. 2004; 8 (2) :82-88.URL: <http://journal.qums.ac.ir/article-1-258-en.html>
102. Özatkan Y. Hastane işletmelerinde hizmet kalitesinin ölçülmesi ve bir üniversite hastanesi örneği. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bölümü, Ankara:2008
103. Sevimli S. Hizmet sektöründe kalite ve hizmet kalitesi üzerine bir uygulama. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir:2006

ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

A.1.	Adı soyadı: Selda Kepenek
A.2.	Doğum tarihi ve yeri:
A.3.	Yabancı dil bilgisi: İngilizce
A.4.	Görev yeri: Dr.Ahmet Macit ASM.
A.5.	İletişim bilgileri (e-posta adresi / telefon):

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1.	Mezun olduğu üniversite / fakülteyi lütfen belirtiniz: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
B.2.	Mezuniyet tarihini lütfen belirtiniz (yıl olarak): 1999
B.3.	Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz:

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

C.1.	Bugüne kadar çalıştığı kurum / kuruluşları lütfen belirtiniz: Kayseri Karaözü Sağlık Ocağı Kırıkkale Sulakyurt İlçe Devlet Hastanesi Ankara Polatlı 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu Ankara Dr.Ahmet Macit Aile Sağlığı Merkezi
------	---

D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

D.1.	İyi Klinik Uygulamaları (İKU) ve klinik araştırma konularında eğitim alınmışsa lütfen tarihi ve alınan kurum / kuruluşun adı ile belirtiniz:
D.2.	Varsa, araştırmacı olarak katılınan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:
D.3.	Varsa, izleyici (monitör) olarak katılınan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:
D.4.	Varsa, saha görevlisi olarak katılınan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:
D.5.	Varsa, araştırma eczacısı olarak katılınan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:

E. ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI

E.2.	Özgeçmiş Sahibi
E.2.1.	El yazısıyla adı soyadı: Selda Kepenek
E.2.2.	Tarih (gün/ay/yıl olarak):
E.2.3.	İmza:

EKLER



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HESAM TOPLUM
SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE EĞİTİM DİREKTÖRLÜĞÜ BAŞKANLIĞI
214512536 10 13 - 4964233 - 604 02 - 8 378



00117870282

Sayı : 49654233-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi Doç. Dr.
Derya İren AKBIYIK



ANKARA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 02/03/2020 tarihli ve 51381736-604.02-429 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK sorumluluğunda Aile Hekimliği Asistanı Dr. Selda KEPENEK tarafından yapılmak istenen "Bir Aile Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi üzerine Etkisi" konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde;

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamayacağı hükmü yer almaktadır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi ve araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya/Ankara
Telefon: 312 565 5854 Faks No:
e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için: ZEYNEP KÖSEOĞLU
TIBBİ TEKNOLOG

Telefon No: (0 312) 565 58 92

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0485 3046 4975-4898-9965-3a2108a67564 kodları ile erişilebilir.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Muhammet ME
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 ankaya/Ankara
Telefon: 312 565 5854 Faks No:
e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için: ZEYNEP KSELU
TIBBİ TEKNOLOG
Telefon No: (0 312) 565 58 92

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0483 3416 4975-4484-9065-3a3208aef56433 kodu ile teyid edebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

AYDINLATILMIŞ ONAM VE GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

(Hekimin Açıklaması)

Birinci basamakta Sağlık okuryazarlığı ile beklenen ve algılanan hizmet kalite ilişkisine yönelik yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Bir Aile Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Beklenen Ve Algılanan Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, Bir Aile Sağlığı Merkezinden hizmet alan hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile beklenen ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H Aile Hekimliği Kliniği tarafından Dr.Ahmet Macit Aile Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, bu araştırmada veriler Dr. Selda Kepenek tarafından, SERVQUAL hizmet kalite algısı ölçeği, TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Testi-32), sosyodemografik bilgi formu ile toplanacaktır. Yardımcı araştırmacı tarafından çalışma ile ilgili katılımcılara bilgi verilecektir. Anketler yüzyüze görüşme tekniği ile uygulanacaktır.Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.Bu çalışmada elde edilecek bilgiler kimlik bilgileri gizli tulumak koşuluyla bilimsel amaçlarla çeşitli şekillerde (yazılı, görsel vb.) farklı kaynaklarda kullanılabilir.Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr. tarafından Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H Aile Hekimliği Kliniği tarafından Dr.Ahmet Macit Aile Sağlığı Merkezi'nde ankete dayalı tanımlayıcı tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim).*Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres/ tel:

İmza

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı, Bu anket, kişilerin sağlık ile ilgili bilgileri okuma, anlama ve bu bilgileri kullanma ile ilgili beceriler açısından durumunu tespit etmek üzere hazırlanmıştır. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak olup, ileride yapılacak araştırma programlarına yön vermek amacıyla istatistiki bilgi olarak kullanılacaktır.

Araştırmacı : Selda KEPENEK

Tarih:

1. Yaşınız (bitirmiş olduğunuz yaşı söyler misiniz?):

2. Cinsiyetiniz:

1. E () 2. K ()

3. Medeni durumunuz:

1. Evli () 2. Bekar ()

4. Eğitim durumunuz (en son bitirilen okulu söyler misiniz?)

1.Okuryazar veya ilkokul () 2. Ortaokul mezunu () 3. Lise mezunu ()

4. Meslek Yüksekokulu mezunu () 5. Üniversite/yüksekokul mezunu ()

6. Yüksek lisans mezunu () 7. Doktora mezunu ()

5. Mesleğiniz:

1. Ev hanımı () 2. İşçi () 3. Emekli () 4. Öğrenci () 5. Memur () 6. Esnaf ()

7. Serbest çalışan () 8. Çiftçi () 9. Diğer ().....

6. Sosyal güvenceniz:

1.Yok () 2. SGK (Emekli sandığı, SSK) () 3. Yeşil Kart ()

4. Diğer () _

7. Kendinizi oturduğunuz yer ile ilgili nasıl tanımlıyorsunuz?

1. Yerliyim () 2. Anne ve babam göç ederek gelip yerleşmişler () 3. Anne babamdan önceki nesiller göç ederek gelip gelmişler.() 4.Başka () (lütfen belirtiniz)

8. Bugüne kadar en uzun süre yaşadığınız yeri tanımlar mısınız?

1. Köy/kasaba () 2. Kent merkezi () 3. Büyükşehir (metropol) ()

9. Evinizde toplam kaç kişi yaşıyorsunuz? _

10. Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Gelir giderden az () 2. Gelir gidere denk () 3. Gelir giderden fazla ()

11. Genel olarak kitap/gazete/dergi vb. okumaktan ne kadar hoşlanırsınız?

(Birden ona kadar puan verseniz kaç puan verirsiniz ?)

(10 en yüksek puan / 1 en düşük puan)

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

12. Ne kadar sık kitap okursunuz?

1. Hiç okumam () 2. Ara sıra () 3. Sıklıkla ()

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

1. Her zaman () 2. Bazen () 3. Nadiren () 4. Hiçbir zaman ()

14. Kendinizi sosyal statü olarak (içinde yaşadığınız topluma göre oranlarsanız) 1 ile 10 arasında değerlendirdiğinizde kaç puan verirsiniz?

(Birden ona kadar puan verseniz kaç puan verirsiniz ?)

(10 en yüksek puan / 1 en düşük puan)

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

15. Sağlıkla ilgili sizce en güvenilir üç bilgi kaynağını sırayla numara vererek (1. , 2. ve 3. şeklinde) belirtiniz.

1. Sağlık çalışanı () 2. Radyo/televizyon () 3. Yazılı basın (gazete, vb.) ()
4. İnternet ()

5. Aile üyeleri () 6. Arkadaş () 9. Kitap/broşür () 7. Diğer (daha önceki sağlık deneyimlerim vb)()

16. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1. Mükemmel () 2. Oldukça iyi () 3. İyi () 4. Fena değil () 5. Kötü ()

17. Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

Cevabınız evet ise nedir? (Birden fazla seçenek söyleyebilirsiniz)

1. Diyabet () 2. Hipertansiyon () 3. Kalp Hastalığı () 4. Böbrek hastalığı () 5. Astım () 6. Diğer (lütfen belirtiniz) _

18. Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle (hastalık, aşı, test, reçete yazdırma vb) bir ASM'ye ayda ortalama kaç kez başvuruyorsunuz?

1. Bir veya daha az () 2. İki kez () 3. Üç kez () 4. Dört kez ve daha fazla ()

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

1. Bir veya daha az () 2. İki kez () 3. Üç kez () 4. Dört kez ve daha fazla ()

20-26. sorular: Sağlıkla ilgili diyet, egzersiz, hastalıkların önlenmesi ve bazı özel sağlık konuları gibi bilgilere ulaşmak için aşağıdaki kaynakları ne sıklıkla kullanırsınız?

Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
20.Gazete				
21.Magazin				
22.İnternet				
23.Radyo ve televizyon				
24.Kitaplar ve broşürler				
25.Aile üyeleri ve arkadaşlar				
26.Doktor hemşire ve diğer sağlık çalışanları				

27. Sağlıkla ilgili bir işte çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Cevabınız evetse sağlık işlerinde hangi alanda çalışıyorsunuz belirtiniz

a.Yönetici b) Hekim c) Yardımcı sağlık personeli (Hemşire, Sağlık memuru, att vb. d) laboratuvar / röntgen teknisyeni e) diğer hizmet personeli (sekreter, Memur, Hizmetli)

İki uçta de değilseniz (Cevabınız 1 ya da 5 değilse) söz konusu özellik için düşündüğünüz gereklilik derecesine göre iki uç arasında hangisine daha yakın hissettiğinizi dikkate alarak en uygun olanı işaretleyiniz. Eğer söz konusu özellik için her hangi bir uca yakın hissetmiyor, ifadenin doğruluğuna ne katılıyor ne de katılmıyorsanız 4 numarayı işaretleyiniz.

ALGILAR başlığı altında olan sorulara ise hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinin verdiği hizmetleri kullanan bir müşteri (hasta) olarak ve tecrübelerinize dayanarak, lütfen hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinin aşağıda tarif edilen özelliklere ne derecede sahip olduğunu düşününüz. Aynı şekilde aşağıda yer alan ölçeği kullanarak her bir özellik için hangi değeri seçtiğinizi belirtiniz.

Örneğin, hizmet aldığınız aile sağlığı merkezinin söz konusu özelliğe “kesinlikle sahip olmadığını” düşünüyorsanız 1, “kesinlikle sahip olduğunu” düşünüyorsanız 5 numarayı işaretleyiniz.

Kesinlikle Katılmıyorum

Kesinlikle Katılıyorum

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

İki uçta de değilseniz lütfen söz konusu özellik için düşündüğünüz gereklilik derecesine göre iki uç arasında hangisine daha yakın hissettiğinizi dikkate alarak en uygun gelen değeri işaretleyiniz. Eğer söz konusu özellik için her hangi bir uca yakın hissetmiyor, ifadenin doğruluğuna ne katılıyor ne katılmıyorsanız 4 numarayı işaretleyiniz. Şunu bilmenizi isteriz ki; bu araştırmada doğru veya yanlış cevap yoktur. İlgilendiğimiz konu, sunulan hizmetlere ilişkin olması gereken hizmetin puanıyla gerçekte alınan hizmetin puanının karşılaştırılıp değerlendirilmesidir

SERVQUEL HİZMET VE KALİTE ÖLÇEĞİ

Sağlık Hizmetlerinden Beklenen Kalite	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Sağlık kurumunun modern araç ve gereçleri olmalıdır.					
Sağlık kurumu görsel açıdan çekici olmalıdır.					
Sağlık kurumu çalışanları temiz ve düzgün görünümlü olmalıdır.					
Sağlık kurumu hizmet sunumunda kullandıkları materyaller görsel açıdan çekici olmalıdır.					
Sağlık kurumu çalışanlarının bir risk için söz verdiklerinde, sözleri zamanında yerine getirilmesi beklenir.					
Hastaların bir problemi olduğunda, sağlık çalışanları bu problemi çözmek için müşterilerle samimi şekilde ilgilenmelidirler.					
Sağlık kurumu, sunmuş olduğu hizmetleri ilk seferde doğru olarak yerine getirmelidir.					
Sağlık kurumu, hizmetlerini söz verdikleri zamanda yerine getirmeleri beklenir.					
Sağlık kurumu, hizmetlerle ilgili kayıtlarını hatasız tutmalıdır.					
Sağlık çalışanları hastalara hizmetlerin tam olarak ne zaman sunulacağını söylemelidirler.					
Sağlık çalışanları müşterilere hızlı hizmet vermelidirler.					
Sağlık çalışanları, hastalara her zaman yardım etmeye istekli olmalıdırlar.					
Sağlık çalışanları, asla hastaların isteklerine cevap veremeyecek kadar meşgul olmamalıdırlar.					
Sağlık çalışanlarının davranışları, hastalara güven duygusu uyandırmalıdır.					
Hastalar, sağlık ile olan ilişkilerinde kendilerini güvende hissetmelidirler.					
Sağlık çalışanlarının, sürekli olarak hastalara karşı saygılı olmalıdırlar.					
Sağlık çalışanları, hastaların sorularını cevaplayacak bilgiye sahip olmalıdırlar.					
Sağlık kurumu hastalarına bireysel olarak ilgi göstermelidir.					
Sağlık kurumu tüm hastaları için elverişli çalışma saatleri bulunmalıdır.					
Sağlık çalışanları, hastaları için ellerinden gelenin en iyisini yapmalıdırlar.					
Sağlık çalışanlarından hastaların özel ihtiyaçlarını anlamaları beklenir.					

Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Puan	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Sağlık kurumu modern görünümlü teçhizata (Ekipman ve donanımlara) sahiptir					
Sağlık kurumu binası ve iç ortamı görünüş açıdan çekicidir.					
Sağlık kurumu çalışanları düzgün görünümlü ve temizdirler.					
Sağlık kurumu verilen hizmetin yanı sıra sundukları ek hizmetlerde mevcuttur.					
Sağlık kurumu tarafından verilen sözler zamanında yerine getirilir.					
Sağlık kurumu hastaların bir problemi olduğunda ilgili personel bunu çözmek için gerekli ilgi ve yardımı gösterir.					
Sağlık kurumu hizmeti ilk anda yerine getirirler.(Hizmetleri en kısa sürede verirler)					
Sağlık kurumu hizmetleri söz verdikleri anda yerine getirirler.					
Sağlık kurumu hatasız bir şekilde kayıt tutmaktadır.					
Sağlık kurumu çalışanları hastalara tam olarak hizmetin ne zaman yerine getirileceğini söylerler (hizmetlerini önceden belirttiği zaman içinde verir).					
Sağlık kurumu çalışanları hastalara hızlı şekilde hizmet verirler.					
Sağlık kurumu çalışanları her zaman hastalara yardım etmeye isteklidirler. (bu servis çalışanları her an müşterilere yardım etmeye hazır ve gönüllüdürler).					
Sağlık kurumu çalışanları hastaların ricalarına yanıt veremeyecek kadar meşgul değildirler.					
Sağlık kurumu çalışanlarının davranışları hastalarda güven duygusu uyandırır.					
Sağlık kurumu hastaları hizmet işlemlerinde güven hissederler.					
Sağlık kurumu çalışanları sürekli olarak hastalara saygılıdırılar.					
Sağlık kurumu çalışanları hastaların isteklerini yanıtlayacak bilgiye sahiptirler.					
Sağlık kurumu çalışanları hastalara bireysel ilgi gösterirler.					
Sağlık kurumu tüm hastaları için uygun çalışma saatleri vardır.					
Sağlık kurumu hastaların çıkarları ile gönülden ilgilenir.					
Sağlık kurumu çalışanları hastaların özel ihtiyaçlarını anlar.					

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32

(TSOY-32)

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok zor/zor/kolay/çok kolay” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

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. Fikrin yok
1	Sağlığınızda ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızda ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızda 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 hastalığınızda ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınızı karar vermek					
13	Tahvil/tatvik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulasmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğinize karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulansa çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıklı davranışlarla nasıl başa çıkacağınızla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıklı davranışlarla nasıl başa çıkacağınızla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yapınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yapmanız 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 sağlığınıza etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yapacağınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yapacağınız 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) sağlığınıza etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınıza için yaşam tarzınız (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					

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/09/2019-E.28618



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Hamidiye Tıp Fakóltesi Dekanlığı



Sayı : 48865165-302.14.01
Konu : Dr. Selda KEPENEK'in Tez Konusu
Onayı

ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hastanenizde Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Selda KEPENEK'in tez konusu uygun bulunmuş olup onay formu ve 2 (iki) adet hakem değerlendirme formu Ek'te sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Erdoğan ÇETİNKAYA
Dekan

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	SELDA KEPENEK
TC Kimlik No:	
Uzmanlık Dalı(Anadal)	AİLE HEKİMLİĞİ
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	ANKARA DIŞKAPI SUAM

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı
Prof.Dr Seçil ARICA
e-imzalıdır

Akademik Kurul Karar Tarihi:	06.09.2019
Karar No:	168 (8)
Tez Konusu:	(X) Uygundur. () Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeyegerek yoktur () Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur. () Uygun değildir.

Ek:
1-Tez konusu onay formu
2-Tez konusu hakem değerlendirme formu

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı	Selda Kepenek
Kurumu	SBÜ. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği
	DEĞERLENDİRME
*Araştırma/Tez Konusu (StudyTitle)	Bir Aile Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi
1-Araştırma Sorusu (Research problem)	Uygundur.
2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale)	Uygundur.
3-Araştırma amacı (Objectives)	Uygundur.
4-Hipotez (Hypothesis)	Uygundur.
5-Araştırma türü/tasarım (Study Design)	Uygundur.
6- Araştırma yeri (StudySetting/ Location)	Uygundur.
7- Araştırmaya katılanlar/denekler (StudyPopulation)	Uygundur.
8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (PrimaryandSecondaryOutcome)	Uygundur.
9- Araştırma Süreçleri (Studyprocedures)	Uygundur.
10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size andstatisticalpower)	Uygundur.
11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods)	Uygundur.
12-Etik Öngörü (EthicalConsiderations)	Uygundur.
13- Anahtar kelimeler (Keywords)	Uygundur.
Hakemin kararı	(X) Tez konusu uygundur. (.....) Tez konusu açıklanan eksiklikler giderilmesi şartı ile uygundur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. (.....) Açıklanan eksiklikler giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.
HAKEM ADI SOYADI: KURUMU: TARİH:	Dr. Öğr. Üyesi Hilal Özkaya Haydarpaşa Numune EAH. Aile Hekimliği Kliniği

*Bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.

**Lütfen değerlendirmelerinizi açıklayınız.

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı	Dr.Selda Kepenek
Kurumu	SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği Uzmanlığı
	DEĞERLENDİRME
*Araştırma/Tez Konusu (StudyTitle)	Bir Aile Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi ve Algılanan Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi
1-Araştırma Sorusu (Research problem)	Uygundur
2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale)	Uygundur
3-Araştırma amacı (Objectives)	Uygundur
4-Hipotez (Hypothesis)	Uygundur
5-Araştırma türü/tasarım (Study Design)	Uygundur
6- Araştırma yeri (StudySetting/ Location)	Uygundur
7- Araştırmaya katılanlar/denekler (StudyPopulation)	Uygundur
8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (PrimaryandSecondaryOutcome)	Uygundur
9- Araştırma Süreçleri (Studyprocedures)	Uygundur
10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size andstatisticalpower)	Uygundur
11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods)	Uygundur
12-Etik Öngörü (EthicalConsiderations)	Uygundur
13- Anahtar kelimeler (Keywords)	Uygundur
Hakemin kararı	(.....x....) Tez konusu uygundur. (.....) Tez konusu açıklanan eksiklikler giderilmesi şartı ile uygundur. Tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Açıklanan eksiklikler giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.

HAKEM ADI SOYADI:	Doç.Dr.Umut Gök Balcı
KURUMU:	SBÜ İzmir Tepecik SUAM
TARİH:	24.08.2019

**Bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.*

***Lütfen değerlendirmelerinizi açıklayınız.*

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/08/2019-E.25643



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğü



Sayı : 46418926-020
Konu : Dr. Selda KEPENEK' in Tez Konusu
Onayı Hk.

HAMİDİYE TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Hastanemiz Aile Hekimliğinde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Selda KEPENEK' in tez konusu ve tez danışmanı belirlenmiş olup tez konusu onay formu doldurularak ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Selim Selçuk ÇOMOĞLU
SUAM Müdürü

Ek: Tez Konusu Onay Formu



**T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi**



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ: 11.11.2019

KARAR NO : 75/04

Hastanemiz Aile Hekimliğinde **Doç.Dr. Derya İREN AKBIYIK** sorumluluğunda yapılması planlanan **Dr. Selda KEPENEK'** e ait **"Bir Aile Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi"** konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Güleser SAYLAM
Başkan

Prof. Dr. S.İbrahim AKDAĞ
Başkan Yard.

Uz. Dr. S. Dincer YETİŞ

Prof. Dr. Fatih YALCINKAYA

Doc. Dr. Hürir Havat GÜVEN

Dr. Öğretim Üyesi Burcu KÜÇÜK BİÇER
Üye

Prof. Dr. Sibel ÖRSEL

Doç. Dr. Jülide ERGİL

Prof. Dr. F. Palın KEFİCEN UĞUR

Av. Harun KOZAN
Üye

B.M.M. Bircan DEMİR

Hülya BATA