



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ İLE HASTA
MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: AYAKTAN SAĞLIK
HİZMETİ KULLANICILARINDA BİR UYGULAMA**

SEDA ÖZEN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ALİYE ASLI SONSUZ

İSTANBUL - 2023

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Sahibi : Seda ÖZEN

Tez Başlığı : Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Hasta Memnuniyeti

Arasındaki İlişki: Ayaktan Sağlık Hizmeti Kullanıcılarında
Bir Uygulama

Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 14.12.2023

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr.Üyesi Aliye Aslı SONSUZ

İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Yeter USLU

İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç.Dr. Ali ARSLANOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Seda ÖZEN



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
KISALTMALAR LİSTESİ	v
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Sağlık Okuryazarlığı.....	6
4.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	11
4.3. Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Kavramsal Modeller	17
4.4. Bireysel Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi	25
4.4.1. Bireysel Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Araçları.....	25
4.4.1.1. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - REALM)	26
4.4.1.2. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults – TOFHLA)	26
4.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	27
4.6. Hasta Memnuniyeti.....	30
4.7. Hasta Memnuniyetinin Önemi.....	32
4.8. Hasta Memnuniyetinin Tarihsel Gelişimi.....	33
4.9. Hasta Memnuniyetine Etki Eden Faktörler	34
5. MATERYAL ve METOT	37
5.1. Araştırmanın Amacı.....	37
5.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri.....	37
5.3. Araştırmanın Etik Boyutu.....	38
5.4. Araştırmanın Yöntemi	38
5.5. Araştırmada Kullanılan Analizler.....	41

6. BULGULAR	42
6.1. Araştırmaya İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	42
6.2. Birinci Hipoteze İlişkin Bulgular.....	47
6.3. İkinci Hipoteze İlişkin Bulgular	56
6.4. Üçüncü Hipoteze Ait Bulgular	68
7. TARTIşMA	70
8. SONUÇ	80
9. KAYNAKLAR	83
10. EKLER	101
10.1. EK-1 TSOY-32 SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN DAĞILIMLARI 101	
10.2. EK-2 AYAKTAN HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇEĞİ SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN DAĞILIMLARI.....	103
10.3. EK-3 TSOY-32 POST HOC DUNN’S TEST SONUÇLARI	104
10.4. EK-4 AHMÖ POST HOC DUNN’S TEST SONUÇLARI.....	106
10.5. EK-1 ETİK KURUL RAPORU	108
10.6. EK-2 ANKET	112
10.7. EK-3 ÖLÇEK KULLANIM ONAYI	117
11. ÖZGEÇMİş	118

KISALTMALAR LİSTESİ

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- AHMÖ** : Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği
- AMA** : American Medical Association (Amerikan Tabipler Birliği)
- ASOY-TR** : Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması
- SOY-SEN** : Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- HLS-EU** : European Health Literacy Survey (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi)
- IOM** : Institute of Medicine (Amerika Ulusal Tıp Akademisi)
- REALM** : Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)
- SPSS** : Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistiksel Paket)
- TOFHLA** : Test of Functional Health Literacy in Adults (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)
- TSOY-32** : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
- UNESCO** : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim, Kültür ve Örgütü)

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.2.1: Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Etkisi Olan Gruplar ve Yararları	15
Tablo 4.3.1: Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Sağlığın Üç Alanına Uygulanan Dört Boyutu	18
Tablo 4.5.1: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	27
Tablo 5.4.1: TSOY-32'nin 2X4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Ait Madde Numaraları.....	39
Tablo 6.1.1: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler	44
Tablo 6.1.2: TSOY-32 Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler ve Cronbach's Alpha Katsayıları	45
Tablo 6.1.3: Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler ve Cronbach's Alpha Katsayıları	46
Tablo 6.1.4: Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Kategorik Dağılımı	47
Tablo 6.2.1: Cinsiyete Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	48
Tablo 6.2.3: Yaşa Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	49
Tablo 6.2.4: Eğitim Düzeyine Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	50
Tablo 6.2.5: Mesleğine Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	51
Tablo 6.2.6: Çalışma Durumuna Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	52
Tablo 6.2.7: Sağlık Güvencesine Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	53
Tablo 6.2.8: Gelir Düzeyine Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	54
Tablo 6.2.9: Kronik Hastalık Varlığına Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	55

Tablo 6.2.10: Hastaneyi Tavsiye Etmesine Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	56
Tablo 6.3.1: Cinsiyete Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	57
Tablo 6.3.2: Medeni Duruma Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	58
Tablo 6.3.3: Yaşa Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	59
Tablo 6.3.4: Eğitim Düzeyine Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	60
Tablo 6.3.5: Mesleğine Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	61
Tablo 6.3.6: Çalışma Durumuna Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	63
Tablo 6.3.7: Sağlık Güvencesine Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	64
Tablo 6.3.8: Gelir Düzeyine Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	65
Tablo 6.3.9: Kronik Hastalık Varlığına Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	67
Tablo 6.3.10: Hastaneyi Tavsiye Etme Durumuna Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi	68
Tablo 6.4.1: AHMÖ ve Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Korelasyonu.....	69

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.3.1: Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli.....	20
Şekil 4.3.2: Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modelinde Bulunan Potansiyel Müdahale Alanları.....	21
Şekil 4.3.3: Kişisel Kapasite, Sağlıkla İlişkili Yazılı ve Sözel Okuryazarlıkla Sağlık Arasındaki İlişkinin Kavramsal Modeli.....	23
Şekil 5.2.1: Araştırmanın Modeli	37



1. ÖZET

SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ İLE HASTA MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: AYAKTAN SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARINDA BİR UYGULAMA

Bu araştırmanın amacı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemektir. Kesitsel türde tasarlanan araştırmanın verileri, 15 Haziran 2023-20 Ekim 2023 tarihleri arasında İstanbul ilinde özel bir hastanenin polikliniklerine başvuran bireylerden yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır. Örneklem yöntemi olarak basit rastgele yöntem kullanılmıştır. Üç bölümden oluşan ankette; sosyodemografik veriler, TSOY-32 ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeğine (AHMÖ) ilişkin sorular bulunmaktadır. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U, üç ve üzeri karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi (post hoc Dunn's test) kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre, sağlık okuryazarlığı toplam puanına göre katılımcıların, %28,9'u mükemmel, %41,1'i yeterli, %19,3'ü sorunlu-sınırlı ve %10,7'si ise yetersiz sağlık okuryazarlığına sahiptir. Kadınların erkeklere göre; düzenli çalışanların düzensiz çalışanlara göre; bekârların evlilere göre; TSOY-32 toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. AHMÖ ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından cinsiyete göre ve yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak, bekâr katılımcıların toplam puanları evlilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Araştırmanın sonucunda sağlık okuryazarlığı ile hasta memnuniyeti toplam puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyli (0.44) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Anahtar kelimeler: Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği, Ayaktan Sağlık Hizmeti, Hasta Memnuniyeti, Sağlık Okuryazarlığı, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.

2. ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY LEVEL AND PATIENT SATISFACTION: A PRACTICE AMONG USERS OF OUTPATIENT HEALTHCARE SERVICES

The aim of this research is to examine the impact of individuals' health literacy levels on patient satisfaction. Data for the cross-sectional study was collected via face-to-face surveys conducted with individuals visiting the outpatient clinics of a private hospital in Istanbul between June 15, 2023, and October 20, 2023. A simple random sampling method was employed. The survey, consisting of three sections, includes sociodemographic data, the TSOY-32 scale, and questions related to the Outpatient Satisfaction Scale (OSS). The normal distribution of parameters was assessed using the Kolmogorov-Smirnov test. In evaluating the study data, besides descriptive statistical methods, the Mann-Whitney U test was used for comparisons between two groups for parameters not showing a normal distribution, and the Kruskal-Wallis test (post hoc Dunn's test) was used for three or more comparisons. Spearman's rho correlation analysis was utilized to examine relationships between parameters not displaying a normal distribution. According to the research results, based on the total health literacy score, 28.9% of participants had excellent, 41.1% had sufficient, 19.3% had problematic-limited, and 10.7% had insufficient health literacy. Statistically significant higher TSOY-32 total scores were found for females compared to males; regular employees compared to irregular employees; and unmarried individuals compared to married ones. No significant difference was found in OSS scale total and subscale mean scores between genders and age groups. However, the total scores of unmarried participants were found to be statistically significantly higher than those who were married. The research concluded that there is a positive, moderate-level (0.44), and statistically significant relationship ($p < 0.05$) between health literacy and patient satisfaction total scores.

Keywords: Outpatient Satisfaction Scale, Outpatient Health Services, Patient Satisfaction, Health Literacy, Turkish Health Literacy Scale-32.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık hizmetlerinin yaşamımızdaki önemi gün geçtikçe artmaktadır. Yeni teknolojilerin gelişmesi, randevu sistemlerinin değişmesi, ödeme sistemlerindeki farklılıklar gibi birçok etken sağlık sistemlerinin yapısının daha karmaşık bir duruma gelmesine neden olmaktadır. Kişinin sağlığını koruması, sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, bu hizmetleri kullanabilmesi ve bu hizmetleri aldıktan sonra sağlık çalışanları tarafından kendisine iletilen uyarı ve yönergelere uyumu, ayrıca hekim tarafından kendisine verilen ilaçlarının kullanımı dahil çoğu süreçte sağlık okuryazarlığının görevi önemlidir. Okuryazarlık kavramı ile bağlantılı olan sağlık okuryazarlığı, okuryazarlığın genel tanımından farklı olarak sağlık ve sağlık sistemi ile ilişkili kelimeler ve konular hakkında yeterli düzeyde fikir sahibi olmaktır (1).

Sağlık ve sağlık hizmetlerine yönelik herhangi bir konuda bilgi sahibi olmanın önemi, bununla birlikte, sağlık bilgisinin özneliği nedeniyle “sağlık okuryazarlığı” kavramı, sağlıkla alakalı kişilerin, kurum ve kuruluşlar olmak üzere birçok paydaşın dikkatini çekmiştir (2). Yirminci yüzyılda sağlık sektöründe yaşanan birçok önemli gelişme ile birlikte yeni ve etkili tedavi yolları keşfedilmiş, bunların yanında hastalıkları önleyebilme çalışmaları da dikkat çekmeye başlamıştır. Zaman içerisinde enfeksiyon yoluyla bulaşan hastalıkların yerini kronik rahatsızlıkların almasıyla sağlıklı bir hayat sürdürebilmek için sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık merkezlerinin yanında kişiler ve aileleri bu noktada önemli bir duruma gelmiştir (3). Kişinin doğuştan sahip olduğu potansiyeli ve yetenekleri, aynı kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyine önemli bir etkidir. Aynı zamanda kişinin sağlık okuryazarlığı kapasitesi; eğitim, dil, kültür ve sağlık sistemi çevresinin niteliklerinden etkilenir (4).

Sağlık Bakanlığı da sağlık okuryazarlığını tanımlarken bireysel becerilere vurgu yapan bir tanımlama yapmıştır: “Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder” (5).

Bir kişi eğer sağlık okuryazarıysa, bilimsel bilgi, sağlık, kültürel inançlar ve tıp konusundaki özel ve genel sohbetlere kolaylıkla dâhil olabilir. Sağlık okuryazarlığı, aynı insanların yetenekleri gibi bireyin hayatı boyunca gelişmeyi sürdürür ve kültürel,

psikososyal, demografik ve sosyopolitik faktörlerden etkilenir. Sonunda sağlık okuryazarlığı yararlarının toplum, kültür, ev ve iş gibi yaşamın tüm etkinliklerine bütünüyle etkisi olur. Bu hâl, “Ottawa Sağlık Teşviki Sözleşmesi”nde bahsedildiği üzere; “Sağlık hayatın amacı değil, yaşamın kaynağıdır” cümlesiyle entegredir (6).

2020 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü’nün yapmış olduğu “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması” sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyi ülke çapında saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin demografik niteliklere, sosyoekonomik şartlara ve sağlık hakkındaki bilginin kaynağı şeklinde kullanıldığı ifade edilen iletişim araçlarına göre ne yönde bir değişiklik gösterdiği araştırılmıştır. Çalışma, Türkiye’yi temsilen 6228 ev üzerinden yapılmıştır. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği ile belirlenen sağlık okuryazarlığı seviyesi; %30,9’u yetersiz, %38’i sorunlu-sınırlı, %23,4’ü yeterli, %7,7’si ise mükemmel olarak belirtilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre; Türkiye’de yaklaşık olarak 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz ya da sınırlıdır (7). Bu araştırma göstermiştir ki Türkiye’de sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde değildir.

Sağlık kuruluşları, hizmet verdikleri kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini anlamak ve onlara uygun bir şekilde hizmet sunabilmek için çaba göstermelidir. Sağlık okuryazarlığı ve memnuniyet düzeyleri değişkenlik göstermiş; birçok yazar düşük sağlık okuryazarlığı ile düşük hasta memnuniyeti arasında bağlantı kurmuştur. Yazarlar, bireye özgü bir sağlık bakımı yaklaşımının, bireyin sağlık okuryazarlık ihtiyaçlarına uygun olarak sunulan bilgiyle desteklenmesinin, olumlu hasta-klinisyen etkileşimi için esaslı olduğunu kabul etmişlerdir (8).

Sağlık sistemleri; bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler, insanların eğitim ve bilinç düzeylerinin artması, hasta beklentilerindeki farklılaşma gibi etkenlere bağlı olarak hasta odaklı bir felsefe yolunda şekillenmektedir. Dünyada ülkelerdeki sağlık politikaları belirlenirken hasta merkezli sağlık hizmeti sunumu ilk sıralarda bulunan hedeflerden biridir (9).

Sağlık kurumlarının devamlılıklarını sağlamalarındaki en önemli etkenlerden biri hasta memnuniyetidir. Teknolojik gelişmelerle beraber rekabetin hızla ivme

kazanmasıyla sağlık kuruluşlarının büyük önemdeki performans göstergelerinden biri mutlu hasta ve mutlu hasta deneyimi olmuştur (10).

Bugün hasta beklentilerine odaklanan ve hasta isteklerini beklenen kalite seviyesinde karşılamaya çalışan sağlık hizmet sunucuları, hasta deneyimlerine büyük önem vermektedir. Türkiye’de kamunun haricinde sağlık hizmet sunucularının sayısı 2000’li yıllardan itibaren hızlı bir artış göstermiş ve hizmet sunucuları devlet, özel ve vakıf hastaneleri olarak çeşitlilik göstermiştir. Değişen bu koşullar, özel hastanelerin hasta memnuniyeti ve hasta sadakati sağlamaları konusunda yeni yaklaşımlar geliştirmelerini zorunlu kılmıştır (11).

Hasta memnuniyeti seviyesi; sağlık hizmeti sunucularına başvuran bireyin değer ve beklentilerinin hangi seviyede karşılanabildiği konusunda bilgi sağlayan ve hizmet sunan kurumun kalite seviyesi ile ilişkili bilgi veren temel göstergelerdendir (12). Buna göre hasta memnuniyet seviyesi kaliteli hizmet arzının önemli bir parçasıdır. Sağlık hizmetleri arzı, hasta ile hizmet sunanların etkileşimi, hizmetin arzı, hizmet sunanların yetkinliği ve doğru seviyede iletişimini de kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (13).

Hastaların memnuniyet seviyesi yaş, cinsiyet, eğitim, sosyal güvence, gelir, kırsal ve kentsel yerleşim durumu ve tedavi süreçleri gibi etmenlerden etkilenir (14). Hasta memnuniyetini etkilediği değerlendirilen öncelikli faktör ise sağlık okuryazarlığı kavramıdır (15).

Bu araştırmanın amacı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemektir. Buna istinaden bireylerin sosyo-demografik niteliklerine göre sağlık okuryazarlığı seviyelerinin ve hasta memnuniyeti düzeylerine ilişkin algılarının farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık hakkındaki ilk tanımlar ‘hasta olmayan insan sağlıklı insandır’ gibi basit bir açıklamayla yapılmıştır. Çeşitli bilimler, 1900’lü yıllardan itibaren, sağlık ve hastalık gibi kavramları kendi bakış açılarıyla tanımlamışlar; biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlara vurgu yapmışlardır (16).

Talcott Parsons (17), sağlığı, kişilerin işlevsel olma becerisi şeklinde tanımlamıştır. Sosyal hayatta bütün kişilerin belirli görev ve sorumlulukları vardır. Eğer kişi bu görev ve sorumlulukları yerine getirebiliyorsa sağlıklıdır. Kronik hastalığı olan bireyler hastalığa ve tedavi olmaya uyum gösterip günlük işlerine dönerler. Bu durum bu kişilerin sağlıklı olduğunu göstermez.

Türk Dil Kurumu’na göre sağlık; “Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” olarak tanımlanmıştır (18).

Sağlık Bakanlığı sağlığı; “Soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir” şeklinde tanımlamıştır (5).

Sağlık kavramı, toplum ve kültürler arasında değişkenlik göstermekte, kişiden kişiye ve toplumdaki topluma farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Bir kişi, bir ülkede sağlıklı görülmesine rağmen başka bir ülkenin şartları bakımından değerlendirildiğinde aynı şekilde görülmeyebilir. Bu açıdan baktığımızda sağlık kavramının bir ülkenin kendi değerleriyle yakından ilişkili olduğunu görürüz. Dünya geneline baktığımızda sağlık kavramı için en bilinen tanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün yaptığını görmekteyiz. DSÖ 1948 yılında sağlığı: “Sağlık, sadece hasta ve sakat olmama durumu değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tamamen rahat, iyilik içerisinde olma halidir” şeklinde tanımlamıştır (19). Yapılan tanım, durağan ve ütopyik olmasından dolayı eleştirilmiş; sağlığın durağan bir yapısının olmadığı ve dinamikliği vurgulanmıştır.

DSÖ 1948 yılında yapmış olduğu ilk tanımdan yaklaşık 40 yıl sonra, yani 1986 yılında Ottawa’da bir toplantı sırasında sağlığın desteklenmesi ve geliştirilmesi

anlamında tanımı şekillendirmiştir. Ottawa Şartı sağlının desteklenmesi ve geliştirilmesi için iki madde önermiştir. İlki, bireysel sağlının iyileştirilmesi ve bireysel yetilerin, hastalık riskiyle başa çıkabilmesi için güçlendirilmesidir. Kişiler sağlık sorunları ile ilgili bilgi sahibi olduklarında hastalık riskiyle daha rahat başa çıkabilirler. İkincisi ise, sosyal ve doğal çevrenin insan sağlığına uygun bir şekilde düzenlenmesidir. Burada kişinin içinde bulunduğu toplumun koşulları ve özellikleri önemlidir (20).

Yapılan tanımlardan hareketle, sağlığı kapsamlı olarak düşündüğümüzde, kişilerin içinde bulunduğu siyasi, sosyal, ekonomik ve fiziksel koşullara göre farklılık gösterebileceği görölmektedir.

Sosyo-ekonomik koşulların en önemli bileşenlerinden birisi olan okuma-yazma becerisi, ilk çağlardan itibaren günümüze kadar bilgi edinme ve yaymanın etkili yöntemi olarak değerlendirilmektedir (21). Okuma-yazma, geleneksel ifade ile yazılı metinlerin alfabe yoluyla okunması ve yazılması şeklinde tanımlanmaktadır (22). Okumanın olabilmesi için yazılı bir metin olmalıdır. Metnin fiziksel veya görsel bir şekilde girdiye dönüşmesi gerekmektedir (23). Harflerin üzerine yazılı olduğu gerece (metin), gerecin üzerine harfleri işleyen (yazar) ve bu harfleri çözümleyen kişiye (okur) ihtiyaç vardır. Buna göre en genel ifade ile okuma-yazma; okur, metin ve yazar arasında gerçekteşen bir süreçtir (24). Teknolojik gelişmelerin hızla ilerlediği yeniçağda ‘okuryazar’ tanımı hakkında bir açılım yaşanıp “okuryazarlık” terimi ortaya çıkmıştır (25). Okuryazarlık “toplum tarafından anlam verilen iletişimsel simgelerin etkili bir biçimde kullanılabilmesi yeteneği” olarak tanımlanmaktadır. Toplum değerleri ve beklentileri her çağa göre değişik bir özellik göstererek, o çağın niteliklerine göre toplumsal anlamlar farklılık göstermektedir (24).

Okuryazarlık, yazı simgelerini seslendirme ve anlamlandırmayla başlayıp, bunun tesirli bir şekilde kullanılmasıyla nesnelere, vakıa ve olayları daha detaylı anlama ve anladıklarına kendi düşüncelerini ilave ederek kendisini ifade etmektir. Okuryazarlık, toplumdaki bilgi ve becerileri, sosyal normları kavrayıp paylaşma, yorumlayabilme ve kendinden sonraki nesillere aktarma aracı olması nedeniyle de bir etkileşim yolu olarak kabul edilmektedir (26).

Okuma-yazma basılı bir materyalin okunması ve yazılması anlamına gelirken, okuryazarlık bu materyaldeki cümleler arasındaki bağlantıyı kurma ve bu ilişkilerin çeşitli bağlamlara taşınması anlamına gelmektedir. Bir kişi belirli bir metni okuyabilir ancak hakkında herhangi bir fikir sahibi olmadığı konuyu, örneğin bilgisayar kullanma ile ilgili okuryazarlığın gerekli olduğu bir metni, anlamada zorluk çekebilir. Yani Batı kültüründe tanımlanan okuryazarlık (literacy) kavramı İngilizce literatürdeki gibi okuma (reading) ve yazma (writing) kavramlarıyla aynı değildir (27).

İnsan hayatının uzaması, bilgiye ulaşmadaki kolaylık, kronik hastalıkların fazlaşması, bunlara yönelik sağlık hizmetlerinde farklılık arayışları gibi dönemimizde yaşanan değişikliklerle beraber sağlık okuryazarlığının önemi artmıştır. Günümüzde ise sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için temel bir belirleyici olarak sağlık okuryazarlığı kavramı karşımıza çıkmaktadır (28).

Bireylerin hastalıklarla savaşında sağlık hizmetinden faydalanmak istenildiğinde, bu hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde ve sağlık hakkındaki bilgilerin doğru olarak anlaşılıp bir sonuca varılmasında okuryazarlık seviyesi önem göstermektedir. Eğer bireylerin okuryazarlık düzeyi düşükse, sağlık hakkındaki bu bilgileri kavramakta güçlük çekmektedirler. Sağlık hakkındaki eğitim gereçlerini, ilaçların nasıl kullanılacağı ile ilgili bilgileri ve sağlık sonuçlarını tam olarak kavrayamadıklarından kendi sağlıklarıyla ilgili kararlarda etkin hareket edememektedirler. Tüm bu nedenlerle kişilerin yüksek temel okuryazarlık düzeyleri, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de aynı derecede yüksek olmasına yardım edecektir (3). Okuryazarlık düzeyi yüksek kişiler, okuryazarlık düzeyi düşük olanlara göre, sağlık personeline yönelik memnuniyetsizliklerini daha iyi ifade edip, kendi sağlıkları hakkındaki karar sürecine daha aktif katılmaktadır (29).

Okuryazarlık kavramı ile bağlantılı olan sağlık okuryazarlığı, okuryazarlığın genel tanımından farklı olarak sağlık ve sağlık sistemi ile ilişkili kelimeler ve konular hakkında yeterli düzeyde fikir sahibi olmaktır (30).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk defa “Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi (Health Education as Social Policy)” isimli makalede 1974 yılında Simonds tarafından kullanılmıştır. Bu makalede, sağlık okuryazarlığı ile ilgili konuların tüm okul eğitimi seviyelerinde incelenmesi gerektiği belirtilmiştir. 1990’lı yıllara gelindiğinde ise

sağlık okuryazarlığı kavramının akademik yazılarda ele alınmasıyla bu kavramın gelişimi artmıştır (31). Aynı yıllarda yapılan sağlık eğitim araştırmalarında en önemli konu bireyin sağlıkla ilgili bilgileri kavrama ve okuma kabiliyeti olmuştur (32).

Sağlık okuryazarlığının tanım haline gelmesi ve kavramsal olarak literatürde yer edinmesi zaman içerisinde farklılaşmıştır. Mancuso da sağlık okuryazarlığı kavramsal gelişim sürecini aşağıdaki ifadelerle açıklamaktadır (33) :

“Sağlık okuryazarlığı bir kişinin eleştirel düşünmesi, problem çözmesi, karar vermesi, bilgiyi araştırması ve iletişim kurabilmesi için gerekli olan ve sağlık sistemi içerisinde işlevlerin yerine getirilebilmesi için zorunlu olan çok sayıda sosyal, kişisel ve bilişsel beceriler ile birlikte okuma ve sayısal düşünebilme becerilerinden meydana gelmiştir. Buna ek olarak sağlık okuryazarlığı kültür, günün koşulları ve dil alanlarının içerisinde gelişmiştir.”

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte artık farklı bir boyutta olan modern sağlık sistemi, sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti alanlar ve alacaklar için geçmiş yüzyıla kıyasla anlaşılması daha güç bir yapıdadır. Kişilerin bireysel, bölgesel ve küresel boyuttaki sağlık sorunları ve sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmaları ve bu konularla ilgili sorumluluklarının farkında olmaları gibi yeni görevleri vardır (34).

Kişinin doğuştan sahip olduğu potansiyeli ve yetenekleri, aynı kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyine önemli bir etkidir. Aynı zamanda kişinin sağlık okuryazarlığı kapasitesi; eğitim, dil, kültür ve sağlık sistemi çevresinin niteliklerinden etkilenir (4). 2004 yılında Amerika Ulusal Tıp Akademisi (IOM) tarafından yayınlanan "Health Literacy: A Prescription to End Confusion" adlı raporda sağlık okuryazarlığı konusunda Ratzan ve Parker'ın geliştirmiş olduğu tanım kullanılmıştır; “Sağlığı ile ilgili uygun bireysel karar vermek için gerekli sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi”dir (35). IOM'nin yapmış olduğu bu tanım Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin millî sağlıkla ilgili amaçlarının bulunduğu “Healthy People 2010”da bahsedilmiştir. Healthy People 2010, ABD’de Sağlık ve İnsani Hizmetler Bölümü’nün millî sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla oluşturulan, 2000 yılı itibariyle 10 yıllık sağlık hedeflerini belirten ulusal eylem planıdır. IOM sağlık okuryazarlığı kavramını, okuma yazma düzeyinin iyi olmasının ilerisinde dinleme, aritmetik ve sayısız sosyal ve kişisel faktörle bağlantılı duruma getirmektedir (36).

IOM Komisyonu sağlık okuryazarlığını iki bileşene ayırmıştır (37):

1) Bireysel Sağlık Okuryazarlığı: Bireyin sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında etkili kararlar almak; faydalı önlemler için bilgiye ulaşmak, anlamak, değerlendirmek ve uygulamak amacıyla edindiği motivasyon, beceri, kapasite ve bilgidir.

2) Sağlık Okuryazarlığı Çevresi: Sağlık sisteminin içinde bulunan bireylerin sağlık bilgisine ve sağlık hizmetlerine erişim, bunları anlama, değerlendirebilme, sonrasında da uygulama yönteminde etkisi olan süreç, altyapı, politika, malzeme, kişi ve ilişkileri içerir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu 2012 yılında sağlık okuryazarlığını tanımlarken kişisel yeteneklere dikkat çekmiştir: “Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla ilişkilidir ve insanların yaşamları boyunca yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla günlük yaşam içerisinde sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi hakkında hedefler belirlerken ve kararlar verirken sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamaya yönelik bilgilerini, motivasyonlarını ve yeterliliklerini ifade etmektedir” (38). Bu tanımda görüldüğü üzere, DSÖ’nün tanımında olduğu gibi, sağlık okuryazarlığı ile okuryazarlık arasında bağlantı kurmakta ve kişisel yeteneklere dikkat çekmektedir (1).

Sağlık okuryazarlığı, DSÖ’nün 2012 yılında altmış ikinci oturumunda 53 üye devletin kabul ettiği, Avrupa sağlık politikasının önemli bir boyutudur. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının ve toplumda bulunan bireylerin katılım göstermesini ve bu anlamda güçlendirilmesine yönlendirecek çalışmaların aracısı olup aynı zamanda da bu çalışmaların neticesi olmuştur (39).

DSÖ, 2013 yılında sağlık okuryazarlığını; “Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlıkla ilişkili olup insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istek ve kapasiteleridir” (28) şeklinde tanımlayarak hem genel okuryazarlık ile bağlantı kurmuş hem de kişisel kapasiteye dikkat çekmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı da sağlık okuryazarlığını tanımlarken bireysel becerilere vurgu yapan bir tanımlama yapmıştır: “Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder” (5).

4.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı, sağlık ve eğitim sistemi ile ilişkili, kitle iletişimi ile bağlantılı, toplumun tüm kesimini ilgilendiren bir ihtiyaçtır (40).

Sağlık okuryazarlığı ile genel okuryazarlık kavramı, sağlık okuryazarlığı hakkındaki bileşenleri analiz eden araştırma sayısının artışına kadar birbiriyle iç içe görülüyordu. Hâlbuki sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık kavramından farklıdır ve birçok faktörden etkilenir. Bunlar; bireyin gelir ve eğitim seviyesi, çalışma durumu, sosyal güvencesinin olup olması, ırk/etnik kökeni, yaşı ve cinsiyeti gibi sağlığıyla bağlantılı olan etkenlerdir (38).

1990 yılında DSÖ ve Amerikan Tabipler Birliği (AMA) raporlarında ilk kez sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlık sonuçları arasındaki bağlantının önemine dikkat çekilmiştir (41). Yapılan araştırmalar sonucu yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarına etkisinin “sağlığı koruma ve geliştirme uygulamaları hakkındaki bilgi/uygulama eksikliği ve bu hizmetlerden yararlanmayla ilgili problemler (42); (43); (44), hastalık idrakinin artması, fiziksel hastalıkların ortaya çıkması (36), yetersiz bireysel inanç ve bakım (45), verilen sağlık eğitimlerini anlamada zorluk, kronik hastalık yönetiminin etkin yapılamaması ve tedaviye uyumda zorluklar (46); (44), ilaç uygulama hatalarında yükseliş, hastaneye yatış hızında ve bununla birlikte sağlık giderlerinde artış” şeklinde görülmektedir (47). Yapılan sistemli bir çalışmaya göre ise düşük sağlık okuryazarlığının sağlık maliyetlerinde %3-5 ek bir yükselişe sebep olduğu görülmüştür (48).

Bir kişi eğer sağlık okuryazarıysa, bilimsel bilgi, sağlık, kültürel inançlar ve tıp konusundaki özel ve genel sohbetlere kolaylıkla dahil olabilir. Sağlık okuryazarlığı, aynı insanların yetenekleri gibi bireyin hayatı boyunca gelişmeyi sürdürür ve kültürel, psikososyal, demografik ve sosyopolitik faktörlerden etkilenir. Sonunda sağlık okuryazarlığının yararları toplum, kültür, ev ve iş gibi yaşamın tüm etkinliklerini bütünüyle etkiler. “Ottawa Sağlığın Teşviki Sözleşmesi”nde bahsedildiği gibi bu durum; “sağlık yaşamın amacı değil, hayatın kaynağıdır” cümlesiyle entegredir (6).

Sağlığı geliştirme amacının, yalnızca sağlık alanında gösterilen gayret ile olamayacağı Ottawa Şartı’nda belirtilmiştir (49). Buna göre bilim dünyasının meydana getirdiği bilgilerin toplumla anlaşılabilir bir dille paylaşılması, toplumun da bu

bilgilere ulaşıp, bilgileri anlayıp yorumlayarak doğru davranışlar meydana getirmesi önem taşımaktadır. Örnek vermek gerekirse diyabet, yüksek tansiyon ya da kalp-damarla ilgili rahatsızlıkların sebepleri, teşhis yolları, korunma ve önlemeye yönelik yapılması gerekenler hakkında topluma bilgiler iletilmelidir. Toplum da bu bilgilere erişebilmeli, hastalıklarla ilgili anlatılanların önemini idrak edebilmeli ve yaşamında buna göre davranış değişikliklerine gitmelidir (50). Toplumun bunu sağlayabilmesi doğrudan sağlık okuryazarlığı seviyesi ile bağlantılıdır.

Sağlık hizmetlerinin yaşamımızdaki önemi gün geçtikçe artmaya devam etmektedir. Yeni teknolojilerin gelişmesi, randevu sitemlerinin değişmesi, ödeme sistemlerindeki farklılıklar gibi birçok etken sağlık sistem yapısının karmaşık bir duruma gelmesine neden olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı; kişinin sağlığını koruması, sağlığını kaybettiğinde sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, bu hizmetleri kullanabilmesi ve bu hizmet alımından sonra sağlık çalışanları tarafından kendisine iletilen uyarı ve yönergelere uyumu, ayrıca doktor tarafından kendisine verilen ilaçlarının kullanımı dahil çoğu süreçte önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık okuryazarlığı kavramı toplum içinde çoğu kişiye tanıdık gelmez. Aslında gündelik yaşamımıza baktığımızda sağlık okuryazarlığı ile ilgili pek çok durum karşımıza çıkmaktadır (51):

- Satın almış olduğumuz gıda paketinin etiketini okumamız,
- Gazete ve dergilerde sağlık konulu haberler okumamız,
- Televizyonda sağlık hakkındaki programları izlememiz,
- Egzersizle birlikte aynı zamanda beslenmemize de dikkat ederek diyet yapmamız,
- Herhangi bir sağlık kuruluşuna (aile hekimliği, devlet hastanesi, özel hastanesi, üniversite hastanesi gibi) ne kadar sıklıkla başvuracağımıza karar vermemiz,
- Hekim muayenesi için randevu almamız,
- Eğer ilaç kullanmamız gerekirse doktorun direktiflerine uymamız, ilacın prospektüsünü okumamız gibi yaptığımız ya da yapmadığımız daha birçok şey sağlık okuryazarlığıyla ilişkilidir.

Yapılan bir araştırmada sağlık okuryazarlığı seviyesi iyi olan annelerin kontrol grubuna kıyasla daha az prematüre ve düşük doğum yaptıkları, yenidoğanlardaki ölümlerin daha az olduğu ve bebeklerini anne sütüyle besleme oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (52). Kadınlarda okuryazarlık seviyesinin antenatal bakım alma

(53); bir sağlık kuruluşunda doğum yapma ve çocukluk dönemi aşıları ile ilgili bilgi (54); (55); (56) ilişkisi belirtilmiştir. Hem bebek hem de anneye sağlık okuryazarlığı düzeyinin doğrudan etkisi vardır. Eğer gebe, sağlık sisteminden gebeliği nedeniyle ilk defa hizmet alıyorsa sağlık okuryazarlık seviyesinin gebelik hakkındaki ana konuları anlayıp kullanmasına, kendisi ve bebeği için sağlıkla ilgili doğru kararları verebilmesine etkisi olacaktır (57). Bunun yanında kadının sağlık okuryazarlığı düzeyi ileriki zamanlarda hem kendisi hem de ailesi için sağlıkla ilgili problemlere hangi yöntemle özüm arayacağını da belirlemektedir. Sağlık okuryazarlığı bununla birlikte kadının gelecekte kendisiyle beraber ailesinin de sağlıkla ilgili problemlerine nasıl özüm bulacağını göstermektedir (58).

Sağlık okuryazarlığı, hasta olmayan bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma ve bunları etkili kullanma yeteneklerini geliştirirken; hasta olan bireylerin de hastalıklarında daha etkin görev almalarını sağlamaktadır (59). Doktorun verdiği ilaç reçetesi, sağlıkla ilgili eğitim broşurleri, randevu kartları, doktorların söylediklerini idrak etme ve sağlık sistemlerini kullanabilme becerisi sağlık okuryazarlığını oluşturur (60). Ayrıca sağlık okuryazarlığı; doktorun vermiş olduğu ilaç reçetesinin doğru kullanımını, yapılacak müdahale ile ilgili rıza belgesini anlamayı ve onaylamayı, kişisel bakım ve hastalığın yönetimi hakkında karar alabilmeyi, evde tıbbi cihaz kullanmak gerekiyorsa bunu doğru kullanabilme becerisini içerir (47).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde sağlık okuryazarlığı, etkili bir güç olarak kullanılmaktadır (61). Özellikle kronik hastalığa sahip bir bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi duşukse bazı olumsuz durumlarla karşılaşılabilir: Sağlık sistemine uyum sağlayamamak, tıbbi geçmişini doğru verememek, doktor randevularını düzenli takip edememek, ilaçları doğru zamanda, doğru dozda kullanmamak, hastalığına özel verilen rejime uyum sağlamamak ve hastane yatış oranlarında yükselme gibi (62); (63); (64).

Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan biri de kalp yetmezliğidir. Sağlık okuryazarlığı, bu hastalığın tedavisi süresince doğru kararı vermede önemli bir noktadadır (65). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin duşuk olması, sağlık sisteminden tam anlamıyla yararlanmama ve sağlık sonuçlarının kotu olması ile kuvvetli bir ilişki içindedir (42). Daha önce yapılmış çalışmalar, sağlık okuryazarlığı düzeyi duşuk ve

kalp yetmezliğine sahip bireylerin, diğer kronik hastalıkları olan bireylerden (66) çok daha olumsuz yaşam kalitelerinin olduğunu göstermektedir (67); (68); (69); (70).

Sağlık okuryazarlığı, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinin haricinde bulaşıcı hastalıklar için de önem arz etmektedir. Örneğin, COVID-19 salgınında bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ne kadar önemli olduğu görülmüştür (71); (72). Koronavirüsün yayılma hızının yüksek olması, bireylerin bu virüsle ilgili fazla miktarda bilgiye maruz kalmasına ve bunları da yine hızlı bir şekilde yaşamlarına uyarlamasına sebep olmuştur (73). Bu dönemde ayrıca infodemi yaşandığı düşünülmüş, salgının dünyadaki yetersiz sağlık okuryazarlığına ortaya çıkardığı görülmüştür. Sağlık iletişim birimleri, kişileri SARS-Cov-2, virüsün yayılmasını önleme veya virüsten korunma yöntemleri hakkında bilgilendirmek amacıyla uğraşmışlardır. Bu aşamada anlaşılması ve uygulaması daha basit, pratik çözümler önermişlerdir. El yıkamak ve fiziksel mesafeyi korumak örnek verilebilir. Ancak tüm bu bilgilerin herkesin anlayabileceği şekilde basit, anlaşılır olmadığı görülmüştür. Bireylerin bu bilgilere ulaşması ve bunları kullanabilmesi, anlayarak hayatında uygulayabilmesi sağlık okuryazarı olmalarına bağlıdır (74). Avrupa'daki bir çalışmada yetişkin bireylerin hemen hemen yarısının sağlık okuryazarlığının yeterli olmadığı görülmektedir (75).

Kişilerin hastalık hakkındaki bilgilerini anlamlandırması yalnızca virüse yönelik bilimsel anlayışı geliştirme amacıyla değil, bununla birlikte kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek ve halk sağlığı ile ilgili doğru mesajların iletildiğinden emin olunması yönünden dikkat çekmektedir (76). Bununla bağlantılı olarak halk sağlığı için önemli bir yeri olan sağlık okuryazarlığına, küresel anlamda gereken önem verilmemektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı sessiz bir salgın şeklinde ifade edilmektedir. Bütün bu nedenler, daha çok ülkede genel sağlık okuryazarlığının tespiti için uygun planlama gereksinimini ortaya çıkarmaktadır (77).

Koronavirüs salgını sırasında sağlık uzmanlarının ikazlarına rağmen gereken hassasiyetin gösterilmemesi, insanların sosyal mesafeye dikkat etmeden bir araya gelmesi sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu durum yalnızca kişileri değil aynı zamanda halk sağlığını da tehdit etmektedir. Sağlık okuryazarlığı kişilerde etkili bir davranış değişikliği oluşturmaktadır. Bu nedenle yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip kişilerin sağlıklı davranışlara sahip

olması daha olasıdır. Buna ilişkin sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek olan toplum da yapacağı davranışlarla hem bireysel hem de diğer insanlarla birlikte bir salgına karşı nasıl koruyucu davranışlar sergilemesi gerektiğini bilmektedir. Bu aşamada doğru ve anlaşılır bilgilerin oluşturulmasında bilgi sağlayıcılar, sağlık uzmanları, medya, devlet ve toplumun önemli görevleri vardır (76). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde görev alan gruplar ve yararları Tablo 2’de gösterilmiştir (31).

Tablo 4.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Etkisi Olan Gruplar ve Yararları (31)

Rol	Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine faydası
<p>Tüketiciler</p> <p>- Sağlık hizmeti talep eden ve yarar sağlayan</p> <p>- Sağlık hizmeti planlamasında karar verme sürecinde olan</p> <p>- Günlük yaşamlarında sağlıklarıyla ilgili karar veren kişiler</p>	<p>- Tüketicilerin sağlık ve sağlık sistemi ile ilgili bilgilerine değer kazandırır.</p> <p>- Bireylerin sağlık hizmetlerinde kendi sağlıkları hakkında karar alırken daha bilinçli olmasına olanak sağlar.</p> <p>- Tüketicilerin, sağlık sistemi içinde ihtiyaç duyacakları şeyler hakkındaki farkındalığını yükseltir.</p> <p>- Tüketicilerin sağlık hizmetiyle ilgili bilgileri ile sağlık hizmeti planlaması ve değerlendirmesine ilişkin karar ve çalışmalarında etkili duruma getirerek süreçte daha etkin rol oynamalarına destek olur.</p>
Sağlık Hizmeti Sunucuları	<p>- Tüketiciler sağlıkları hakkında yapılması gerekenlerle ilgili uygun kararlar alıp doğru çalışmalarda bulunabilecek olmaları nedeniyle sağlık hizmeti sunucularıyla tüketicilerin işbirliğinin daha kolay olması söz konusudur.</p> <p>- Tüketicilerin sağlıkla ilgili bilgilere erişimi, bunları kavraması ve uygulaması daha kolay olması sebebiyle sağlık hizmeti sunum şeklinin farklı olmasında katkıda bulunur.</p> <p>- Sağlık hizmeti sunucuları hasta iletişimlerini düzelterek karşılıklı zarar görme riskinin asgari seviyeye indirilmesinde destek olur.</p>

Sağlık Hizmeti Yöneticileri	<ul style="list-style-type: none"> - Tüketicilerin sağlığa yönelik yapılması gerekenleri yerine getirmek ve uygun kararları almak için sağlık hizmeti sunum şeklinin karmaşıklığını azaltmada etkili olur. - Tüketicilerin sağlık hizmetlerinde bilinçli ve etkin görev almaları yöneticilere yardımcı olur. - Tüketicilerin anlaşılır ve aktif sağlık bilgilerine erişimlerinin daha kolay olması yöneticilere yardımcı olur. - Sağlık hizmetinin daha güvenli ve daha kaliteli olmasında yöneticilere destek olur. - Tüketicilerin zarar görme risklerinin karşılıklı etkin iletişim ve bilgi alışverişiyle asgari seviyeye indirilmesi yöneticilere destek olur.
Politika Yapıcılar	<ul style="list-style-type: none"> - Sağlık sisteminin düzenlenmesi ve verilen hizmetin, tüketicilerin sağlıkları ve sağlıkları için aldıkları hizmetlere ilişkin olarak uygun çalışmalarda bulunmalarıyla etkili kararlar geliştirmelerine imkan tanıyacak şekilde biçimlendirilmesi, politika yapıcılara yardımcı olur. - Tüketicilerin anlaşılır ve etkin sağlık bilgilerine erişimlerinin daha kolay olması politika yapıcılara yardımcı olur. - Sağlık hizmeti sunucuları, sağlık tesisleri ve tüketiciler arasında işbirliğinin daha kolay olmasını sağlayacak etkili bir alan oluşturmada politika yapıcılara yardımcı olur.

Sağlık okuryazarlığı halk sağlığının önemli bir konusudur. Genel anlamda bakıldığında toplumların okuryazarlığı yeterli seviyede değildir. Bu da kişilerde, korku, güvensizlik ve özsaygı eksikliğine ek olarak, durumlarından utanarak bunu saklamaya çalışmaktadır. Sağlık okuryazarlığı seviyesi yeterli olmayanların, sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek olanlara kıyasla sağlık personeline bireysel hallerini anlatma yetenekleri daha zayıftır. Pek çok hasta kendisiyle ilgili vereceği bilgilerden emin olmamakla beraber anlatılanın anlaşılacağı korkusuyla sağlık hizmeti sunanlarla kısıtlı iletişim kurmaktadır. Hastanın kendine güveninin yeterli olmaması yanında, hasta ile sağlık hizmeti verenler arasındaki ilişkide bulunan güç farkı sebebiyle, soru sorma konusunda bazı hastalar geri durmakta veya doğru anlamadıkları tedavi talimatları için açıklama istememektedir. Bu asimetrik iletişimde güç doktor tarafında olup hasta, pasif iletişim pozisyonundadır. Bu da hastanın doktorun sorularına tam cevap verememesine veya doktora soru soramamasına neden olmaktadır. Ayrıca hastalar doktorla anlaşamadığı durumlarda da sessiz kalabilmekte; sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olmayan hastalar, hekimin sabırlı olmaması ya da

kızgın durumda olması halinde korku sebebiyle herhangi bir soru soramamakta ve hatalı olabilecek bilgileri ifade etmemektedir (78).

Çatı ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmanın (15) sonucunda sağlık okuryazarlığı ile ilgili bilgi seviyesinin yükselmesinin hasta memnuniyetini olumsuz bir şekilde etkilediği görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseleceğine yönelik varsayım göz önüne alındığında memnuniyetin de yükselmesi amacıyla sağlık işletmelerinin bazı yeniliklerde bulunması şart olmaktadır.

4.3. Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Kavramsal Modeller

Sağlık okuryazarlığı; dinleme, okuma, çözümlenme ve karar verme gibi pek çok yeteneğin sağlık durumlarına uygulanmasıdır. Kolay bir okuma yeteneği değildir. Bu durumun farkında olan akademi çalışanları ve araştırmacılar, sağlık okuryazarlığı hakkında birçok kavramsal model geliştirmiştir. Sağlık okuryazarlığı konusunda geliştirilmiş en önemli kavramsal model Sorensen ve arkadaşları (79) tarafından oluşturulan, sağlık okuryazarlığını tümüyle ele alan, Türkiye ve Avrupa'daki sağlık okuryazarlığı araştırmalarında teorik çerçevesinden yararlanan sağlık okuryazarlığı bütünlük kavramsal modelidir. Bu modelde, sağlık okuryazarlığı ile ilgili 17 tanım ve 12 model araştırılmış, buna göre sıralı şekilde sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde; sağlık hakkındaki bilgilere erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama yetenekleri, sağlık bilgisi, motivasyon ve yeterliliklere atıfta bulunan ve 12 boyutu bulunan bütünlük bir kavramsal model geliştirmişlerdir. Bu kavramsal model, sağlık konusunda 4 yetkinlik gerektirmektedir; Bilgilere erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama. Bu yetkinliklerle birlikte etki alanı olarak değerlendirilen; sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi alanları 12 boyutlu matrisi oluşturmaktadır (1).

Tablo 4.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Sağlığın Üç Alanına Uygulanan Dört Boyutu (79)

	Sağlık Hakkında Bilgiye Erişme/ Sahip Olmak	Sağlıkla Hakkındaki Bilgiyi Anlamak	Sağlıkla Hakkındaki Bilgiyi Değerlendirmek	Sağlıkla Hakkındaki Bilgiyi Uygulamak
Sağlık Hizmetleri	Tıpla ilgili ya da klinik konularda bilgilere erişme	Tıpla ilgili bilgiyi anlama ve anlam kazanma becerisi	Tıpla ilgili bilgiyi yorumlayabilme ve değerlendirebilme	Tıpla ilgili konular hakkında bilinçli kararlar alma becerisi
Hastalıkların Önlenmesi	Sağlığı riske eden etkenler hakkında bilgilere erişim	Risk etmenleriyle ilgili bilgi sahibi olma ve anlam çıkarma	Sağlık hakkında risk etmenlerini yorumlayıp değerlendirebilme	Sağlık hakkındaki risk etmenleriyle ilgili bilinçli kararlar verebilme
Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlığın toplum ve çevre ile ilgili belirleyicileri hakkında kendini devamlı olarak yenilemek	Sağlığın toplum ve çevre ile ilgili belirleyicilerine yönelik bilgilere anlam kazandırma	Sağlığın toplum ve çevre hakkındaki belirleyicilerine yönelik bilgileri değerlendirmek	Sağlığın toplum ve çevre ile ilgili belirleyicilerine yönelik bilinçli karar verme

Çeşitli araştırmacılar, farklı boyutlarda sağlık okuryazarlığının kavramsal modellerini sınıflandırmıştır. Nutbeam'in sağlık okuryazarlığı için geliştirdiği model 3 boyuttan oluşmaktadır (80):

1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı: Sağlık hakkındaki günlük etkinliklere katılım, sağlık konusunda metinleri okuma-yazma, sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı ve sağlık riskleri hakkındaki bilginin artırılması için ana becerileri içermektedir. Burada yapılan çalışmalar, kişisel faydaya neden olmakla beraber topluma kattığı fayda da göz ardı edilemez.

2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı: Fonksiyonel sağlık okuryazarlığına kıyasla sosyal yeteneklerle beraber daha fazla gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık kapasitesine ihtiyaç duyulmaktadır. Kişisel kapasitenin artırılması ve alınan öneriye göre kişinin motivasyon ve kendine olan inancının yükselmesine vurgu yapmıştır. Bireyin, kişilerarası iletişim ve kitle iletişimi gibi iletişimin değişik alanlarından aldığı mesajları anlamlandırabilmesi ve farklılık barındıran şartlar ve ortamlarda sağlık

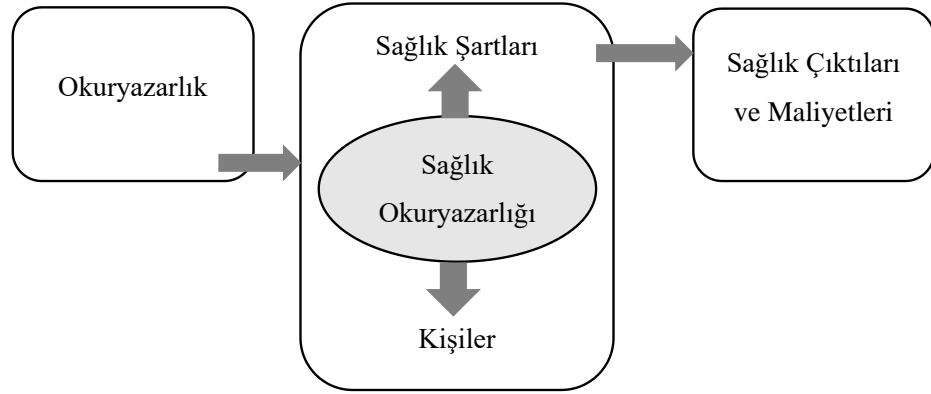
bilgisini hayata geçirebilmesi gerekmektedir. İnteraktif sağlık okuryazarlığı kazanımı sosyal seviyeye göre daha çok kişisel seviyededir.

3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı: Kişisel olmasının yanında sağlığın ekonomiyle ilgili, toplumsal ve çevresel bileşenlerini de desteklemeyi sağlayan ileri seviyede bilişsel beceri ve okuryazarlık seviyesine ihtiyaç duyulmaktadır. Kişinin medyadan ve sağlık profesyonellerinden sağladığı sağlık bilgisini anlamlandırabilmesi ve eleştirel bir değerlendirmeye tabi tutması beklenmektedir. Bu boyutta, kişi verilen bilgileri değerlendirip eleştirebildiğinden kişisel niteliğin yanında toplumsal nitelik de sağlanmaktadır.

Nutbeam, okuryazarlık ile sağlık okuryazarlığının birbirleri arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu; sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesinde eğitimin çok önemli olduğunu savunmaktadır. Fakat bu eğitimin kişilerin var olan hayat tarzlarını ve anlayışlarını farklılaştırmak için olmaması gerektiğini savunmaktadır. Bununla birlikte sağlık eğitiminin sağlığın ekonomik, toplumsal ve çevreyle ilgili etkenlerle ilgisi olan farkındalığı harekete geçirebileceğini ve bireysel ve sosyal faktörlerin teşvik edilmesinin bu etkenleri şekillendirebileceğini ifade etmektedir.

Lee ve arkadaşları (81) sağlık okuryazarlığı kavramsal modelinde birbiriyle ilişkili olan 4 etmen ifade etmektedir: Hastalık ve kişisel bakım, riskli sağlık davranışı, önleyici hizmet ve hekim ziyaretleri, tedaviye uygunluk. Kişinin sağlık okuryazarlığı seviyesini; sosyoekonomik hâl, cinsiyet, gelir farklılıkları, sağlık sigortasının kapsamı, kişinin etnik kökeni, topluluğun etnik bileşimi ve hastalık şiddetinin etkilediği ifade edilmektedir. Lee ve arkadaşlarının sonuçlarında 3 nokta ifade edilmektedir: Sağlık durumu, hastanede tedavi ve acil bakım.

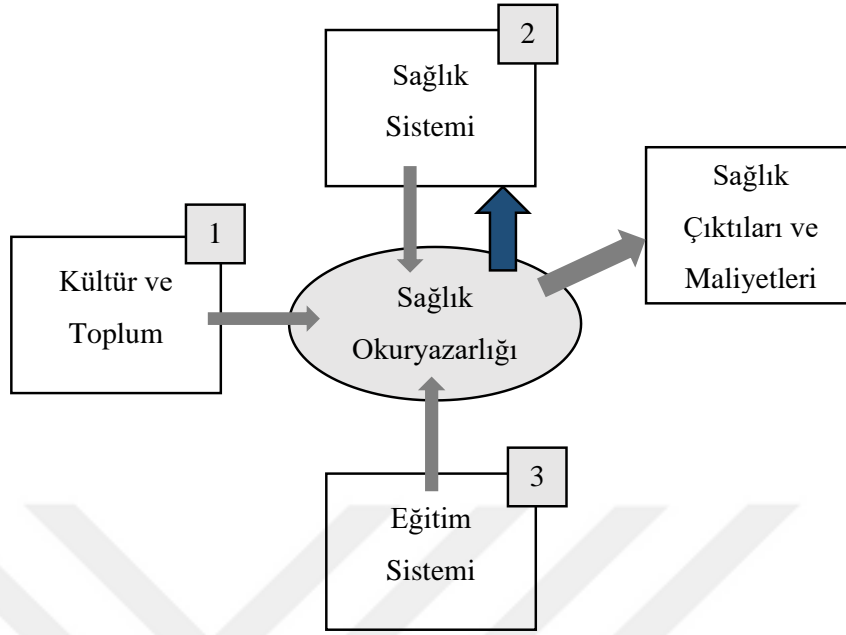
IOM sağlık okuryazarlığı kavramsal çerçevesini okuryazarlığı temel alarak belirlemiştir (Şekil 4.3.1). Sağlık okuryazarlığı kişilerle sağlık şartları arasında faal bir aracı olarak bulunmaktadır. Bu da gösteriyor ki, sağlık okuryazarlığı, sağlık koşulları ve okuryazarlığın arasında adeta bir köprü görevi görmektedir. Bahsedilen sağlık koşulları, “sağlık hakkındaki pek çok hâli ve faaliyeti” göstermektedir (82).



Şekil 4.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli (4)

Sağlık okuryazarlığı, kişisel ve toplumsal etkenleri buluşturan bir noktadır. Kişilerin sağlık okuryazarlığı yeteneklerine ve algılama düzeylerine eğitim, kültür ve dil aracılık eder. IOM tarafından yayınlanan sağlık okuryazarlığı ile ilgili raporda, sağlık okuryazarlığının çerçevesini düzenleyen ekip, müdahalede bulunulması zorunlu 3 ana alan seçmiştir; kültür ve toplum, sağlık sistemi ve eğitim sistemidir (Şekil 4.3.2). Buna göre, sağlık okuryazarlığındaki potansiyel etmenler gösterilmekte, kişilerin etkileşimde oldukları eğitim sistemi, sağlık sistemi, toplumsal ve kültürel etkenler sonunda sağlık çıktılarına ve maliyetine etki etmektedir (4). Farklı bir ifadeyle sağlık okuryazarlığı; bireylerin kişisel yeteneklerinin sağlık çevresi, sağlık sistemi, eğitim sistemi ve aileyle, bu sayılanların haricinde iş ve toplumda bulunan sosyal ve kültürel etkenlerle etkileşimi sonucunda belli bir şekle girmektedir (83).

Potansiyel Müdahale Alanları



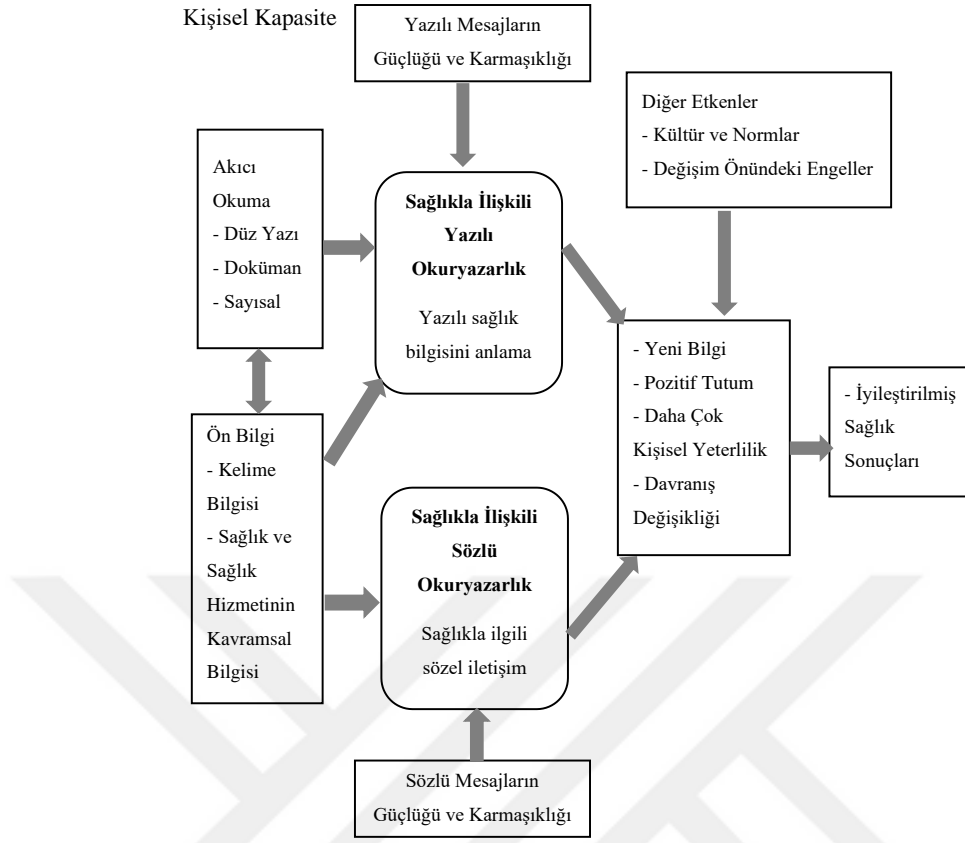
Şekil 4.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modelinde Bulunan Potansiyel Müdahale Alanları (4)

Zarcadoolas ve arkadaşları (6) sağlık okuryazarlığını dört temel boyutta ele almıştır. Sırası ile temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlıktır (6). Temel okuryazarlık, okuma-yazmanın yanında konuşma ve sayılarla işlem yapabilme kabiliyetlerini de kapsamaktadır. Ve sağlık okuryazarlığı için büyük bir öneme sahiptir. Sayısal becerilerle ilgili değişik tedavi yöntemlerinin yüzdelerinin kıyaslanabilmesi önem taşımaktadır. Bilimsel okuryazarlık, ana bilimsel kavramlarla ilgili bilgiyi, teknolojiyi ve teknik karmaşıklığı anlamayı, ortaya çıkan farklılıkları kavramayı içermektedir. Tıptaki teknolojik ilerlemeler, bilimle ilgili bir anlayışın olmasını gerektirir. Ancak yapılan araştırmalarda, kişilerin bilime karşı ilgisinin fazla olmadığı görülmektedir. Kültürel okuryazarlık, kişilerin sosyal kimliklerini, dünya görüşlerini, geleneklerini anlama ve kullanma yeteneklerini içermektedir. Sağlık bilgisini yorumlama ve bunun sonucunu eyleme geçirme aşamasında bütün kişiler kolektif inançlarını, geleneklerini, dünya hakkındaki görüşlerini ve sosyal aidiyetlerini kullanmaktadırlar. Yurttaşlık

okuryazarlığı, halkla ilgili konuları fark etme ve bunları tartışabilme yeteneğiyle birlikte karar verme süreçlerine katılma yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Sağlık bilgisine nasıl ve nereden ulaşılacağını öğrenme, bu bilgi kaynağının güvenilirliğinin anlaşılmasını sağlayan medya okuryazarlığı becerileri ile bireylerin davranış ve yapmış oldukları seçimlerin yakın çevrelerine ve topluma tesirini anlama becerisi de bu okuryazarlık içinde ele alınmaktadır. Dört boyuttaki okuryazarlık hakkındaki becerilerin diğer alanlarda bulunan eksikliği karşılayabileceği ve diğer okuryazarlık becerilerinin geliştirilmesine sahip olunan yeteneklerin yardım edebileceği ifade edilmektedir (84).

Speros'un modelinde (85) diğer modellerden farklı olarak sağlık hizmetleri tüketicisi rolünü de göz önünde bulunduruyor olmasıdır. Bunun yanında okuryazarlık ve sağlıkla ilgili eski tecrübelerin etkisine de vurgu yapmaktadır. Dahası modelin sonuçlarında; hastanın iyileşmesi, sağlık bilgisinin artması, hastane yatış süresinin kısalması ve sağlık hizmeti kullanımının daha az olmasıyla birlikte sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılmasının daha az miktarda sağlık harcamasına sebep olacağı ifade edilmektedir. Bu model, sağlık okuryazarlığı seviyesinin artmasıyla sağlık harcamalarının düşeceğini ifade etmesi bakımından önem arz etmektedir.

Baker tarafından oluşturulan sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli Şekil 4.3.3'te gösterilmiştir:



Şekil 4.3.3. Kişisel Kapasite, Sağlıkla İlişkili Yazılı ve Sözel Okuryazarlıkla Sağlık Arasındaki İlişkinin Kavramsal Modeli (86).

Kişilerin bireysel kapasiteleri ile anlatılmak istenen becerilerini, sağlık bilgilerini, sağlık profesyonellerini ve sağlık sistemlerini etkin bir biçimde yönlendirebilmesi için gereksinim duyduğu bir dizi kaynaklar bütünüdür. Burada vurgulanmak istenen, yeteneğin akıcı okuma ve ön bilgi alanlarına dikkat çekmektir. Bunlar, sağlık ve sağlık bakım hizmetleri ile ilgili kelime bilgisi ve kavramsal bilgileri kapsar. Akıcı okuma, yazılı gereçleri mental olarak anlamayı ve yeni bilgi üretme becerisini içeren bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Ön bilgi (örneğin, bireyin sağlık hakkındaki araçları okumadan ya da bir tıp uzmanıyla görüşmeden önceki ön bilgisi) kelime dağarcığından ve kavramsal bilgiden (vücudun sisteminin nasıl işlediğini anlama veya hastalığın vücuda verdiği zararı anlama gibi) meydana gelmektedir (86).

Paashe-Orlow ve Wolf (87) tarafından sağlık okuryazarlığının kavramsal boyutları; dinleme, sözel akıcılık, hafıza süresi ve yön bulma şeklinde ele alınmıştır.

Sağlık okuryazarlığında, kişinin hafızası, kendini doğru ve düzgün ifade edebilmesi, karşısındakini dinlemesi ve doğru bilgiye ulaşabilmesinin önemine vurgu yapmaktadırlar. Bu modele göre sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerine erişim, kişisel bakım ile sağlık hizmeti sunan ekip ve hasta arasındaki etkileşim olmak üzere üç ana noktada sağlık sonuçları üzerinde etkisi olduğu görülmektedir.

Kickbusch ve Maag 2008 yılında sağlık okuryazarlığını, Nutbeam ile benzer şekilde üç boyutta ele almıştır: fonksiyonel, interaktif ve eleştirel. Kickbusch ve Maag tarafından oluşturulan modelde önermeler ve sonuçlar farklılık göstermektedir. Sağlık okuryazarlığında sağlık ve eğitim sistemiyle birlikte ülke ve topluluğun kültürüne de dikkat çekmektedirler. Aynı yıl içinde Manganello kitle iletişimi ve sağlık davranışları hakkında çalışmalar yapmış, Kickbusch ve Maag kavramsal modelinin üç boyutuna medya okuryazarlığını da ekleyerek kendi kavramsal modelini açıklamıştır (88). Bu ilk üç boyut Kickbusch ve Maag'ın boyutları ile benzerdir. Manganello'nun medya mesajlarını eleştirel bir şekilde değerlendirme yeteneği kapsamında medya okuryazarlığını ekleyerek değişiklik yaptığı görülmektedir (85).

Mancuso, sağlık okuryazarlığının kişinin hayatı süresince yavaş yavaş gelişen bir süreç olduğuna dikkati çekmektedir. Sağlık okuryazarlığının boyutlarını 3 başlıkta toplamıştır (89):

1. Kapasite Becerileri: Kalite ve güvenilirlik açısından sağlık bilgisini toplama, bu bilgileri inceleme ve değerlendirme, beraber çalışma, kaynakları yönetme, rehberlik, destek arama ve farklılığa ayak uydurmayı kapsamaktadır. Okuma, dinleme, analiz etme, karar verme, sayısal, sosyal ve sözel dil becerileri dikkate alınmalıdır.

2. Kavrama: Hastaya taburculuğu ile ilgili yapılan bilgilendirmeleri, onay formlarını, hasta eğitimine yönelik materyalleri ve tıbbi direktifler gibi önemli bilgilerin yanlış yorumlanmaması için önemlidir.

3. İletişim: İletişim becerileri; okuduğunu anlama, diğer kişilerin anlayıp, etkili dinleyebilmesi ve eleştiri yapabilmesi amacıyla düşünceler yazma ve konuşma ile taşıma olarak belirtilmektedir. Tüm kavramsal modeller içinde yalnızca Mancuso, sağlık okuryazarlığı boyutlarında iletişime dikkat çekmektedir (85)

Sağlık okuryazarlığı düzeyine etki eden demografik ve sosyal etmenler; kişinin sosyo-ekonomik durumu, mesleği, geliri, içinde bulunduğu kültürü, medya kullanımı

ve kullandığı dili bulunmaktadır. Irk, cinsiyet, yaş ve kültürel birikim göz önüne alınarak sağlık okuryazarlığı tahmin edilebilir. Bunun yanında aile, eş ve arkadaşlar da sağlık okuryazarlığında etkili olabilmektedir (90); (87); (88).

Sağlık okuryazarlığının ne denli önemli olduğunu, sağlık okuryazarlığına yönelik teorik çerçeveyi oluşturabilmek için pek çok kavramsal modelin geliştirilmesinde görüyoruz.

4.4. Bireysel Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi

Sağlık okuryazarlığının ölçümünde kullanılmak üzere geliştirilen pek çok ölçek bulunmaktadır. Ölçeklerdeki çeşitli sınırlılıklar, bu ölçeklerin farklı bölgelere uygulanmasını engellemektedir (91).

Türkiye’de Abacıgil ve arkadaşları tarafından geçerlik-güvenilirlik çalışmaları yapılarak Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR), Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) geliştirilmiştir (92).

IOM Komisyonu sağlık okuryazarlığını 2 bileşene ayırmıştır: Bireysel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı Çevresi. Bireyin sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında etkili kararlar vermek ve yararlı önlemleri almak amacıyla bilgiye ulaşmak, anlamak, değerlendirmek ve uygulamak amacıyla edindiği bilgi, beceri, motivasyon ve kapasite, bireysel sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık okuryazarlığı çevresi ise, sağlık sisteminin içinde bulunan ve bireylerin sağlık bilgisine ve hizmetlere ulaşma, anlama, değerlendirebilme ve uygulama yönteminde etkisi olan altyapı, politika, süreç, malzeme, kişi ve ilişkileri anlatır (37).

4.4.1. Bireysel sağlık okuryazarlığı ölçüm araçları

Bireysel sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarından en çok kullanılanları, REALM ve TOFHLA’dır (93).

4.4.1.1. Tıpta yetişkin okuryazarlığının hızlı tahmini (Rapid estimate of adult literacy in medicine - REALM)

1991 yılında Davis ve arkadaşlarının ilk kez tasarlayıp kullandığı test, sağlıkla ilgili terimleri tanıma ve bunları söyleme becerisini ölçen bir söyleyiş testidir. Bu ölçeğin en büyük avantajı uygulamasının hızlı ve kolay olmasıdır. Ölçek içeriği 66 tıbbi kelimedenden meydana gelmektedir (94). Bu testte bireylerin bir heceliden çok heceliye sıralanan kelimeleri okuması istenilmekte, kelimelerin okunması için her birine 5 saniye süre verilmekte ve bu süre içinde söyleyemedikleri kelimeleri pas geçmeleri gerekmektedir. Süre bittiğinde, doğru bir şekilde telaffuz edilen kelimelerin sayısı testten alınan puanı ifade etmektedir. Testin uygulama süresi yaklaşık olarak 3-5 dakikadır. Alınan puan 0-18 arası 3. sınıf okuma seviyesini ya da düşük sağlık okuryazarlığı; 19-44 arası 4-6. sınıf sağlık okuryazarlığı seviyesini; 45-60 arası 7-8. sınıf sağlık okuryazarlığı seviyesini; 61-66 arasındaki puan ise lise seviyesinde sağlık okuryazarlığını belirtmektedir. Bu testin daha sonra 8 maddeden oluşan kısa form hali de geliştirilmiştir (95). Özdemir ve arkadaşları tarafından bu ölçeğin Türkçe uyarlaması yapılmış, geçerlik ve tutarlılığı da belirtilmiştir (96).

4.4.1.2. Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testi (Test of functional health literacy in adults – TOFHLA)

Test, Parker ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Testin amacı; bireyin sağlık sistemini anlayarak sağlıklı bir iletişim kurabilme ve sayısal işlem yapabilmesini ölçmektir. Test sayısal bölüm 20 soru, sözel bölüm 50 soru olmak üzere 2 bölümden oluşur. Testin uygulanması yaklaşık olarak 22-25 dakika sürer. 0-59 puan yetersiz sağlık okuryazarlığı, 60-74 puan düşük sağlık okuryazarlığı ve 75-100 puan ise yeterli sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir (44). Bu testin de 40 soruluk kısa hali oluşturulmuştur (97). Kısa formu Ezgi Eyüboğlu ve Schulz tarafından Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik-güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir (98).

4.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Bireylerin kendi sağlığını doğru yönetebilmesi için temel nokta sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık ile sağlık bakımı hakkında bilgi ve becerilere sahip olmaları gerekmektedir. Bireyler, sağlık hakkındaki bilgileri anlayıp yorumlayabilmeli, sağlık bakımını araştırabilmeli ve önemli sağlık kararlarını alabilmelidir (99). Modern toplumda sağlığın anlaşılması güç taleplerini yerine getirmek için sağlık okuryazarlığı, bireylerin bilgi ve yetkinlikleriyle alakalıdır (79). Weiss ve Coyne yaptığı bir çalışmada (100), hastanın okuma düzeyi, doktor değerlendirmesinde onun sağlık öyküsünü ifade etmesini, ayrıca teşhis sonuçlarını etkileyebildiğini göstermiştir.

Kişiler, sağlık okuryazarlığını buldukları sosyal alanlarla ilişkili olarak edinmektedir. Kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyesinde; sağlıkla ilgili bilgilerin elde edilmiş ve kullanılmış olduğu ortamlar, kültür, iletişim becerileri ve sağlık sistemi etkili olmaktadır (65). Ayrıca bireyin sağlık okuryazarlığı ile işi, mesleği, geliri, sosyal çevresi, ailesi, medya kullanımı, dili, politik çevresi, sosyo-ekonomik durumu gibi sosyal ve çevresel etmenlerle etkileşim bulunmaktadır (79).

Sağlık okuryazarlığı, bireyler ve sağlık sistemi arasındaki etkileşimden oluşmaktadır. Bireysel ve sistem etkenlerinin karmaşık bir etkileşimidir. Bu sebeple sağlık okuryazarlığına etki eden faktörler bireysel ve sistemsel şeklinde iki gruba ayrılır (101).

Tablo 4.5.1. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler (101)

Bireysel Faktörler		Sistemsel Faktörler
- Yaş	- Kişilerin eski sağlık tecrübeleri	- Sağlık hizmeti sağlayanların iletişim seviyesi
- Cinsiyet	- Kişilerin sağlık hakkındaki inançları	- Sağlık bilgisinin karmaşıklığı
- Okuryazarlık düzeyi	- Sosyal ve ekonomik düzey	- Hizmet sunum alanının özellikleri
- Bilişsel yetenekler	- Sosyal destekler	- Zaman baskısı
- Sağlık seviyesi		

Bu faktörler arasındaki etkileşim sağlık çıktılarına etki eder, oluşan bu etkileşimden ise sağlık okuryazarlığı ortaya çıkmış olur (2); (102).

Sørensen ve arkadaşları, sağlık okuryazarlığına etki eden faktörleri, uzak (distal) faktörler ve yakın (proksimal) faktörler şeklinde gruplandırmışlardır. Uzak faktörler; sağlık okuryazarlığına etki eden demografik durum, dil, kültür, sosyal sistem ve siyasi güç gibi toplumsal ve çevresel belirleyicilerdir. Yakın faktörler ise bireysel ve durumsal belirleyicileri içermektedir. Bunlar; cinsiyet, yaş, ırk, eğitim, sosyoekonomik hâl, meslek, gelir, istihdam ve okuryazarlık şeklinde örneklenebilir. Sağlık okuryazarlığına etki eden durumsal belirleyiciler ise medya kullanımı, toplumsal destek, aile ve akran etkileri ve fiziksel çevre olarak örneklendirilebilir (79).

Sağlık okuryazarlığı seviyesine etki eden demografik etmenlerden biri cinsiyettir. Genel olarak kadınların sağlık okuryazarlığı seviyesinin erkeklere kıyasla yetersiz olduğu ifade edilmektedir. UNESCO'nun yapmış olduğu çalışma sonucuna göre 776 milyon yetişkin (veya tüm dünyadaki yetişkin nüfusun %16'sı) ana okuryazarlıkla ilgili becerilerden yoksundur. Bunun da 2/3'ü kadınlardır (103).

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen önemli etkenlerden biri medyadır. Sağlık hakkındaki bilgiler medya yoluyla daha fazla insana ulaşabilmek amacıyla basit olarak sunulabilir. Burada sağlık okuryazarlığı dikkatli ele alınmalıdır. Çünkü medya üzerinden sağlık konusunda bilgi sahibi olan kişilerin de çevresindeki insanları yönlendirme ihtimali bulunmaktadır (3).

Bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesi bazı farklı durumlarda diğerlerine göre daha düşük olabilir. Bunlar; dil ve kültür açısından farklılık, yaşlılık, sakatlıklarla yaşam, düşük ekonomik durum, alkol ve ilaç bağımlılığı, kronik ya da karmaşık hastalık deneyimi, evsiz olma, coğrafi ya da sosyal olarak soyutlanma olarak sıralanabilir. Bu etmenlerin sağlık okuryazarlığına etkisi sebebiyle kişisel sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi çoğu zaman sağlıkla ilgili eşitsizlikleri azaltmanın bir yöntemi olarak sayılmaktadır (104). Ayrıca yapılan farklı çalışmalarda da görülmüştür ki; kadınlarda, yaşlılarda, bekarlarda, siyahi ırkta, gelir ve eğitim seviyesi düşük olanlarda (105), göçmenler ile farklı devlet yardımlarına bağımlı kişilerde (38) sağlık okuryazarlığı seviyesi daha düşüktür.

Nielsen-Bohlman ve arkadaşları (36) sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılmasında üç ana müdahale alanını; kültür ve toplum, sağlık sistemi ve eğitim sistemi olarak açıklamışlardır. IOM, bu unsurların karmaşık pek çok beceri ve etkileşimin sonucu olduğunu belirtmiştir. Bunlara yapılacak herhangi bir müdahale, sağlık okuryazarlığı seviyesini yükseltecektir. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükselmesiyle de sağlık çıktıları ve maliyetleri doğrudan etkilenecektir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı'nın çalışmasındaki sağlık okuryazarlığı konusunda ülkeler arasındaki farklılıkların olmasıyla birlikte ülke içindeki birtakım grupların da avantajlı olmadığı belirtilmiştir. Öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olanlar, yaşlılar, sosyal statüsünün düşük olduğunu ifade edenler, sağlık durumunu kötü olarak algılayanlar ve sağlık problemi sebebiyle etkinlik sınırlaması olanların sağlık okuryazarlık seviyesinin daha düşük olduğu görülmüştür (65). Pasaasce-Orlow ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olmasıyla yaş, etnik köken, öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi arasında ilişki olduğu ifade edilmiştir (106).

Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Raporunda; “2045-2050 yıllarına ulaştığımızda beklenen yaşam süresinin gelişmiş ülkelerde 82 yıl, az gelişmiş ülkelerde ise 75 yıl olacağı tahmin edilmektedir. 2050 yılında gelişmiş ülkelerde yaşayan her üç kişiden birinin, az gelişmiş ülkelerde ise her beş kişiden birinin 60 veya daha ileri bir yaşta olacağı öngörülmektedir” şeklinde bir açıklama ifade edilmektedir. Bu da gösteriyor ki, toplam nüfus içinde üretime katkı sağlayan nüfus azalacaktır. Nüfusun yaşlanması ve bununla beraber kronik hastalıklardaki yükseliş de olası olumsuz sonuçlardandır. Kronik hastaların yönetiminin, yüksek maliyetli olması ve bununla birlikte sağlık sistemine ek maliyetler yüklemesi, tedavi boyunca sorumluluğun hasta ve sağlık çalışanlarında olması gibi sebeplerle sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde etkili olduğu görülmektedir (107).

Sağlık sisteminin ve sağlık profesyonellerinin, sağlıkla ilgili bilgileri ve vermiş oldukları sağlık hizmetinin anlaşılabilir olması sağlık okuryazarlığına etki etmektedir. Medya, resmi ve özel kuruluşlar, sağlık profesyonelleri sağlıkla ilgili bilgileri genellikle anlaşılması zor bir şekilde sunabilmektedir. Bunlarla bireylerin etkileşimi kişisel ve toplumsal sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (108).

Gelişen teknoloji ve tıpla birlikte bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma oranı artış göstermiştir. Bunun sonucunda sağlık iletişimi etkeni önem kazanmıştır. Doğru ve etkili kurulan sağlık iletişiminden hasta, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri memnun olmaktadır. Buna ek olarak sağlık okuryazarlık seviyesinin yüksek olması başarılı ve doğru sağlık iletişimine katkı sağlamaktadır. Yüksek sağlık okuryazarlık seviyesi; hasta ve hasta yakınlarının, sağlık profesyonellerinin vermiş olduğu geri bildirimleri anlamasını, akıllarında kalan soruları sormalarını, teşhis ve tedavi sürecine aktif olarak katılım sağlamalarını sağlamaktadır (109). Bireyler sağlık hizmeti alırken, hasta ve sağlık çalışanı arasında doğru bir iletişim olması, tedavi sırasında ve reçeteye ilgili talimatların anlatımında, hastanın eğitim düzeyinin dikkate alınması, sağlık okuryazarlığı seviyesini olumlu yönde etkilemektedir (3). Böylece hatalı bir iletişim kurulmamaktadır. Bu sebeplerden dolayı kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyesi sağlık iletişimi açısından önemlidir (109).

4.6. Hasta Memnuniyeti

Sağlık sistemlerinde, 1960'lı yılların sonlarında, hastalar edilgen konumdan etken konuma geçmişlerdir. Bu yıllarda meydana gelen teknolojik olaylar, diğer sektörlerdeki gibi sağlıkta da bazı değişikliklere neden olmuştur. Fakat bu değişimlerle birlikte kişilerin duyguları önemsenmemiş, hastalar için daha maliyetli, karmaşık tedavi ve bakım verilmiştir. Bu gelişmelerle aynı zamanda eğitim düzeyinin artması, eleştiren sağlık hizmeti kullanıcılarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. İlerleyen yıllarda ise hastalar, kendilerine sunulan sağlık hizmetine katılmayı, sağlıkları hakkında alınan kararlarda bilgilendirilmeyi talep etmektedir (110). Tüm bunlar, sağlık hizmetleri ve bireylerdeki bu değişim, hasta memnuniyeti kavramını ve bu kavramın önemini ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık hizmetleri pazarlaması literatürüne göre hasta şöyle tanımlanabilir; “Bir sağlık kurumunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar olan ve bu hizmetlerden faydalanma olanağı olan ya da daha önce bu hizmetlerden yararlanmış bireylerin bütünüdür.” (111).

Hasta memnuniyeti ve müşteri memnuniyeti kavramlarının birbirleriyle benzer olduğu düşünülmektedir. Müşteri memnuniyeti, sağlık hizmetleri için düşünüldüğünde

araştırmacılar bunu “hasta memnuniyeti” şeklinde kavramsallaştırmıştır (112). Literatürün başlarında ‘müşteri memnuniyeti’ şeklindeki bu tanım, sağlık hizmetlerinde tedaviye yönelik başarının bir belirtisi olduğundan ‘hasta memnuniyeti’ olarak bahsedilmeye başlanmıştır (113). Bununla birlikte kullanımda “tatmin” ve “memnuniyet” kelimeleri de birbirinin yerine geçebilmektedir (114). Yazarların bazısı “hasta tatmini” kavramını kullanırken, bazıları da “hasta memnuniyeti” kavramını seçmektedir. Bu çalışmada kavram bütünlüğünü sağlamak amacıyla “hasta memnuniyeti” kullanılacaktır (115).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ile ilgili literatüre bakıldığında farklı tanımlamalar olduğu görölmektedir. Bu tanımlardan bazıları şu şekildedir:

“Hastanın değer ve beklentilerinin ne seviyede karşılanabildiği hakkında bilgi veren ve temel otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren ana ölçüt” (116).

“Tüm basamaklarda hastanın aldığı hizmetten beklediği yarar, katlanmaktan kurtulduğu külfet, hizmetten beklediği performans ve hizmet sunumunun sosyokültürel değerlere uygunluğudur ” (12).

Günümüzde sağlık sektöründe yaşanan hızlı gelişmeler sağlık hizmeti veren kurumlar arasında bir yarış ortamı meydana getirmiştir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığının hasta memnuniyeti odaklı yaklaşımıyla hasta beklentilerinin yerine getirilmesi önem arz etmiştir. Bu da hasta taleplerinin belirlenmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmış, hasta memnuniyeti ile ilgili araştırmaların önemini ortaya koymuştur (117).

Hasta memnuniyeti ile ilgili araştırmalar; hastaların almış olduğu hizmet hakkındaki görüşlerinin öğrenilmesi, memnuniyetlerini etkileyen etmenlerin önem derecesine göre belirlenmesi, hizmet almak için gittikleri kurumu seçme nedenleri ve oraya ait beklentilerini incelemek, buradan hizmet alırken karşılaşmış oldukları olumsuzlukları ortaya çıkarmak ya da sağlık kurumunun hizmet sunumunda hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını dikkate alması amacıyla yapılmaktadır (118).

4.7. Hasta Memnuniyetinin Önemi

Hasta memnuniyeti, hasta sadakati ve satın alma niyetinde mühim bir rolü olması sebebiyle pek çok araştırmanın konusu olmuştur. Hasta memnuniyeti sağlık hizmeti veren kâr amaçlı kurumlar açısından; kârlılığın yükselmesi, sözel iletişimin iyi olması, hasta sadakati ve hastaların hekimin önerilerine uyması gibi olumlu sonuçları nedeniyle önem taşımaktadır (119); (120).

Sağlık kurumları hastaların hastaneden ayrılmadan önce tedavileri ile ilgili tüm süreçlerde tatmin olmasını amaçlar. Çünkü tatmin olmayan hasta tedavisini yarım bırakabilir ya da farklı bir sağlık kurumuna başvuru yapabilir. Bu da hastanenin başarısızlığını göstermiş olur. Bir hastanenin başarılı olduğunu gösteren önemli çıktılardan biri hasta memnuniyetidir. Bununla birlikte hasta memnuniyeti, sağlık kurumları hakkında reklam özelliği de göstermektedir (121).

Sağlık hizmeti sunan bütün kurumlarda, 1. ve 2. basamak da dahil, hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi birbiriyle paraleldir (122). Hastanın bakımından teşhis ve tedavi aşamalarına kadar geçen tüm süreç dikkate alınmaktadır (123). Bu sebeple sağlık hizmeti sunan tüm kurumların, tercih konusunda, rekabet üstünlüğünde ve bunların sürdürülmesinde hasta memnuniyeti seviyelerinden haberdar olmaları önem taşımaktadır. Çünkü kurumların hastalardan alacakları geri bildirimler, süreçlerin takibi, geliştirilmesi ve kaliteli hizmet sunumunun başarısında etkin olmaktadır.

Hasta memnuniyeti; hasta, çalışan ve örgütle ilgili sonuçları tespit edebilmek amacıyla temel bir kıstas sağlamaktadır (124). Bu da, sağlık hizmetlerinde performans ölçümünün önemli noktalarından biri olmasına sebep olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin düzenli olarak ölçülmesi, hizmet sunumunun nasıl yapılacağına karar verme konusuna ve hizmet kalitesini yükseltmeye yardım edeceği bahsedilebilir. Hasta memnuniyetinin ölçümü, hastanın sağlık kurumuna ilk başvurusundan itibaren olmak üzere tüm teşhis, tedavi ve bakım süreçlerindeki işleyişi içine almaktadır. Buradaki hizmet kalitesini belirli kılan etkenler; hizmetin verildiği ortam, fiziki görünüm, hizmet zamanlaması, hizmet verenlerin alanında uzman olması, hizmetin güvenilir, doğru, esnek olması ve devamlılığının sağlanması olarak sayılabilir (123).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta memnuniyetinin önemi aşağıdaki maddelerle ele alınmaktadır (14);

a) Sağlık hizmetinin yapısı, süreci ve çıktılarıyla ilişkili yararlı verilere sahip olmayı sağlayan hasta memnuniyeti ölçümleri, kurumlara bir ayna gibi kendi kendilerini değerlendirme olanağı tanımaktadır.

b) Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti veren kuruluşların avantajlarıyla birlikte zayıflıklarını da gösterdiği için, kendilerini görme açısından yarar sağlar.

c) Hastaların algıladıkları hizmet kalitesinin ölçümü ve bunun analizi, maliyetlerin azaltılmasında önemlidir. Bu durum kurumlara rekabet üstünlüğünü elde etme olanağı da tanımaktadır.

d) Sağlık kurumundaki bakım hizmetinden doyum sağlayamayan hastalar, burada edindikleri tecrübeleri, hizmetten memnun kalanlara kıyasla diğer kişilerle daha çok paylaşmaktadırlar.

Hasta memnuniyeti yalnızca taleplerin karşılanmasından meydana gelmemektedir. Üretilen sağlık hizmetinin beklentilerin üzerinde olması istenir. Nitekim yapılan araştırmalarda, sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük veya yüksek olduğu toplumlarda memnuniyet seviyesinin de farklılaştığı görülmektedir. Bu da gösteriyor ki, memnuniyeti yalnızca hastanın görüşü olarak değerlendirmek yerine süreci bir bütün halinde ele almak gerekmektedir (125).

4.8. Hasta Memnuniyetinin Tarihsel Gelişimi

Hizmet kalitesinin bir işareti olan memnuniyetin ölçümü oldukça yeni sayılabilir. Ancak hasta memnuniyeti ile ilgili araştırmalar yeni değildir. 1940'lı ve 1950'li yıllarda hekim ile hasta arasındaki ilişkiyi inceleyen sosyologlar arasında memnuniyete olan ilgi ilk kez ortaya çıkmıştır denilebilir. Memnuniyet kavramı, doktorun tarzı ve hastanın peşin yargıları ile ilişkili duruma getirilmiştir (126).

Hasta memnuniyetini anlatmaya ve açıklamaya çalışan pek çok çalışma bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti hakkındaki ilk çalışma 1956 yılında ABD'de yapılmıştır. Bu çalışmada hemşirelik hizmetlerine yönelik hasta memnuniyeti incelenmiştir (127). Ardından, 1960'lı yıllarda da hasta memnuniyeti kavramından bahsedilmiş, 1980'li yıllara gelindiğinde ise bu kavram önem kazanmaya başlamıştır. 1980'i takip eden yıllarda ise hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan

çalışmaların sayısı her 10 yılda bir 5 kat artmıştır. Bu kavramın bu denli önem kazanmasının nedeni; 1970’li yıllarda meydana gelen müşteri davranışlarının sağlık alanına da yansması ve hastaların sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ilgili beklentilerinin artmasıdır (12).

Bugüne geldiğimizde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlanması ve artırılması için Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. Bu yönetmelikle Bakanlık; “sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlık hizmet kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları” açıklamıştır (128). Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında, sağlık kurumlarında kullanılmak üzere, hastaların memnuniyetini ölçmek amacıyla anketler oluşturulmuştur. Bu anketler; özel, devlet ve üniversite hastaneleri ile tüm sağlık kurumlarında, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile 112 acil sağlık hizmetlerinde kullanılması amacıyla primer sorunların tespiti için azami soruları içeren soru kümesidir (127).

4.9. Hasta Memnuniyetine Etki Eden Faktörler

Memnuniyet kavramı, yaşam tarzı, önceden elde ettiğimiz tecrübeler, gelecekte beklenenler ve kişisel ve toplumsal unsurları içeren birçok faktörden etkilenen karmaşık bir yapıdadır (110).

Hastaların, sağlık hizmetini almadan önce birtakım beklentileri olabilmektedir. Hastalar, hizmeti aldıktan sonraki deneyimleriyle birlikte yapmış olduğu kıyaslama sonucunda memnuniyetini belirtmektedir. Bu aşamada memnuniyetine etki eden önemli faktörler; doktorun hal ve hareketleri, bilgi seviyesi, hemşire ve diğer sağlık personellerinin bakım kalitesi, iletişimi, hastane temizliği ve hizmetin kolay ulaşılabilir olması olarak sıralanabilir (129). Ayrıca hastaların geçmiş tecrübeleri, çevresi ile yaptığı görüşme sonucu ve yazılı ya da sözlü iletişim araçları vasıtasıyla edindiği bilgiler, eğitim düzeyi, cinsiyeti, yaşı kalite beklenti seviyesini etkilemektedir (130).

Hasta memnuniyetine etki eden faktörler, hastaya ve hizmet verenlere yönelik faktörler olarak iki bileşene ayrılmaktadır. Hastaya yönelik faktörler; cinsiyet, yaş,

eğitim seviyesi, gelir düzeyi, sosyal güvence, yerleşim yeri, hastalık tanı ve tedavisi, yatış süresi olarak sıralanabilir. Hizmet verenlere yönelik faktörlerin ise en önemli olanı sağlık kurumlarında hizmet sağlayıcıların hastalara karşı olan tutum ve davranışları; doktor, hemşire ve diğer tüm personelin hastalarla olan ilişkileridir (131). Farklı bir kaynak da hasta memnuniyet düzeyini aynı Şekilde hastaya ve hizmete ilişkin faktörler olarak ikiye ayırmıştır. Hastaya ilişkin faktörlere farklı olarak; medeni hal, meslek, hastanın aynı sağlık tesisine kaçıncı defa geldiğini de eklemiştir. Hizmete ilişkin faktörlere ise; hastaya hastalığı konusunda bilgi verme ve kurumun fiziki olanaklarını ilave etmiştir (125).

Hastaların memnuniyet seviyesini etkileyen faktörlerden biri de bürokrasidir. Hasta sağlık kurumuna geldiğinde ihtiyaç duyduğu hizmeti en kısa sürede almak istemektedir. Buradaki formalitelerin artmasıyla hastalar zaman kaybı yaşamakta ve sağlık hizmetine erişimleri gecikmektedir (132). Ayrıca bu zaman kaybı hekimin bilgi ve becerisini bile arka planda bırakabilmektedir (133). Hasta ilk randevusunda bekletilirse, memnuniyet seviyesi azalmakta ve hastanın aynı sağlık kurumunu tekrar seçme olasılığı düşmektedir. Bekleme süresi uzadıkça memnuniyet seviyesinde görülen olumsuz etkiler, eğitim seviyesi yüksek hastalarda daha fazla olmaktadır (134). Bunun yanında bilgilendirme, güven ve  cretlendirme de memnuniyete etki eden etmenler içinde sıralanabilir (111).

Sağlık alanında etkin olan tüm aktörler, hasta memnuniyet düzeyinin yüksek olmasının sağlık sektörü adına çok önemli olduğunu belirtmektedir (135). Bu kapsamda hasta memnuniyetine etki eden faktörler 3 ayrı başlıkta ele alınmıştır. Yukarıda bahsedilen hastaya ve hizmet verenlere yönelik faktörlere ek olarak kurumsal özellikler eklenmiştir (14). Kurumsal  zellikler; sağlık kurumlarındaki temizlik, aydınlatma, gürültü ve ısı gibi fiziksel özellikler, yemekhane ve otopark gibi destek hizmetleri, evresel Şartlar, bürokratik süreçler vb. olarak sıralanmaktadır.

Hasta memnuniyetini etkileyen bu hususların bilinmesi, hasta memnuniyet seviyelerinin belirlenmesi ve araştırma sonuçlarına bağlı olarak davranılması stratejik yönetimle direkt olarak ilişki içindedir. Sağlık hizmeti veren kurumların stratejik yönetim ilkelerinden hareketle stratejik kararlar alarak hareket etmesi ve bu kararların uygulanmasının sağlanması kurumların sürdürülebilirliği açısından büyük öneme

sahiptir. Hasta odaklı yönetim felsefesi de bu bağlamda uzun vadelidir ve sürdürülebilirliği hedeflemektedir (125).



5. MATERYAL ve METOT

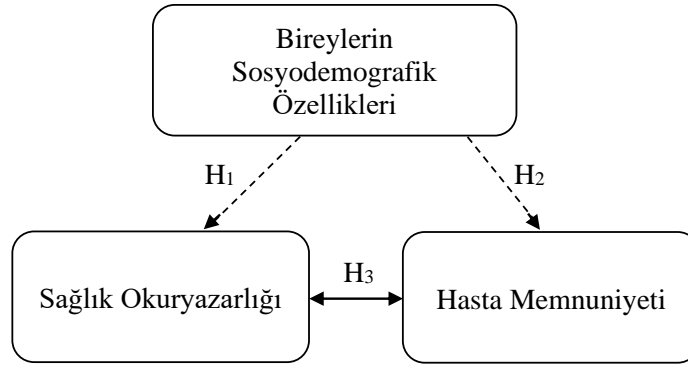
5.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın ana amacı, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu bağlamda bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve hasta memnuniyeti düzeylerine ilişkin farklılıkları da incelenmiştir.

Türkçe literatürde sağlık okuryazarlık düzeyi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen iki araştırma bulunmaktadır. Bunların ilkinin uygulaması bir aile sağlığı merkezinde (11), diğeri ise Düzce ilinde (15) sağlık hizmeti alan bireylerle gerçekleştirilmiştir. Literatürde bu konuda özel bir hastanenin ayaktan sağlık hizmeti kullanıcılarında gerçekleştirilmiş bir araştırma bulunmamaktadır. Bu açıdan bu araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Araştırmaya ait model ve ilgili hipotezler aşağıdaki gibidir:



Şekil 5.2.1. Araştırmanın Modeli

Hipotezler:

H₁: Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeyleri farklılık göstermektedir.

H₂: Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre hasta memnuniyeti farklılık göstermektedir.

H₃: Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile hasta memnuniyeti arasında ilişki vardır.

Araştırma modeline göre ilk olarak bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığını ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler incelenmiştir. Daha sonra sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyeti arasında bir ilişki olup olmadığı ve bu ilişkinin hangi yönde olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.

5.3. Araştırmanın Etik Boyutu

İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan bu araştırmanın yapılabilmesi için 522 karar numarası ile 09.06.2023 tarihinde etik kurul onayı alınmıştır. Özel bir hastanede yapılacak olan anketin uygulanması için hastane üst yönetiminden izin alınmıştır.

5.4. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da faaliyet gösteren bir özel hastaneye araştırmanın yapıldığı dönem içerisinde başvuran ayaktan sağlık hizmeti kullanıcıları oluşturmaktadır. Örneklemine ise olasılıklı örnekleme yöntemlerinden birisi olan basit tesadüfi örnekleme yöntemine göre belirlenen bireyler oluşturmaktadır. Bu bireyler 15 Haziran 2023-20 Ekim 2023 tarihleri arasında hastanenin polikliniklerine başvuran 15 yaş ve üzeri kişilerdir. Anketlerin toplanmış olduğu dönemde bir önceki yıla göre hasta sayısı 55.082'dir. Buna göre örneklem sayısı belirlenmiştir. Toplamda 455 adet anket uygulanmış, 384 adet geçerli anket çalışma için yeterli görülmüştür (136). Anketler yüz yüze uygulama yöntemi ile toplanmıştır.

Anket 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan sorular (10 soru) bulunmaktadır. İkinci bölümde Okyay ve arkadaşları (92) tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılan TSOY-32'ye ait maddeler (32 madde) yer almaktadır. Üçüncü ve son bölümde ise Kaya ve Maimaiti (137) tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılan; randevu, etkin muayene, bekleme süresi ve danışmanlık, çalışanların tutumu ve genel memnuniyet olmak üzere 5 faktörden oluşan Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeğine ait maddeler (29 madde) yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın kamuya açık olarak yayınladığı TSOY-32, 15 yaş üzeri ve okuryazar olan bireylerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ancak, TSOY-32, orijinal ölçekten, HLS-EU çalışmasından, farklı olarak, 3 değil, 2 temel boyut alınarak, 2X4'lük bir matrise dayanarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenlere denk gelen madde numaraları aşağıda verilmiştir (92):

Tablo 5.4.1. TSOY-32'nin 2X4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Ait Madde Numaraları (92)

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

TSOY-32 5'li likert ölçeği şeklindedir. Cevap seçenekleri; 1-Çok kolay, 2-Kolay, 3-Zor, 4-Çok zor ve 5-Fikrim yok şeklindedir. Analiz yapılırken 1: Fikrim yok, 2: Çok zor, 3: Zor, 4: Kolay ve 5: Çok kolay olarak değerlendirilmiştir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde 0-50 puan arasında değişen indeks standart haline getirilmiştir. “0” puan en düşük sağlık okuryazarlığı, “50” puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyini ifade etmektedir. İndeks için kullanılan formül aşağıdaki gibidir:

$$\text{İndeks} = (\text{ortalama}-1) \times (50/3)$$

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi, ortalama ise bir kişinin cevaplamış olduğu her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır. Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı

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

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır (92).

AHMÖ de 5’li likert şeklinde yapılmış olup, cevap seçenekleri; 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle Katılıyorum şeklindedir. AHMÖ 5 bileşenli bir ölçektir. Tablo 5.4.2’de bu bileşenlere denk gelen madde numaraları belirtilmiştir. Veri toplama aracı olan anketin uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini tespit etmek amacıyla taslak olarak hazırlanan anket öncelikle 30 kişi üzerinde pilot çalışma olarak uygulanmıştır. IBM SPSS Statistics 22 paket programı ile veriler analiz edilmiştir. AHMÖ’nün 21.maddesi, “hastabakıcıların tutumundan memnunum” yerine “hasta danışmanlarının tutumundan memnunum” olarak değiştirilmiştir. Çünkü araştırmanın yapıldığı hastanenin polikliniklerinde hastabakıcı bulunmamaktadır. Katılımcıların bu soruyu boş bıraktığı görülmüştür. Bu değişiklikle ilgili ölçek sahibine bilgi verilmiş ve onayı alınmıştır.

Tablo 5.4.2. AHMÖ Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Ait Madde Numaraları

Randevu	Etkin Muayene	Çalışanların Tutumu	Bekleme Süresi ve Danışmanlık	Genel Memnuniyet
1, 2, 3, 4, 5	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	19, 20, 21	22, 23, 24	25, 26, 27, 28, 29

5.5. Araştırmada Kullanılan Analizler

Araştırmada elde edilen bulguların değerlendirilmesi amacıyla istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 paket programı kullanılmıştır. Ölçeklerin daha önce Türkçe geçerlilik – güvenilirlik ve faktör analizi yapılmış olduğundan; ayrıca bu çalışmanın amaçlarından olmaması nedeniyle geçerlilik-güvenilirlik ve faktör analizleri uygulanmamıştır. Ölçeklerin güvenilirliği ve iç tutarlılıklarını belirlemek için Cronbach's alpha katsayıları hesaplanmıştır. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu gözlem sayısı (anket) 50 üzeri olduğundan Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U, üç ve üzeri karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi (post hoc Dunn's test) kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Bütün analizlerde anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

Anket sorularına verilen cevapların dağılımları eklerde sunulmaktadır. TSOY-32 ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımları Ek 1’de; AHMÖ sorularına verilen cevapların dağılımları ise Ek 2’de yer almaktadır. Ölçek boyutları arasındaki anlamlılığın tespiti için yapılan TSOY-32 post hoc Dunn’s test sonuçları Ek 3’te; AHMÖ post hoc Dunn’s test sonuçları ise Ek 4’te yer almaktadır.

Tablo 6.1’de; TSOY-32 ve AHMÖ’nün toplam puan ve alt boyut puanlarından elde edilen sonuca göre verilerin normal dağılmadığı görülmektedir (Sig. <.05). Bu nedenle analizlerimizde parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Tablo 6.1. TSOY-32 ve AHMÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Normallik Testi Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	*Sig.
T-SOY 32 Toplam Puan	,142	384	,000
Tedavi ve Hizmet	,133	384	,000
Hastalıklardan Korunma ve Sağlıkın Geliştirilmesi	,132	384	,000
AHMÖ Toplam Puan	,134	384	,000
Randevu	,197	384	,000
Etkin Muayene	,193	384	,000
Çalışanların Tutumu	,209	384	,000
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	,189	384	,000
Genel Memnuniyet	,167	384	,000

* Sig. <.05

6.1. Araştırmaya İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Bu araştırma 246’sı (%64,1) kadın ve 138’i (%35,9) erkek olmak üzere toplam 384 bireyin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan yalnızca 1 kişinin yaşı 75 ve üzerinde olduğu için bu kişiye ait veriler 65 yaş ve üzeri gruba eklenmiştir.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 6.1.1'de gösterilmektedir.

Katılımcıların; %23,4'ü 15-24, %33,3'ü 25-34, %20,3'ü 35-44, %12,8'i 45-54, %7,6'sı 55-64 yaşları arasındadır ve %2,6'sı ise 65 yaş ve üzerindedir. %52,6'sı bekâr, %47,4'ü evlidir. %2,9'u ilköğretim, %10,2'si lise, %25,8'i ön lisans, %47,1'i lisans ve %14,1'i yüksek lisans ve üzeri mezunudur. %6,8'i öğrenci, %7,8'i serbest meslek sahibi, %58,6'sı özel sektör çalışanı, %7,6'sı devlet kurumu çalışanı, %8,3'ü emekli, %3,6'sı ev hanımı, %3,4'ü diğer meslek gruplarındandır ve %3,9'u çalışmamaktadır. Diğer seçeneğini belirten katılımcıların meslekleri şu şekildedir; denizci, avukat, işletmeci, atölye işletmeciliği, yazılım, kimyager, tekniker, fizik tedavi teknikeri ve sosyal hizmet uzmanıdır.

Katılımcıların %70,3'ü düzenli ücretli çalışan, %2,9'u düzensiz çalışan, %13,5'i kendi hesabına çalışan iken, %13,3'ünün çalışma durumu diğerdir. Diğer seçeneğini belirten katılımcıların açıklamaları şu şekildedir; 14 kişi çalışmıyor, diğerleri ise ev hanımı ve emeklidir.

Katılımcıların %57,8'inin genel sağlık sigortası, %20,3'ünün özel sağlık sigortası, %1,6'sının yurtdışı kaynaklı sağlık güvencesi, %5,7'sinin diğer sağlık güvencesi varken, %14,6'sının ise sağlık güvencesi yoktur.

Katılımcıların %32,8'inin geliri giderinden azken, %40,6'sının geliri giderine eşit ve %26,6'sının geliri giderinden fazladır. %68'inin kronik hastalığı yokken, %22,9'unun bir tane, %9,1'inin birden fazla kronik hastalığı vardır. Katılımcıların %93,2'si hastaneyi tavsiye etmektedir.

Tablo 6.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler (n=384)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	246	64,1
	Erkek	138	35,9
Yaş	15-24	90	23,4
	25-34	128	33,3
	35-44	78	20,3
	45-54	49	12,8
	55-64	29	7,6
	65 ve üzeri	10	2,6
Medeni Durum	Bekâr	202	52,6
	Evli	182	47,4
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	11	2,9
	Lise	39	10,2
	Ön Lisans	99	25,8
	Lisans	181	47,1
	Yüksek Lisans ve üzeri	54	14,1
Meslek	Öğrenci	26	6,8
	Serbest Meslek	30	7,8
	Özel Sektör Çalışanı	225	58,6
	Devlet Kurumu Çalışanı	29	7,6
	Emekli	32	8,3
	Ev Hanımı	14	3,6
	Çalışmıyor	15	3,9
	Diğer	13	3,4
Çalışma Durumu	Düzenli ücretli çalışan	270	70,3
	Düzensiz çalışan	11	2,9
	Kendi hesabına çalışan	52	13,5
	Diğer	51	13,3
Sağlık Güvencesi	Genel Sağlık Sigortası	222	57,8
	Özel Sağlık Sigortası	78	20,3
	Yurtdışı kaynaklı sağlık güvencesi	6	1,6
	Sağlık Güvencesi Yok	56	14,6
	Diğer	22	5,7
Gelir Düzeyi	Gelirim giderimden az	126	32,8
	Gelirim giderime eşit	156	40,6
	Gelirim giderimden fazla	102	26,6
Kronik Hastalık	Yok	261	68
	Bir tane	88	22,9
	Birden fazla	35	9,1
Hastaneyi Tavsiye Etme	Evet	358	93,2
	Hayır	26	6,8

Tablo 6.1.2’de TSOY-32 ölçeğinin alt boyut ve toplam puanlarına ilişkin tanımlayıcı bilgiler ve Cronbach’s alpha katsayıları görülmektedir. Alt boyut ve toplam puanları 0 ile 50 arasındadır. Toplam puan ortalaması 35.91 ± 10.43 , medyan puan 35,9, ölçeğin Cronbach’s alpha katsayısı 0,975’tir. Literatüre göre bu değer kabul edilebilir değer olan 0,80’in üzerindedir (92).

Tedavi ve hizmet alt boyut puan ortalaması 36.69 ± 10.85 , medyan puan 37, Cronbach’s alpha katsayısı 0,960’tır. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutunun 0,904, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutunun 0,870, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutunun 0,842 ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutunun Cronbach’s alpha katsayısı 0,838’dir. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puan ortalaması $35,14 \pm 11,08$, medyan puan 34,4, Cronbach’s alpha katsayısı 0,957’dir. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutunun Cronbach’s alpha katsayısı 0,870, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutunun 0,874, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutunun 0,827 ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutunun 0,853’tür. Literatüre göre Cronbach’s alpha katsayısı değerleri kabul edilebilir değer olan 0,80’in üzerindedir (92).

Tablo 6.1.2. TSOY-32 Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler ve Cronbach’s Alpha Katsayıları

	Min-Maks	Ort±SS	Medyan	Cronbach’s alpha
TSOY-32 toplam puan	0-50	35,91±10,43	35,9	0,975
Tedavi ve Hizmet	0-50	36,69±10,85	37,0	0,960
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	0-50	38,09±11,11	37,5	0,904
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	0-50	37,70±11,11	37,5	0,870
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	0-50	34,18±12,54	33,3	0,842
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	0-50	36,86±12,00	37,5	0,838
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	0-50	35,14±11,08	34,4	0,957
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	0-50	36,39±11,71	37,5	0,870
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	0-50	36,51±11,62	37,5	0,874
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	0-50	34,17±12,37	33,3	0,827
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	0-50	33,55±12,41	33,3	0,853

Tablo 6.1.3'te AHMÖ alt boyut ve toplam puanlarına ilişkin tanımlayıcı bilgiler ve Cronbach's alpha katsayıları görülmektedir. AHMÖ toplam puanı 1,1 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalaması $4,09 \pm 0,76$, medyan puan 4,2, ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,968'dir. Literatüre göre bu değer kabul edilebilir değer olan 0,80'in üzerindedir (94).

AHMÖ alt faktörlerine ilişkin puan 1 ile 5 arasında değişmektedir. Randevu alt faktörü ortalama puanı $4,01 \pm 0,95$, medyanı 4, Cronbach's alpha katsayısı 0,928'dir. Etkin muayene alt faktörü ortalama puanı $4,30 \pm 0,81$, medyanı 4,5, Cronbach's alpha katsayısı 0,980'dir. Çalışanların tutumu alt faktörü ortalama puanı $3,98 \pm 1,0$, medyanı 4, Cronbach's alpha katsayısı 0,898'dir. Bekleme süresi ve danışmanlık alt faktörü ortalama puanı $3,92 \pm 1,02$, medyanı 4, Cronbach's alpha katsayısı 0,894'tür. Genel memnuniyet alt faktörü ortalama puanı $3,78 \pm 1,10$, medyanı 4, Cronbach's alpha katsayısı 0,923'tür. Literatüre göre Cronbach's alpha katsayısı değerleri kabul edilebilir değer olan 0,80'in üzerindedir (92).

Tablo 6.1.3. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler ve Cronbach's Alpha Katsayıları

Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği	Min-Maks	Ort±SS (Medyan)	Cronbach's alpha
Randevu	1-5	$4,01 \pm 0,95$ (4)	0,928
Etkin Muayene	1-5	$4,30 \pm 0,81$ (4,5)	0,980
Çalışanların Tutumu	1-5	$3,98 \pm 1,00$ (4)	0,898
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	1-5	$3,92 \pm 1,02$ (4)	0,894
Genel Memnuniyet	1-5	$3,78 \pm 1,10$ (4)	0,923
Toplam AHMÖ	1,1-5	$4,09 \pm 0,76$ (4,2)	0,968

Tablo 6.1.4'te katılımcıların TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının kategorik dağılımına ilişkin bilgiler görülmektedir. Buna göre; TSOY-32 toplam puanına göre katılımcıların %41,1'i yeterli sağlık okuryazarlığına, %28,9'u mükemmel sağlık okuryazarlığına, %19,3'ü sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına ve

%10,7'si ise yetersiz sağlık okuryazarlığına sahiptir. Tedavi ve hizmet alt boyutunda katılımcıların %38'i yeterli sağlık okuryazarlığına, %34,1'i mükemmel sağlık okuryazarlığına, %17,7'si sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına ve %10,2'si yetersiz sağlık okuryazarlığına sahiptir. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda katılımcıların %38,5'i yeterli sağlık okuryazarlığına, %29,2'si mükemmel sağlık okuryazarlığına, %17,2'si sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına ve %15,1'i yetersiz sağlık okuryazarlığına sahiptir.

Tablo 6.1.4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Kategorik Dağılımı

Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri	TSOY-32 Toplam		Tedavi ve Hizmet		Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	
	n	%	n	%	n	%
Yetersiz	41	10,7	39	10,2	58	15,1
Sorunlu-Sınırlı	74	19,3	68	17,7	66	17,2
Yeterli	158	41,1	146	38,0	148	38,5
Mükemmel	111	28,9	131	34,1	112	29,2
Toplam	384	100	384	100	384	100

6.2. Birinci Hipoteze İlişkin Bulgular

Sosyodemografik özelliklere göre TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi ise aşağıdaki tablolarda görülmektedir.

Tablo 6.2.1'de cinsiyete göre TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Buna göre; kadınların TSOY-32 toplam puanları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Kadınların tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları da erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 6.2.1. Cinsiyete Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	CİNSİYET	Kadın (n=246)	Erkek (n=138)
TSOY-32 Toplam Puan	Ortalama ± SS (Medyan)	37,24 ± 9,49 (37)	33,54 ± 11,59 (34,6)
	Z	-2,904	
	p	0,004*	
Tedavi ve Hizmet	Ortalama ± SS (Medyan)	38,22 ± 9,76 (38,5)	33,96 ± 12,13 (34,4)
	Z	-3,422	
	p	0,001*	
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Ortalama ± SS (Medyan)	36,26 ± 10,26 (35,4)	33,13±12,18 (33,3)
	Z	-2,156	
	p	0,031*	

Z: Mann Whitney U Test *p<0.05

Tablo 6.2.2’de medeni duruma göre katılımcıların TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Bekâr katılımcıların TSOY-32 toplam puanları, evlilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Bekâr katılımcıların tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları da evlilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 6.2.2. Medeni Duruma Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	MEDENİ DURUM	Bekâr (n=202)	Evli (n=182)
TSOY-32 Toplam Puan	Ortalama ± SS (Medyan)	37,71 ± 9,03 (37)	33,92 ± 11,49 (34,9)
	Z	-2,973	
	p	0,003*	
Tedavi ve Hizmet	Ortalama ± SS (Medyan)	38,31 ± 9,28 (38,5)	34,9 ± 12,14 (35,4)
	Z	-2,332	
	p	0,020*	
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Ortalama ± SS	37,11 ± 10,02 (36,5)	32,95 ± 11,79 (33,3)
	Z	-3,517	
	p	0,001*	

Z: Mann Whitney U Test *p<0.05

Tablo 6.2.3'te yaşa göre TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Yaş grupları arasında TSOY-32 toplam puanları, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi yaş gruplarından kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn's test sonucunda; 15-24 yaş grubunun TSOY-32 toplam puanı, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları 35-44, 55-64, 65 yaş ve üzerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

25-34 yaş grubunun TSOY-32 toplam puanı, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları 35-44, 55-64, 65 yaş ve üzerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

45-54 yaş grubunun tedavi ve hizmet alt boyut puanı, 65 yaş ve üzerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Diğer yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.2.3. Yaşa Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	YAŞ	15-24 (n=90)	25-34 (n=128)	35-44 (n=78)	45-54 (n=49)	55-64 (n=29)	65 ve üzeri (n=10)
TSOY-32 Toplam Puan	Ortalama	39,84 ±	37,51 ±	32,04 ±	36,13 ±	29,54 ±	27,81 ±
	± SS	8,42	8,08	11,91	10,3	14,22	8,53
	(Medyan)	(40,9)	(36,5)	(33,3)	(35,4)	(34,9)	(27,6)
	X ²	38,791					
	p	0,001*					
Tedavi ve Hizmet	Ortalama	40,45 ±	38,59 ±	33,33 ±	36,9 ±	29,45 ±	24,69 ±
	± SS	8,39	8,09 (38)	12,65	10,9	15,1	7,83
	(Medyan)	(41,7)		(33,3)	(36,5)	(33,3)	(24)
	X ²	40,576					
	p	0,001*					
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Ortalama	39,22 ±	36,43 ±	30,76 ±	35,35 ±	29,63 ±	30,94 ±
	± SS	9,35	9,25	12,52	10,23	14,34	11,72
	(Medyan)	(40,1)	(35,4)	(32,8)	(34,4)	(33,3)	(31,8)
	X ²	31,114					
	p	0,001*					

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.2.4’te eğitim düzeyine göre TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Eğitim düzeyleri arasında TSOY-32 toplam puanları, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi eğitim düzeylerinden kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda; yüksek lisans ve üzeri mezunlarının TSOY-32 toplam puanı, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları ön lisans ve lisans mezunlarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

Diğer eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.2.4. Eğitim Düzeyine Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	EĞİTİM DÜZEYİ	İlköğretim (n=11)	Lise (n=39)	Ön Lisans (n=99)	Lisans (n=181)	Yüksek Lisans ve Üzeri (n=54)
TSOY-32 Toplam Puan	Ortalama ± SS (Medyan)	37,74 ± 6,33 (35,4)	35,63 ± 8,79 (33,9)	37,87 ± 8,11 (35,9)	36,59 ± 10,39 (37)	29,91 ± 13,74 (33,9)
	X ²	13,335				
	p	0,010*				
Tedavi ve Hizmet	Ortalama ± SS (Medyan)	39,77 ± 6,25 (39,6)	36,32 ± 9,35 (33,3)	38,66 ± 8,08 (37,5)	37,32 ± 10,65 (38,5)	30,63 ± 15,07 (32,8)
	X ²	12,474				
	p	0,014*				
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Ortalama ± SS (Medyan)	35,7 ± 7,41 (34,4)	34,94 ± 9,42 (33,3)	37,08 ± 9,09 (35,4)	35,86 ± 11,14 (36,5)	29,19 ± 13,91 (31,3)
	X ²	14,184				
	p	0,007*				

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.2.5’te mesleğine göre TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Meslekler arasında TSOY-32 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi mesleklerden kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda;

emeklilerin TSOY-32 toplam puanı; öğrenci, serbest meslek sahibi, özel sektör çalışanı, ev hanımı ve çalışmayan kişilerin puanlarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Diğer meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Meslekler arasında tedavi ve hizmet alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi mesleklerden kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn's test sonucunda; emeklilerin tedavi ve hizmet alt boyut puanı; öğrenci, serbest meslek sahibi, özel sektör çalışanı, devlet kurumu çalışanı, ev hanımı, çalışmayan ve diğer meslek gruplarındaki kişilerin puanlarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Diğer meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Meslekler arasında hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.2.5. Mesleğine Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	MESLEK	Öğrenci (n=26)	Serbest Meslek (n=30)	Özel Sektör Çalışanı (n=225)	Devlet Kurumu Çalışanı (n=29)	Emekli (n=32)	Ev Hanımı (n=14)	Çalışmıyor (n=15)	Diğer (n=13)
TSOY-32 Toplam Puan	Ortalama ± SS (Medyan)	38,24 ± 8,63 (40,9)	36,23 ± 9,78 (35,2)	37,21 ± 8,37 (37)	32,36 ± 14,18 (35,4)	28,43 ± 12,67 (32)	36,2 ± 14,11 (37,8)	36,74 ± 9,72 (38)	33,1 ± 18,26 (39,6)
	X ²	17,165							
	p	0,016*							
Tedavi ve Hizmet	Ortalama ± SS	39,14 ±9,5 (42,7)	36,63 ±10,3 9 (34,4)	38,38 ±8,45 (38,5)	33,05 ± 14,32 (36,5)	27,02 ± 12,91 (30,2)	35,94 ± 14,8 (38)	37,29 ± 10,27 (36,5)	34,7 ± 18,79 (40,6)
	X ²	28,094							
	p	0,001*							
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Ortalama ± SS	37,34 ± 9,12 (37,5)	35,83 ± 9,91 (36,5)	36,04 ± 9,41 (35,4)	31,68 ± 14,37 (33,3)	29,85 ± 13,81 (32,8)	36,46 ± 14,38 (39,1)	36,18 ± 11 (36,5)	31,65 ± 19,15 (40,6)
	X ²	8,785							
	p	0,268							

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.2.6’da çalışma durumuna göre TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Çalışma durumları arasında TSOY-32 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi çalışma durumlarından kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda; düzenli ücretli çalışan kişilerin TSOY-32 toplam puanı, düzensiz çalışanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Çalışma durumları arasında tedavi ve hizmet alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Anlamlılığın hangi çalışma durumlarından kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda; düzenli ücretli çalışan kişilerin tedavi ve hizmet alt boyut puanı, düzensiz çalışanlardan ve kendi hesabına çalışan kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Çalışma durumları arasında hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.2.6. Çalışma Durumuna Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	ÇALIŞMA DURUMU	Düzenli Ücretli Çalışan (n=270)	Düzensiz Çalışan (n=11)	Kendi Hesabına Çalışan (n=52)	Diğer (n=51)
TSOY-32 Toplam Puan	Ortalama ± SS (Medyan)	36,98 ± 9,17 (36,7)	32,39 ± 4,59 (33,3)	33,82 ± 10,61 (34,9)	33,15 ± 15,49 (35,4)
	X ²	8,733			
	p	0,033*			
Tedavi ve Hizmet	Ortalama ± SS (Medyan)	37,97 ± 9,36 (38,5)	31,63 ± 7,04 (33,3)	34,21 ± 11,44 (33,9)	33,56 ± 16,03 (35,4)
	X ²	11,990			
	p	0,007*			
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Ortalama ± SS (Medyan)	36 ± 9,98 (35,4)	33,14 ± 2,83 (33,3)	33,43 ± 11,71 (33,3)	32,74 ± 15,77 (34,4)
	X ²	4,299			
	p	0,231			

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.2.7’de sağlık güvencesine göre TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Sağlık güvenceleri arasında TSOY-32 toplam puanları, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi sağlık güvencelerinden kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda; diğer sağlık güvencesi olan kişilerin TSOY-32 toplam puanı, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları; genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası olan ve sağlık sigortası olmayan kişilerin puanlarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Diğer sağlık güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.2.7. Sağlık Güvencesine Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	SAĞLIK GÜVENCESİ	Genel Sağlık Sigortası (n=222)	Özel Sağlık Sigortası (n=78)	Yurtdışı Kaynaklı Sağlık Güvencesi (n=6)	Sağlık Güvencesi Yok (n=56)	Diğer (n=22)
TSOY-32 Toplam Puan	Ortalama ± SS (Medyan)	36,89 ± 9,32 (36,5)	36,62 ± 8,94 (37)	33,68 ± 9,07 (35,9)	36,29 ± 9,96 (35,7)	23,25 ± 17,74 (32,8)
	X ²	13,980				
	p	0,007*				
Tedavi ve Hizmet	Ortalama ± SS (Medyan)	37,91 ± 9,43 (38,5)	37,42 ± 9,71 (37)	32,99 ± 12,75 (34,4)	36,53 ± 10,3 (35,9)	23,2 ± 18,38 (33,3)
	X ²	13,708				
	p	0,008*				
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Ortalama ± SS (Medyan)	35,86 ± 10,23 (34,4)	35,82 ± 9,9 (35,4)	34,38 ± 7,77 (36,5)	36,05 ± 10,67 (35,9)	23,3 ± 17,57 (33,3)
	X ²	10,641				
	p	0,031*				

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.2.8’de gelir düzeyine göre TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Gelir düzeyleri arasında TSOY-32 toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.2.8. Gelir Düzeyine Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	GELİR DÜZEYİ	Gelirim giderimden az (n=126)	Gelirim giderime eşit (n=156)	Gelirim giderimden fazla (n=102)
TSOY-32 Toplam Puan	Ortalama ± SS (Medyan)	35,19±11,99 (34,1)	36,55±9,24 (36,5)	35,85±10,12 (37,5)
	X ²	0,400		
	p	0,819		
Tedavi ve Hizmet	Ortalama ± SS (Medyan)	36,25±12,19 (36,5)	36,95±9,55 (36,5)	36,85±11,06 (38,5)
	X ²	0,104		
	p	0,949		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Ortalama ± SS (Medyan)	34,12±12,46 (33,3)	36,14±10,23 (35,4)	34,86±10,47 (36,5)
	X ²	1,454		
	p	0,483		

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.2.9’da kronik hastalık varlığına göre TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Kronik hastalık varlığına göre TSOY-32 toplam puanları, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda; kronik hastalığı olmayan kişilerin TSOY-32 toplam puanı, birden fazla kronik hastalığı olan kişilerin puanlarından; kronik hastalığı olmayan kişilerin hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanı, birden fazla kronik hastalığı olan kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kronik hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Kronik hastalık varlığına göre tedavi ve hizmet puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Anlamlılığın tespiti için yapılan post hoc Dunn's test sonucunda; kronik hastalığı olmayan kişilerin tedavi ve hizmet alt boyut puanı, bir tane kronik hastalığı olan ve birden fazla kronik hastalığı olan kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kronik hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.2.9. Kronik Hastalık Varlığına Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	KRONİK HASTALIK	Yok (n=261)	Bir Tane (n=88)	Birden Fazla (n=35)
TSOY-32 Toplam Puan	Ortalama ± SS (Medyan)	36,91±10,39 (37)	34,91±9,47 (34,9)	30,98±11,62 (34,9)
	X ²	11,811		
	p	0,003*		
Tedavi ve Hizmet	Ortalama ± SS (Medyan)	37,92±10,6 (38,5)	35,31±10,01 (33,9)	31,04±12,71 (33,9)
	X ²	16,542		
	p	0,001*		
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Ortalama ± SS (Medyan)	35,91±11,01 (35,4)	34,52±10,78 (33,9)	30,92±11,61 (33,3)
	X ²	6,975		
	p	0,031*		

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.2.10'da hastaneyi tavsiye etmesine göre TSOY-32 toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Hastaneyi tavsiye edeceğini söyleyen katılımcıların TSOY-32 toplam puanları ile tedavi ve hizmet alt boyut puanları, tavsiye etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Hastaneyi tavsiye etme durumları arasında katılımcıların hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.2.10. Hastaneyi Tavsiye Etmesine Göre TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	HASTANEYİ TAVSİYE ETME	Evet (n=358)	Hayır (n=26)
TSOY-32 Toplam Puan	Ortalama ± SS (Medyan)	36,39±9,72 (36,5)	29,31±16,38 (32,8)
	Z	-2,142	
	p	0,032*	
Tedavi ve Hizmet	Ortalama ± SS (Medyan)	37,2±10,16 (37,5)	29,65±16,56 (33,3)
	Z	-2,200	
	p	0,028*	
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	Ortalama ± SS (Medyan)	35,59±10,46 (34,9)	28,97±16,56 (32,8)
	Z	-1,768	
	p	0,077	

Z: Mann Whitney U Test

*p<0.05

6.3. İkinci Hipoteze İlişkin Bulgular

Sosyodemografik özelliklere göre Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi aşağıdaki tablolarda görülmektedir:

Tablo 6.3.1’de cinsiyete göre AHMÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Kadınlar ve erkekler arasında AHMÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.3.1. Cinsiyete Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	CİNSİYET	Kadın (n=246)	Erkek (n=138)
AHMÖ Toplam	Ortalama ± SS (Medyan)	4,08±0,78 (4,2)	4,1±0,72 (4,2)
	Z	-0,132	
	p	0,895	
Randevu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,08±0,91 (4)	3,88±1,00 (4)
	Z	-1,935	
	p	0,053	
Etkin Muayene	Ortalama ± SS (Medyan)	4,26±0,82 (4,3)	4,37±0,78 (4,6)
	Z	-1,745	
	p	0,081	
Çalışanların Tutumu	Ortalama ± SS (Medyan)	3,97±0,99 (4)	3,99±1,02 (4)
	Z	-0,317	
	p	0,752	
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	Ortalama ± SS (Medyan)	3,89±0,99 (4)	3,98±1,08 (4)
	Z	-1,280	
	p	0,201	
Genel Memnuniyet	Ortalama ± SS (Medyan)	3,78±1,04 (4)	3,77±1,21 (4)
	Z	-0,738	
	p	0,461	

Z: Mann Whitney U Test * $p < 0.05$

Tablo 6.3.2’de medeni duruma göre AHMÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Bekâr katılımcıların AHMÖ toplam puanları ile randevu ve etkin muayene alt boyut puanları, evlilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Evli ve bekâr katılımcılar arasında çalışanların tutumu, bekleme süresi ve danışmanlık, genel memnuniyet alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.3.2. Medeni Duruma Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	MEDENİ DURUM	Bekar (n=202)	Evli (n=182)
AHMÖ Toplam	Ortalama ± SS (Medyan)	4,17±0,69 (4,3)	3,99±0,82 (4)
	Z	-2,074	
	p	0,038*	
Randevu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,13±0,86 (4,2)	3,87±1,02 (4)
	Z	-2,521	
	p	0,012*	
Etkin Muayene	Ortalama ± SS (Medyan)	4,4±0,73 (4,7)	4,2±0,88 (4,2)
	Z	-2,096	
	p	0,036*	
Çalışanların Tutumu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,03±0,97 (4)	3,92±1,02 (4)
	Z	-0,989	
	p	0,323	
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	Ortalama ± SS (Medyan)	3,99±1,01 (4)	3,85±1,04 (4)
	Z	-1,446	
	p	0,148	
Genel Memnuniyet	Ortalama ± SS (Medyan)	3,83±1,09 (4)	3,72±1,12 (4)
	Z	-1,001	
	p	0,317	

Z: Mann Whitney U Test *p<0.05

Tablo 6.3.3'te yaşa göre AHMÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Yaş grupları arasında AHMÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.3.3. Yaşa Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	YAŞ	15-24 (n=90)	25-34 (n=128)	35-44 (n=78)	45-54 (n=49)	55-64 (n=29)	65 ve üzeri (n=10)
AHMÖ Toplam	Ortalama ± SS (Medyan)	4,16±0,7 (4,3)	4,16±0,64 (4,2)	3,94±0,91 (4,1)	4,16±0,75 (4,2)	3,74±0,96 (4)	4,19±0,41 (4,2)
	X ²	7,156					
	p	0,209					
Randevu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,18±0,83 (4,2)	4,10±0,89 (4)	3,85±1,02 (4)	4,05±0,92 (4)	3,48±1,25 (3,8)	4,00±0,53 (4)
	X ²	10,733					
	p	0,057					
Etkin Muayene	Ortalama ± SS (Medyan)	4,33±0,72 (4,4)	4,4±0,69 (4,6)	4,15±0,97 (4,4)	4,36±0,82 (4,7)	3,99±1,04 (4)	4,62±0,49 (5)
	X ²	6,307					
	p	0,278					
Çalışanların Tutumu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,03±0,96 (4)	4,04±0,93 (4)	3,90±1,09 (4)	3,90±1,09 (4)	3,66±1,16 (4)	3,87±0,88 (4)
	X ²	3,398					
	p	0,639					
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	Ortalama ± SS (Medyan)	4,05±0,94 (4)	3,96±0,97 (4)	3,70±1,15 (4)	4,01±0,97 (4)	3,72±1,21 (4)	4,10±0,97 (4)
	X ²	5,315					
	p	0,379					
Genel Memnuniyet	Ortalama ± SS (Medyan)	3,88±1,08 (4)	3,81±1,04 (4)	3,68±1,18 (4)	3,90±1,00 (4)	3,4±1,26 (3,8)	3,52±1,37 (3,8)
	X ²	4,770					
	p	0,445					

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.3.4'te eğitim düzeyine göre AHMÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Eğitim düzeyleri arasında etkin muayene alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi eğitim düzeylerinden kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn's test sonucunda; lisans mezunlarının etkin muayene alt boyut puanı, ilköğretim, lise ve ön lisans mezunlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Eğitim düzeyleri

arasında AHMÖ toplam ve diğer alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.3.4. Eğitim Düzeyine Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	EĞİTİM DÜZEYİ	İlköğretim (n=11)	Lise (n=39)	Ön Lisans (n=99)	Lisans (n=181)	Yüksek Lisans ve Üzeri (n=54)
AHMÖ Toplam	Ortalama ± SS (Medyan)	3,53±1,29 (3,8)	4,00±0,86 (4)	4,09±0,77 (4,1)	4,18±0,65 (4,2)	3,96±0,82 (4)
	X ²	4,538				
	p	0,338				
Randevu	Ortalama ± SS (Medyan)	3,73±1,35 (4)	3,95±0,84 (4)	4,08±0,88 (4)	4,1±0,91 (4,2)	3,67±1,10 (4)
	X ²	8,850				
	p	0,065				
Etkin Muayene	Ortalama ± SS (Medyan)	3,62±1,35 (4)	4,11±0,93 (4,1)	4,24±0,79 (4,2)	4,42±0,7 (4,7)	4,28±0,87 (4,6)
	X ²	9,700				
	p	0,046*				
Çalışanların Tutumu	Ortalama ± SS (Medyan)	3,27±1,49 (4)	3,89±1,21 (4)	3,94±0,96 (4)	4,09±0,90 (4)	3,88±1,03 (4)
	X ²	4,716				
	p	0,318				
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	Ortalama ± SS (Medyan)	3,09±1,51 (3)	3,98±0,88 (4)	3,97±0,99 (4)	3,96±0,98 (4)	3,81±1,17 (4)
	X ²	4,052				
	p	0,399				
Genel Memnuniyet	Ortalama ± SS (Medyan)	3,49±1,24 (3,8)	3,83±1,01 (4)	3,90±0,96 (4)	3,78±1,13 (4)	3,55±1,26 (3,8)
	X ²	2,780				
	p	0,595				

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.3.5'te mesleğine göre AHMÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Meslekler arasında randevu alt boyut puan

ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi mesleklerden kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn's test sonucunda; devlet kurumu çalışanlarının randevu alt boyut puanı, öğrenci ve özel sektör çalışanlarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Diğer meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Meslekler arasında AHMÖ toplam ve diğer alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.3.5. Mesleğine Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	MESLEK	Öğrenci (n=26)	Serbest Meslek (n=30)	Özel Sektör Çalışanı (n=225)	Devlet Kurumu Çalışanı (n=29)	Emekli (n=32)	Ev Hanımı (n=14)	Çalışmıyor (n=15)	Diğer (n=13)	
AHMÖ Toplam	Ortalama ± SS (Medyan)	4,18± 0,79 (4,4)	4,19± 0,7 (4,2)	4,12±0, 75 (4,2)	3,69± 0,93 (4)	4,06 ±0,6 7 (4)	4,29± 0,83 (4,6)	4,2± 0,49 (4,4)	3,75± 0,8 (3,9)	
	X ²	12,914								
	p	0,074								
Randevu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,14± 0,91 (4,2)	3,92± 0,94 (4)	4,13±0, 88 (4,2)	3,49± 1,08 (4)	3,82 ±0,9 1 (4)	4,09± 1,07 (4,6)	3,92± 0,86 (4)	3,46± 1,35 (4)	
	X ²	18,656								
	p	0,009*								
Etkin Muayene	Ortalama ± SS (Medyan)	4,36± 0,83 (4,7)	4,45± 0,79 (4,8)	4,31±0, 78 (4,5)	3,83± 1,04 (4,1)	4,35 ±0,7 5 (4,7)	4,52± 0,87 (5)	4,52± 0,45 (4,6)	4,15± 0,78 (4,1)	
	X ²	12,817								
	p	0,077								
Çalışanların Tutumu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,13± 1,01 (4,3)	4,14± 1,07 (4)	3,98±0, 98 (4)	3,78± 1,04 (4)	3,90 ±0,9 4 (4)	4,26± 0,98 (4,8)	4,11± 0,93 (4)	3,46± 1,22 (3,3)	
	X ²	8,273								
	p	0,309								
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	Ortalama ± SS (Medyan)	3,99± 0,96 (4)	4,13± 0,94 (4)	3,91±0, 99 (4)	3,57± 1,27 (4)	4,01 ±0,9 4 (4)	4,14± 1,08 (4,3)	4,07± 1,11 (4,3)	3,62± 1,31 (4)	
	X ²	6,497								
	p	0,483								
Genel Memnuniyet	Ortalama ± SS (Medyan)	3,88± 1,13 (4)	3,83± 1,18 (4)	3,82±1, 03 (4)	3,52± 1,22 (4)	3,64 ±1,2 (4)	4,03± 0,99 (4)	3,80± 1,27 (4)	3,22± 1,47 (3)	
	X ²	4,299								
	p	0,745								

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.3.6’da çalışma durumuna göre AHMÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Çalışma durumları arasında AHMÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi çalışma durumlarından kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda; düzensiz çalışan kişilerin AHMÖ toplam puanı; düzenli ücretli çalışan, kendi hesabına çalışan ve diğer çalışma durumundaki kişilerin puanlarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Diğer çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Çalışma durumları arasında randevu alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi çalışma durumlarından kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda; düzensiz çalışan kişilerin randevu alt boyut puanı, düzenli ücretli çalışan ve diğer çalışma durumlarındaki kişilerin puanlarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Diğer çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Çalışma durumları arasında etkin muayene alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi çalışma durumlarından kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda; düzensiz çalışan kişilerin etkin muayene alt boyut puanı, düzenli ücretli çalışan, kendi hesabına çalışan ve diğer çalışma durumlarındaki kişilerin puanlarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Kendi hesabına çalışan kişilerin etkin muayene alt boyut puanı, düzenli ücretli çalışan, düzensiz çalışan ve diğer çalışma durumlarındaki kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Düzenli ücretli çalışan ve diğer çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Çalışma durumları arasında çalışanların tutumu, bekleme süresi ve danışmanlık ile genel memnuniyet puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.3.6. Çalışma Durumuna Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	ÇALIŞMA DURUMU	Düzenli Ücretli Çalışan (n=270)	Düzensiz Çalışan (n=11)	Kendi Hesabına Çalışan (n=52)	Diğer (n=51)
AHMÖ Toplam	Ortalama ± SS (Medyan)	4,08±0,77 (4,2)	3,18±1,08 (3)	4,18±0,63 (4,4)	4,21±0,59 (4,2)
	X ²	8,831			
	p	0,032*			
Randevu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,05±0,95 (4)	3,2±1,07 (3)	3,83±1,05 (4)	4,16±0,66 (4)
	X ²	8,173			
	p	0,043*			
Etkin Muayene	Ortalama ± SS (Medyan)	4,28±0,82 (4,5)	3,21±1,05 (3,2)	4,66±0,58 (5)	4,28±0,64 (4,2)
	X ²	27,111			
	p	0,001*			
Çalışanların Tutumu	Ortalama ± SS (Medyan)	3,99±0,98 (4)	3,03±1,37 (2)	3,9±1,07 (4)	4,21±0,8 (4)
	X ²	7,642			
	p	0,054			
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	Ortalama ± SS (Medyan)	3,9±1,02 (4)	3,09±1,33 (2,7)	3,96±1,17 (4,2)	4,17±0,67 (4)
	X ²	6,844			
	p	0,077			
Genel Memnuniyet	Ortalama ± SS (Medyan)	3,77±1,09 (4)	3,2±1,02 (3,4)	3,59±1,36 (3,9)	4,12±0,78 (4)
	X ²	7,567			
	p	0,056			

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.3.7’de sağlık güvencesine göre AHMÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Sağlık güvenceleri arasında etkin muayene puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi sağlık güvencelerinden kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda;

özel sağlık sigortası olan kişilerin etkin muayene alt boyut puanı, genel sağlık sigortası ve diğer sağlık sigortaları olan kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sağlık güvencesi olmayan kişilerin etkin muayene alt boyut puanı, diğer sağlık sigortaları olan kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer sağlık güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Sağlık güvenceleri arasında AHMÖ toplam ve diğer alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.3.7. Sağlık Güvencesine Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	SAĞLIK GÜVENCESİ	Genel Sağlık Sigortası (n=222)	Özel Sağlık Sigortası (n=78)	Yurtdışı Kaynaklı Sağlık Güvencesi (n=6)	Sağlık Güvencesi Yok (n=56)	Diğer (n=22)
AHMÖ Toplam	Ortalama ± SS (Medyan)	4,08±0,78 (4,2)	4,17±0,68 (4,3)	3,85±0,9 (4,1)	4,12±0,79 (4,3)	3,88±0,63 (4)
	X ²	5,098				
	p	0,277				
Randevu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,05±0,94 (4)	3,93±1,05 (4)	3,6±0,7 (3,8)	4,11±0,92 (4,3)	3,75±0,75 (4)
	X ²	8,698				
	p	0,069				
Etkin Muayene	Ortalama ± SS (Medyan)	4,24±0,82 (4,3)	4,54±0,71 (4,9)	4,21±1 (4,5)	4,37±0,85 (4,6)	3,94±0,65 (4)
	X ²	21,099				
	p	0,001*				
Çalışanların Tutumu	Ortalama ± SS (Medyan)	3,98±0,98 (4)	4,05±1,08 (4)	3,94±1,1 (4)	3,88±1,06 (4)	3,94±0,66 (4)
	X ²	2,236				
	p	0,692				
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	Ortalama ± SS (Medyan)	3,93±1 (4)	3,94±1,12 (4)	3,22±1,49 (2,8)	3,98±1,02 (4)	3,82±0,73 (4)
	Medyan	4	4	2,8	4	4
	X ²	3,012				
	p	0,556				
Genel Memnuniyet	Ortalama ± SS (Medyan)	3,82±1,02 (4)	3,68±1,25 (4)	3,5±1,53 (3,8)	3,73±1,27 (4)	3,87±0,66 (4)
	X ²	0,202				
	p	0,995				

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.3.8’de gelir düzeyine göre AHMÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Gelir düzeyleri arasında AHMÖ toplam puanları ile randevu, etkin muayene, çalışanların tutumu, bekleme süresi ve danışmanlık, genel memnuniyet alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın hangi gelir düzeylerinden kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda; geliri giderinden az olan kişilerin toplam AHMÖ puanları, randevu, etkin muayene, çalışanların tutumu, bekleme süresi ve danışmanlık ile genel memnuniyet alt boyut puanları, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan kişilerin puanlarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan kişiler arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.3.8. Gelir Düzeyine Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	GELİR DÜZEYİ	Gelirim giderimden az (n=126)	Gelirim giderime eşit (n=156)	Gelirim giderimden fazla (n=102)
AHMÖ Toplam	Ortalama ± SS (Medyan)	3,82±0,88 (4)	4,2±0,68 (4,2)	4,26±0,61 (4,4)
	X ²	21,776		
	p	0,001*		
Randevu	Ortalama ± SS (Medyan)	3,79±0,99 (4)	4,13±0,89 (4,2)	4,1±0,94 (4,2)
	X ²	11,077		
	p	0,004*		
Etkin Muayene	Ortalama ± SS (Medyan)	3,96±0,93 (4)	4,4±0,71 (4,7)	4,58±0,63 (4,9)
	X ²	41,245		
	p	0,001*		
Çalışanların Tutumu	Ortalama ± SS (Medyan)	3,69±1,07 (4)	4,1±0,91 (4)	4,15±0,96 (4,3)
	X ²	15,599		
	p	0,001*		
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	Ortalama ± SS (Medyan)	3,72±1,04 (4)	4,03±0,96 (4)	4,01±1,07 (4)
	X ²	8,688		
	p	0,013*		
Genel Memnuniyet	Ortalama ± SS (Medyan)	3,6±1,08 (4)	3,89±1,05 (4)	3,8±1,19 (4)
	X ²	6,812		
	p	0,033*		

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.3.9’da kronik hastalık varlığına göre AHMÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Kronik hastalık varlığına göre AHMÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda; kronik hastalığı olmayan kişilerin AHMÖ toplam puanı, birden fazla kronik hastalığı olan kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer kronik hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Kronik hastalık varlığına göre randevu ve genel memnuniyet alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda; birden fazla kronik hastalığı olan kişilerin puanı, kronik hastalığı olmayan ve bir tane kronik hastalığı olan kişilerin puanlarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Diğer kronik hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Kronik hastalık varlığına göre etkin muayene puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Kronik hastalık varlığına göre çalışanların tutumu ile bekleme süresi ve danışmanlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Anlamlılığın tespiti için yapılan post hoc Dunn’s test sonucunda; kronik hastalığı olmayan kişilerin puanı, bir tane ve birden fazla kronik hastalığı olan kişilerin puanlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bir tane ve birden fazla kronik hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.3.9. Kronik Hastalık Varlığına Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	KRONİK HASTALIK	Yok (n=261)	Bir Tane (n=88)	Birden Fazla (n=35)
AHMÖ Toplam	Ortalama ± SS (Medyan)	4,15±0,71 (4,2)	4,04±0,79 (4,2)	3,72±0,93 (4)
	X ²	8,719		
	p	0,013*		
Randevu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,07±0,88 (4)	4,04±0,99 (4,2)	3,47±1,14 (3,8)
	X ²	11,106		
	p	0,004*		
Etkin Muayene	Ortalama ± SS (Medyan)	4,34±0,74 (4,5)	4,28±0,85 (4,5)	4,07±1,09 (4,2)
	X ²	0,763		
	p	0,683		
Çalışanların Tutumu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,08±0,96 (4)	3,78±1,02 (4)	3,7±1,1 (4)
	X ²	9,635		
	p	0,008*		
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	Ortalama ± SS (Medyan)	4,02±0,96 (4)	3,75±1,07 (4)	3,62±1,27 (4)
	X ²	6,438		
	p	0,040*		
Genel Memnuniyet	Ortalama ± SS (Medyan)	3,87±1,05 (4)	3,75±1,09 (4)	3,15±1,33 (3,2)
	X ²	9,658		
	p	0,008*		

X²: Kruskal Wallis Test

*p<0.05

Tablo 6.3.10'da hastaneyi tavsiye etme durumuna göre AHMÖ toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi görülmektedir. Hastaneyi tavsiye edeceğini söyleyen katılımcıların AHMÖ toplam puanları ile randevu, etkin muayene, çalışanların tutumu ile bekleme süresi ve danışmanlık alt boyut puanları, tavsiye etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Hastaneyi tavsiye etme durumları arasında katılımcıların genel memnuniyet alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.3.10. Hastaneyi Tavsiye Etme Durumuna Göre AHMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

BOYUTLAR	HASTANEYİ TAVSİYE ETME	Evet (n=358)	Hayır (n=26)
AHMÖ Toplam	Ortalama ± SS (Medyan)	4,12±0,74 (4,2)	3,6±0,84 (3,9)
	Z	-3,486	
	p	0,001*	
Randevu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,04±0,95 (4)	3,63±0,86 (4)
	Z	-2,592	
	p	0,010*	
Etkin Muayene	Ortalama ± SS (Medyan)	4,35±0,78 (4,6)	3,7±0,94 (4)
	Z	-3,822	
	p	0,001*	
Çalışanların Tutumu	Ortalama ± SS (Medyan)	4,01±0,99 (4)	3,49±0,99 (4)
	Z	-2,714	
	p	0,007*	
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	Ortalama ± SS (Medyan)	3,95±1,03 (4)	3,51±0,88 (4)
	Z	-2,530	
	p	0,011*	
Genel Memnuniyet	Ortalama ± SS (Medyan)	3,8±1,1 (4)	3,47±1,11 (3,9)
	Z	-1,645	
	p	0,100	

Z: Mann Whitney U Test

*p<0.05

6.4. Üçüncü Hipoteze Ait Bulgular

AHMÖ ve TSOY-32 alt boyut ve toplam puanlarının korelasyonu Tablo 6.4.1’de gösterilmektedir. Burada Spearman sıra korelasyonu kullanılmıştır. Spearman sıra korelasyonu katsayısı -1 ile +1 arasında değer almaktadır. +1 ise değişkenler arasında pozitif yönlü mükemmel bir doğrusal ilişki, -1 ise, değişkenler arasında negatif yönlü mükemmel bir doğrusal ilişki vardır (138). Bulgulara göre, TSOY-32 toplam puanı ile AHMÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyli ($r= 0,443$) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). TSOY-32 ve AHMÖ’nün alt boyutlarının korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

TSOY-32 toplam puanı ile randevu, etkin muayene, çalışanların tutumu ile bekleme süresi ve danışmanlık alt boyut puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyli; genel memnuniyet alt boyut puanı arasında ise pozitif yönlü, zayıf düzeyli bir ilişki vardır. Tedavi ve hizmet alt boyut puanı ile AHMÖ toplam puanı; randevu, etkin muayene, bekleme süresi ve danışmanlık alt boyut puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyli; çalışanların tutumu ve genel memnuniyet alt boyut puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyli bir ilişki vardır.

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyut puanı ile AHMÖ toplam puanı; randevu, etkin muayene, bekleme süresi ve danışmanlık alt boyut puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyli; çalışanların tutumu ve genel memnuniyet alt boyut puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyli bir ilişki vardır.

Tablo 6.4.1. AHMÖ ve Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Korelasyonu

AHMÖ	TSOY-32 toplam puan		Tedavi ve Hizmet	Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi
	r			
Toplam AHMÖ	r	0,443	0,397	0,426
	p	0,001*	0,001*	0,001*
Randevu	r	0,383	0,372	0,352
	p	0,001*	0,001*	0,001*
Etkin Muayene	r	0,455	0,389	0,460
	p	0,001*	0,001*	0,001*
Çalışanların Tutumu	r	0,307	0,283	0,291
	p	0,001*	0,001*	0,001*
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	r	0,352	0,327	0,318
	p	0,001*	0,001*	0,001*
Genel Memnuniyet	r	0,228	0,200	0,219
	p	0,001*	0,001*	0,001*

r: Spearman's rho korelasyon testi

*p<0.05

7. TARTIŞMA

Türkiye’de ve dünyada sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyeti ölçümü ile ilgili pek çok çalışmanın yapıldığı görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi amacıyla öğrenciler, sağlık personelleri, kurumlar üzerinde çalışmalar yapılmış; aynı şekilde hasta memnuniyeti düzeyinin belirlenmesi amacıyla farklı sağlık kurum ve kuruluşlarında da pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda sosyodemografik özelliklerin hasta memnuniyeti oranı ve sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilişkisi incelenmiştir.

İstanbul’da özel bir hastaneye ayaktan başvuru yapan katılımcılarla gerçekleştirilen bu araştırma, Türkiye için özgün bir çalışmadır. Literatürde yalnızca 2 adet benzer çalışmadan bahsedilebilir. Altun (11) aile sağlığı merkezinde, Çatı ve arkadaşları (15) ise Düzce ilinde sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyeti ilişkisine dair bir çalışma yapmıştır. İstanbul’daki bu araştırmanın belli bir zaman diliminde, 2. basamak bir özel hastanede, yalnızca 15 yaş ve üzeri ayaktan başvuru yapan hastalara uygulanması, araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyiyle ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması”na göre yaklaşık olarak 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmada Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 kullanılmıştır. Çalışma için Türkiye genelini temsil edecek şekilde 6 bin 228 hane belirlenmiştir. Buna göre; sağlık okuryazarlığı seviyesi incelendiğinde, %30,9 yetersiz, %38 sorunlu-sınırlı, %23,4 yeterli, %7,7 ise mükemmel olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise katılımcıların %41,1’i yeterli sağlık okuryazarlığına, %10,7’si yetersiz sağlık okuryazarlığına sahiptir. Sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz olanların %43,5’ini, sorunlu-sınırlı olanların %22,6’sını, yeterli olanların %19,7’sini, mükemmel olanlarınsa %13,5’ini doktor aracılığıyla tanısı konmuş, 6 ay ya da daha uzun süre devam eden bir kronik hastalığa sahip olanlar oluşturmuştur. Bu çalışmada da kronik hastalığı olmayan kişilerin TSOY-32 toplam puanı, birden fazla kronik hastalığı olan kişilerin puanlarından yüksek çıkmıştır (139). Burada kronik hastalığı olan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılması gerekliliği görülmektedir.

İstanbul ilinde özel bir hastanede yapılan bu araştırmaya 246'sı (%64,1) kadın ve 138'i (%35,9) erkek olmak üzere toplam 384 hasta katılmıştır. Altun (11), Amasya'da yapmış olduğu çalışmada aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık seviyelerini belirlemeye çalışmış ve hasta memnuniyeti ile arasındaki ilişkinin ortaya konmasını amaçlamıştır. Onun çalışmasında da kadın katılımcılar çoğunluktadır (%60,4). Çatı ve arkadaşlarının (15) çalışmasında da katılımcıların %66'sı kadındır. Neredeyse erkeklerin iki katıdır. Silkane ve arkadaşları (140) ile Yim ve arkadaşlarının (141) çalışmalarında da kadın katılımcıların çoğunlukta olduğu görülmektedir (sırasıyla %56 ve %59). Bunun kadınların anket çalışmasına katılmak için daha gönüllü olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların %33,3'ü 25-34 yaş aralığında ve %2,6'sı 65 yaş ve üzerindedir. Çatı ve arkadaşlarının (15) çalışmasında en yüksek katılım %26,9 ile 36-45, en düşük katılım ise %9,4 ile 56 ve üzeri yaş aralığındadır. Kepenek'in (142) çalışmasında da en yüksek katılım %25,8 oranla 36-45; en düşük katılım ise %14,5 oranla 56 ve üzeri yaş aralığındadır.

Bu araştırmada katılımcıların %52,6'sı bekârdır. Karakız ve Tosun (143), Gül ve Dömbekci (109), Akpınar (144), Yakar ve arkadaşları (145), Güven (91), Altun (11), Berberoğlu ve arkadaşları (146), Talmaç ve Soysal'ın (147) çalışmalarında ise evli katılımcıların daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı ilçede medeni durumu evli olan toplam nüfus 35-44 yaş aralığındadır (148). Bu araştırmaya katılanların ise çoğunluğunu 25-34 yaş aralığı oluşturmaktadır. Bölgenin hasta profilinin bu duruma neden olduğu düşünülebilir.

Bu araştırmada katılımcıların %25,8'i ön lisans, %47,1'i lisans, %14,1'i de yüksek lisans ve üzeri mezunudur. Toplam oran %87'dir. İlköğretim ve lise mezunlarının toplam oranı %13'tür. Altun'un (11) çalışmasında ise ön lisans, lisans ve lisansüstü mezun oranı toplam %47,3'dür. Çatı ve arkadaşlarının (15) çalışmasında; ilköğretim, ortaokul ve lise mezunlarının toplam oranı %78,5'tir. Lisans, yüksek lisans ve doktora mezunlarının toplam oranı ise %21,1'dir. Gül ve Dömbekci'nin (109) çalışmasında üniversite ve üzeri mezun oranı %51,5'tir. Güven'in (91) çalışmasında ilköğretim, ortaokul ve lise mezunlarının toplam oranı %71,3; ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunların ise toplam oranı %28,7'dir. Kepenek'in (142) çalışmasında

katılımcıların %19,8'i üniversite, yüksek lisans ve doktora mezunudur. Karakız ve Tosun'un (143) çalışmasında üniversite ve üstü mezun oranı %13'tür. Burada görülüyor ki bu araştırmadaki katılımcıların eğitim düzeyi diğer çalışmalara göre oldukça yüksektir. Burada araştırmanın yapıldığı bölgenin ve hasta profilinin etkili olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada katılımcıların %58,6'sı özel sektör çalışanı, %8,3'ü emekli, %7,8'i serbest meslek sahibi, %7,6'sı devlet kurumu çalışanı, %6,8'i öğrenci, %3,6'sı ev hanımıdır. Gül ve Dömbekci'nin (109) il genelinde yaptığı çalışmasında katılımcıların %36,3'ü özel sektör çalışanı, %22,4'ü ev hanımı ve işsiz, %30'u öğrenci ve %11,3'ü kamu çalışanıdır. Güven'in (91) bir hastanenin dahiliye polikliniğinde yaptığı çalışmasında katılımcıların %23,2'si özel sektör çalışanı, %21,7'si ev hanımı, %13,2'si memur, %5,3'ü öğrenci, %2,4'ü emeklidir. Altun'un (11) aile sağlığı merkezlerine başvuranlarla yaptığı çalışmasında katılımcıların %35,3'ü memur, %29,7'si ev hanımı, %8,6'sı emekli, %7'si öğrencidir. Çatı ve arkadaşlarının (15) il genelinde yaptığı çalışmada katılımcıların %28,6'sı ev hanımı, %14,6'sı öğrenci, %11,4'ü emekli, %10,3'ü memurdur.

Bu araştırmada katılımcıların %57,8'inin genel sağlık sigortası bulunmaktadır. Akpınar (144), Güven (91), Çatı ve arkadaşları (15), Berberoğlu ve arkadaşları (146) ve Kepenek'in (142) çalışmalarında da genel sağlık sigortası olan katılımcıların çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların %32,8'inin geliri giderinden azken, %40,6'sının geliri giderine eşit ve %26,6'sının geliri giderinden fazladır. Altun'un (11) çalışmasında katılımcıların %23,3'ünün geliri giderinden azken, %64,5'inin geliri giderine eşit, %12,2'sinin de geliri giderinden fazladır. Berberoğlu ve arkadaşlarının (146) çalışmasında katılımcıların %36,7'sinin geliri giderinden az, %57,3'ünün geliri giderine eşit, %6'sının ise geliri giderinden fazladır. Kepenek'in (142) çalışmasında katılımcıların %29,6'sının geliri giderinden azken, %46,3'ünün geliri giderine eşit, %24'ünün ise geliri giderinden fazladır. Diğer çalışmalara göre bu araştırmadaki katılımcıların gelir seviyesinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada katılımcıların %68'inin kronik hastalığı yokken, %22,9'unun bir tane, %9,1'inin birden fazla kronik hastalığı vardır. Toplamda %32'sinin kronik

hastalığının olduğu söylenebilir. Yakar ve arkadaşlarının (145) çalışmasında %36,2'sinin, Güven'in (91) çalışmasında %30,3'ünün, Altun'un çalışmasında (11) %34,3'ünün, Kepenek'in (142) çalışmasında ise %32,1'inin kronik hastalığı vardır. Çalışmalarda katılımcıların kronik hastalıklarının olması durumunun benzer düzeylerde olduğu görülmektedir.

Yukarıda bahsedilen çalışmaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilgili bulgularıyla bu araştırmanın bulguları aşağıda kıyaslanmıştır:

Bu çalışmada TSOY-32'ye göre katılımcıların %41,1'i "yeterli", %28,9'u "mükemmel", %19,3'ü "sorunlu-sınırlı" ve %10,7'si "yetersiz" sağlık okuryazarlığına sahiptir. Yakar ve arkadaşlarının (145) çalışmasında katılımcıların %50,6'sı "yetersiz", %25,1'i "sorunlu-sınırlı", %19,1'i "yeterli" ve %5,1'i "mükemmel" sağlık okuryazarlığına sahiptir. Berberoğlu ve arkadaşlarının (146) çalışmasında katılımcıların %51,7'si "yetersiz", %31,1'i "sorunlu-sınırlı", %9,4'ü "yeterli", %7,8'i "mükemmel" sağlık okuryazarlığına sahiptir. Kepenek'in (142) çalışmasında katılımcıların %42,4'ünün "yetersiz", %24,2'sinin "sorunlu-sınırlı", %25,1'inin "yeterli" ve %8,4'ünün "mükemmel" sağlık okuryazarlığına sahiptir. Diğer çalışmalara göre bu çalışmadaki sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada kadınların TSOY-32 toplam puanları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Berberoğlu ve arkadaşlarının (146) çalışmasında da kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi erkeklere göre daha yüksektir. Gül ve Dömbekci (109), Yakar ve arkadaşları (145) ile Kepenek'in (142) çalışmalarında ise kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Türkiye genelinde yapılan TSOY-32 çalışmasında, sağlık okuryazarlığı seviyesinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve kadınlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı oranı %35,3 iken erkeklerde bu oran %26,4 olarak ölçülmüştür.

Bu çalışmada bekârların TSOY-32 puanı evlilerden yüksek bulunmuştur. Gül ve Dömbekci (109), Yakar ve arkadaşları (145) ile Kepenek'in (142) çalışmalarında da bu çalışmayla aynı şekilde bekâr katılımcıların evlilere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Bu araştırmanın sonucuna göre 15-24 ve 25-34 yaş grubunun TSOY-32 toplam puanı; 35-44, 55-64, 65 yaş ve üzerinden yüksektir. Berberoğlu ve arkadaşlarının (146) çalışmasında yaşlılarda sağlık okuryazarlığı seviyesinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Kepenek'in (142) çalışmasında da 25 yaş ve altı kişilerin yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyeleri en yüksektir. Yaş ilerledikçe yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesinin azaldığı, yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesinin arttığı görülmüştür. Gül ve Dömbekci'nin (109) çalışmasında ise yaşın ilerlemesi ile sağlık okuryazarlık seviyesinde yükseliş tespit edilmiştir.

Bu çalışmada yüksek lisans ve üzeri mezunlarının TSOY-32 toplam puanı, ön lisans ve lisans mezunlarından düşük bulunmuştur. Diğer eğitim düzeyleri arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Gül ve Dömbekci'nin (109) çalışmasında da eğitim düzeyi ilköğretim ve lise olanların sağlık okuryazarlığı seviyeleri üniversite ve üzerindekiyle göre daha yüksek tespit edilmiştir. Yakar ve arkadaşlarının (145) çalışmasında ise lise altı eğitim düzeyindekilere sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük bulunmuştur. Kepenek'in (142) çalışmasında da eğitim durumuyla yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesi doğru orantılı olarak tespit edilmiştir.

Sezgin (3) bir yayınında sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit ederken eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yüksek olduğunu düşünmenin yanlış olduğunu savunmuştur. Kişinin eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında doğrudan bir ilişki olmadığını; eğitim düzeyi düşük olanların çekinme, sessiz kalma, yardım istemekten utanma benzeri davranışlarda bulunarak sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ortaya çıkmasını istemediklerini belirtmiştir.

Bu çalışmada gelir düzeyleri arasında TSOY-32 toplam puanları açısından bir farklılık tespit edilmemiştir. Gül ve Dömbekci (109) de aynı şekilde çalışmasında, sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması ile gelir durumu arasında bir farklılık tespit etmemiştir. Kepenek'in (142) çalışmasında ise gelir düzeyi; gelir-gidere eşit ya da yüksek olan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bu araştırma sonucuna göre kronik hastalığı olmayan kişilerin TSOY-32 toplam puanı, birden fazla kronik hastalığı olan kişilerin puanlarından yüksektir. Kepenek (142) ve Akpınar (144) da çalışmalarında aynı sonuca ulaşmıştır.

Bu çalışmada kadınlar ve erkekler arasında AHMÖ toplam puan ortalamaları açısından bir farklılık tespit edilmemiştir. Atay (149) ile Kaya ve Maimaiti (137) de çalışmasında aynı sonuca ulaşmıştır. Kırdarlı'nın (150) çalışmasında ise etkin muayene alt boyutunda, kadın hastaların memnuniyet puanı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada bekâr katılımcıların AHMÖ toplam puanları evlilerden yüksek bulunmuştur. Kırdarlı (150) da çalışmasında aynı sonuca ulaşmıştır. Atay (149) ile Kaya ve Maimaiti'nin (137) çalışmasında ise bir fark tespit edilmemiştir.

Araştırmada eğitim durumuna göre AHMÖ toplam puanları arasında bir farklılık tespit edilmemiştir. Atay (149) ve Kırdarlı (150) da aynı sonuca ulaşmıştır. Kaya ve Maimaiti (137) ise en düşük ortalama puana üniversite/lisansüstü mezunlarının sahip olduğunu tespit etmiştir.

Ayrıca bu araştırma ve Kırdarlı'nın (150) çalışmasında meslek ve sosyal güvence durumuna göre AHMÖ puanları açısından bir farklılık bulunmamıştır. Kaya ve Maimaiti (137) de meslek durumuna göre bir farklılık tespit etmemiştir.

Bu araştırma sonucuna göre geliri giderinden az olan kişilerin toplam AHMÖ puanları, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan kişilerin puanlarından düşük olarak tespit edilmiştir. Atay'ın (149) ve Kırdarlı'nın (150) çalışmalarında ise gelir durumuna göre bir farklılık tespit edilmemiştir.

İstanbul ilinde yapılan bu çalışmaya konu bazında benzerlik gösteren çalışmalarla yapılan kıyaslamalar aşağıdaki gibidir:

Altun (11), Amasya'da yapmış olduğu çalışmada aile sağlığı merkezlerindeki sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık seviyeleri belirlenmeye çalışılmış ve hasta memnuniyet seviyesi ile arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır. Araştırmadaki katılımcıların %60,4'ü kadındır. İstanbul ilindeki bu araştırma da %64,1 oranında kadın katılımcı ile yapılmıştır. Amasya ili Merkez

ilçesindeki çalışmaya katılanların sağlık okuryazarlık seviyelerinin %57,9 oranında “yetersiz ve sorunlu” seviyede olduğu; kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek okuryazarlığa sahip olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise katılımcıların %19,3’ü sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına ve %10,7’si yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olarak bulunmuştur. “Yetersiz ve sorunlu” sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük orandadır. Ayrıca kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi, Amasya’daki çalışmayla benzer şekilde, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Altun’un çalışmasında sağlık okuryazarlığı seviyesinin eğitim, cinsiyet ve gelir düzeyine göre farklılık gösterdiği; medeni hâl, yaşanan yer ve kronik hastalıklar bakımından değişiklik göstermediği belirlenmiştir. İstanbul ilindeki bu çalışmada ise sağlık okuryazarlığı seviyesinin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, sağlık güvencesi, kronik hastalık varlığı ve hastaneyi tavsiye etme durumuna göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Altun’un (11) çalışmasında yükseköğrenime sahip katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanı, temel eğitime sahip olanlardan yüksek çıkmıştır. Bu çalışmada ise yüksek lisans ve üzeri mezunlarının TSOY-32 toplam puanı, ön lisans ve lisans mezunlarından daha düşük olarak tespit edilmiştir. Altun (11), sağlık okuryazarlığı puanının sağlık hizmeti ana süreci ile sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet ölçeğinin tüm alt boyutları ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, çok zayıf ve zayıf düzeyde, doğrusal yönde ilişki olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmada da TSOY-32 ile AHMÖ arasında orta düzeyli (0.44) bir ilişki tespit edilmiştir.

Çatı ve arkadaşları (15), Düzce ilinde sağlık hizmeti alan bireylerle yaptıkları çalışmada; hastaların sağlık okuryazarlık seviyelerinin memnuniyet seviyelerini ne kadar etkilediğini, bununla birlikte, hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyeti seviyelerinin herhangi bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeyi amaçlamışlardır. Çalışmanın sonucunda; sağlık okuryazarlık bilgi seviyesinin yükselmesinin hasta memnuniyetini olumsuz olarak etkilediği belirlenmiştir. Memnuniyet faktörü ele alındığında genç yaş grubunun, ileri yaş grubuna göre; eğitim seviyesi yüksek kişilerin, eğitim seviyesi düşük olanlara göre; memur ve öğrencilerin, emeklilere göre; Bağ-kur sağlık güvencesi olanların, SSK’lılara göre daha olumlu bir algı içinde oldukları tespit edilmiştir. İstanbul ilinde yapılan bu çalışmada ise yaş grupları, eğitim düzeyleri, meslekler ve sağlık

güvenceleri arasında Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından bir farklılık tespit edilmemiştir. Sağlık okuryazarlığı değişkenlerinde ise yüksek ve orta gelirli katılımcıların düşük gelirli katılımcılara kıyasla daha olumlu bir algı içerisinde oldukları görülmüştür. Bu araştırmada ise gelir düzeyleri arasında TSOY-32 toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından bir farklılık tespit edilmemiştir. Çatı ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarına göre sağlık okuryazarlık bilgi seviyesinin artmasının hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Bu araştırmada da TSOY-32 ile AHMÖ arasında orta düzeyli (0,443) bir ilişki tespit edilmiştir.

Aşağıdaki çalışmalarda farklı ölçekler kullanılarak bu çalışmanın konusuna benzer araştırma örnekleri bulunmaktadır:

Silkane ve arkadaşları (140), Letonya’da, sağlık okuryazarlığının hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini tahmin etmedeki görevini belirtmek için bir çalışma yapmıştır. Araştırmaya rastgele belirlenen 451 kişi katılmıştır. Katılımcılar, yaşları 18-81 arasında, %44 erkek, %56 kadından oluşmuştur. Sonuçlara göre; erkeklerin kadınlara kıyasla sağlık hizmetinden genel olarak daha memnun olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ise kadınlar ve erkekler arasında ayaktan hasta memnuniyeti ölçeği toplam puan ortalamaları açısından bir farklılık tespit edilmemiştir.

Yim ve arkadaşları (141), cerrahi uygulamada sağlık okuryazarlığı değerlendirmesi ve hasta memnuniyeti üzerine bir çalışma yapmıştır. Çalışmadaki katılımcılar, New York’taki “Mount Sinai Beth Israel Surgical Associates” hastanesinden bir aylık dönemde ayaktan cerrahi hizmeti alan yetişkin hastaları içeriyordu. Çalışmaya 148 hasta katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 49, %41’i erkek ve %76’sı Beyaz/Kafkas kökenli, %27’si dört yıllık lisans/üniversite diplomasına sahiptir. Hastaların %37’si düşük sağlık okuryazarlığına sahip olarak tanımlanmıştır. İstanbul’daki bu çalışmada ise katılımcıların %19,3’ü sorunlu-sınırlı ve %10,7’si yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olarak tespit edilmiştir. New York’taki çalışmada eğitim yılının fazla olması, yeterli sağlık okuryazarlığı ile önemli derecede ilişkilendirilmiş ve daha eğitilmiş ve yeterli sağlık okuryazarlığına sahip hastaların, sağlık hizmeti sağlayıcılarının iletişiminden daha memnun olduğu tespit edilmiştir.

Ayaktan hastaların, bu cerrahi klinikte, sağlık hizmeti sağlayıcılarının iletişiminden genellikle çok memnun olduğu; daha yüksek eğitim düzeyi, daha iyi sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmiş ve her iki özelliğe sahip hastaların, hizmet sağlayıcılarının iletişiminden daha memnun olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise eğitim düzeyleri arasında ayaktan hasta memnuniyeti ölçeği toplam puan ortalamaları açısından herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir.

Karakız ve Tosun, hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesi ile hemşirelik bakımı hakkındaki memnuniyet seviyesi arasındaki ilişkinin tespit edilmesi ve birtakım tanımlayıcı niteliklere göre değerlendirilmesi amacıyla bir çalışma yapmıştır. Araştırma sonucunda, sağlık okuryazarlığı seviyesi yükseldikçe hemşirelik bakım memnuniyetinin de yükseldiği, sağlık okuryazarlığı ve hasta bakım memnuniyeti seviyesinin bazı tanımlayıcı özelliklere göre değiştiği tespit edildi. Hastaların bakım konusundaki memnuniyetinin artırılması, sağlık sistemindeki kalite göstergelerinden biridir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların sağlık okuryazarlık seviyesini artırmanın aynı zamanda bakım memnuniyetini de artıracak sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte, hemşirelerin bakım memnuniyeti ve sağlık okuryazarlığını etkileyen değiştirilebilir etkenlerle ilgili farkındalıklarının artırılması ve yapılacak müdahalelerin, bakım kalitesini iyileştireceği düşünülmüştür (143).

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından 14-17 Aralık 2022 tarihinde düzenlenmiş VIII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi'nde, "Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı (2022-2026)"ndan bahsedilmiştir. Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması amacıyla bu eylem planı kapsamında 8 hedef, 47 eylem, 125 faaliyet ve 127 gösterge belirlenmiştir. Belirlenen 8 hedef sırasıyla şu şekildedir (151):

1. Sağlık okuryazarlığının mevcut durumunun belirlenmesine yönelik ölçeklerin uygulanması ve sürdürülebilirliğinin sağlanması: Sağlık Okuryazarlığı Bilim Kurulu oluşturulması.
2. Doğru, erişilebilir ve eyleme geçirilebilir sağlık bilgilerini geliştirmek ve yaymak.
3. Sağlık bilişimine ilişkin uygulamaların geliştirilmesi ve sisteme entegrasyonu.

4. Sağlık hizmetleri verilirken sağlık okuryazarlığına göre düzenlemelerin yapılması ve sağlık hizmetinde çalışanların sağlık okuryazarlığı farkındalık düzeyinin artırılması.
5. Hastalıklar ve risk faktörleri ile ilgili farkındalığın artırılması.
6. Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının teşvik edilmesi.
7. Sağlık hizmetlerinin doğru kullanımı konusunda farkındalığın artırılması.
8. İzleme ve değerlendirme süreçlerini yürütmek.

Ulusal eylem planı doğrultusunda Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Türkiye genelindeki 15 bin 430 hanede bulunan bireylerle yüz yüze görüşerek sağlık okuryazarlığının ülke genelindeki durumunu tespit etmek amacıyla bir çalışma başlatmıştır. Bu alışma aynı zamanda Covid-19 salgınından sonra sağlık okuryazarlığı ile ilgili bu ölçekte gerçekleştirilen ilk ve en büyük araştırmadır (152).

8. SONUÇ

İstanbul'da özel bir hastanenin ayaktan sağlık hizmeti alan kullanıcıları üzerinde yapılan bu araştırmanın amacı; bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu bağlamda bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ve memnuniyet düzeylerine ilişkin algılarının farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Araştırmaya katılanların arasında kadınlar çoğunluktadır. Kadınların bu çalışmalara katılımlarının erkeklerle oranla daha fazla olduğu görülmektedir. Kadınlar bu konuda daha duyarlı diyebiliriz. Eğitim düzeylerine bakıldığında; ön lisans, lisans ve yüksek lisans ve üzeri mezunu katılımcıların oranının yüksek olduğunu görüyoruz. Burada eğitim düzeyinin artmasıyla sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığını söyleyebiliriz. Ancak bulgularda yüksek lisans ve üzeri mezunlarının TSOY-32 toplam puanı, ön lisans ve lisans mezunlarına göre düşük bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı seviyesinin de yükseldiği görülmüştür. Eğitimin her döneminde, anaokulundan üniversiteye kadar, sağlık okuryazarlığını sağlamaya yönelik sağlık bilgisi dersleri müfredata eklenebilir; mevcut olanların içeriği kontrol edilip düzenlenebilir. Günümüzde sık takip edilen dijital platformlar üzerinden sağlık bilgisi konusunda yayınlar yapılabilir.

Sağlık profesyonelleri tarafından hastalara doğru ve anlaşılır bilgi verilmesi, bireylerin sağlık okuryazarlığı açısından önemlidir. Özellikle hastaya herhangi bir müdahale öncesinde; işlemin faydaları, riskleri, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, işlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sorunlar gibi bilgileri içeren onam formlarının doktor tarafından açıklayıcı şekilde anlatılması gerekmektedir. Bu bilgilendirmenin doğru şekilde yapılıp yapılmadığıyla ilgili hastaya uygulanan anketlerde bu konu hakkında daha belirtici maddeler eklenebilir.

15-24, 25-34 yaş grubunun sağlık okuryazarlığı düzeyi; 35-44, 55-64, 65 yaş ve üzeri katılımcılardan yüksek bulunmuştur. 35 yaş ve üzerindeki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmeye yönelik televizyon kanalları ve sosyal medya üzerinden bilgilendirici yayınların artırımı sağlanabilir. Ayrıca buralarda yayınlanan sağlık bilgilerinin doğruluğu konusunda denetimlerin sıklığı artırılabilir. Sağlık

ürünlerinin kullanımı konusunda yanlış bilgi veren sosyal medya hesaplarına, bu konuda caydırıcı cezalar verilebilir.

Meslek bazında incelendiğinde, emeklilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi; öğrenci, serbest meslek, özel sektör, ev hanımı ve çalışmayan gruptan düşük çıkmıştır. Emekliler için yerel yönetimler devreye girerek sağlık bilgisi hakkında bireyleri bilinçlendirmeye yönelik programlar geliştirebilir.

Kronik hastalığı olmayan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, birden fazla kronik hastalığı olan kişilerden yüksek bulunmuştur. Burada, özellikle kronik hastalığı bulunan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması gerekmektedir. Çünkü kronik hastalığı olan bireyler gündelik yaşamlarında uzun süre boyunca bu hastalıklarıyla yaşamayı öğrenmeli; bu nedenle de hastalıklarını tanımalı ve tedavisi konusunda bilinçli olmalıdır. Kişinin bu süreçte görüşmüş olduğu sağlık profesyonellerinin, bu konuda ona anlaşılır bir iletişim diliyle doğru şekilde eğitim vermesi gerekmektedir.

Hastaneyi tavsiye eden katılımcıların tavsiye etmeyenlere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek çıkmıştır. Burada yeterli düzeyde sağlık bilgisine sahip hastaların genel olarak hastane hizmetinden memnun kalarak, o hastaneyi tavsiye edebileceği söylenebilir.

Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeğine göre değerlendirildiğinde; kadın ve erkek katılımcıların memnuniyet seviyeleri arasında bir farklılık yoktur. Bekâr katılımcıların Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği toplam puanları evlilerden yüksek çıkmıştır. Cinsiyet, yaş grupları, eğitim düzeyleri, meslekler, sağlık güvenceleri arasında Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir. Düzensiz çalışan kişilerin Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği toplam puanı; düzenli ücretli çalışan, kendi hesabına çalışan ve diğer çalışma durumlarındaki kişilerin puanlarından düşüktür. Geliri giderinden az olan kişilerin toplam AHMÖ puanları, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan kişilerin puanlarından düşüktür. Literatürde memnuniyet ile ilgili puanlamayı etkileyen faktörleri sıralamak gerekirse; cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, meslek, yaş ve gelir durumu sayılabilir. Ancak bu araştırmada; cinsiyet,

yaş grupları, eğitim düzeyleri, meslekler ve sağlık güvenceleri arasında bir farklılık tespit edilmemiştir.

Yukarıda varmış olduğumuz sonuca göre H_1 ve H_2 hipotezleri kabul edilmiştir. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeyleri ve hasta memnuniyetleri farklılık göstermektedir.

Bu araştırmada TSOY-32 ile Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği arasında orta düzeyli bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre H_3 hipotezi kabul edilmiştir. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile hasta memnuniyetleri arasında bir ilişki vardır. Alt boyutlarına göre kıyasladığımızda; TSOY-32 toplam puanı ile genel memnuniyet puanı arasında zayıf düzeyli (%22,8), tedavi ve hizmet puanı ile çalışanların tutumu puanı arasında zayıf düzeyli (%28,3), tedavi ve hizmet puanı ile genel memnuniyet puanı arasında zayıf düzeyli (%20) bir ilişki vardır. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi puanı ile AHMÖ toplam puanı arasında zayıf düzeyli (%29,1), hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi puanı ile genel memnuniyet puanı arasında zayıf düzeyli (%21,9) bir ilişki tespit edilmiştir.

İstanbul ilinde yapılan bu araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin yüksek derecede olduğu söylenemez ancak orta düzeyde bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Sağlık alanında daha çok bilgiye sahip hastalar, bu bilgileri daha iyi anlayabilir ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerinden daha çok memnun olabilirler. Bu sebeple, hastaların eğitilmesine ve teşhis ve tedavi ile ilgili önerilerin açıklanmasına dikkat edilmelidir. Halkın sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmeye yönelik yapılacak olan her çalışmanın sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetin artırılmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Kalaycı Oflaz, Nihal. *Sağlık Okuryazarlığını Anlamak Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Harcamalarına Etkisi*. 1. İstanbul : Aktif Yayınevi, 2021.
2. Gözülü, Kenan. Sağlıkın Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2020, Cilt 27, 1, s. 137-144.
3. Sezgin, Deniz. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*. 2013, s. 74-92.
4. IOM. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. *National Academies Press*. 2004.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Ankara : Bakanlık Yayın No: 814, 2011. s. 1-10.
6. Zarcadoolas, Christina, Pleasant, Andrew ve Greer, David S. Understanding Health Literacy: An Expanded Model. *Health Promotion International*. 2005, Cilt 20, 2, s. 195-203.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. *Türkiye'nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ölçüldü*. [Çevrimiçi] 20 Aralık 2020. [Alıntı Tarihi: 25 Aralık 2022.] <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>.
8. Murray, Christine June. The Association Between Health Literacy and Patient Satisfaction with Consultation: An Observation. *Submitted in Partial Fulfilment of the Requirements for the Degree of Doctor of Nursing*. Victoria, Australia : La Trobe University College of Science, Health and Engineering, 23 Kasım 2020.
9. Eren, Ayşegül Doğan. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Prom'ların Kullanımının Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019. s. 27-28.
10. Kurtuluş, Sümeyye Arslan. Hasta Deneyimi, Tatmini, Sadakati, Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetini Tekrar Kullanma Niyeti Arasındaki İlişkilerin

İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Doktora Tezi*. İstanbul : İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2019. s. 1-2.

11. Altun, Rauf. Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Amasya Örneği. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara : Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2021.

12. Dinç, D., ve diğerleri. Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2009, Cilt 13, 2.

13. Erdem, Ramazan, ve diğerleri. Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. Temmuz-Aralık 2008, s. 95-110.

14. Özer, A. ve Çakıl, E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2007, Cilt 5, 3, s. 140-143.

15. Çatı, Kahraman, ve diğerleri. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018, Cilt 14, 1, s. 70.

16. *Sağlık Profesyonellerinin Değişim Sürecindeki Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*. Altındış, Mustafa. 14, Zonguldak : ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 2011, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 7, s. 14.

17. Bektaş, Fatma. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Uygulamaları. İstanbul : Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013.

18. *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. [Çevrimiçi] 22 Nisan 2023. [Alıntı Tarihi: 22 Nisan 2023.] <https://sozluk.gov.tr>.

19. *Health Promotion Glossary*. Nutbeam, Don. 4, 1998, Health Promotion International, Cilt 13, s. 349-364.

20. Okay, Ayla. Sağlık İletişimi ve Sağlık İletişimi Anlayışının Gelişimi. *Sağlık İletişimi*. İstanbul : Kapital Medya Hizmetleri A.Ş., 2009, s. 13-15.

21. Güneş, Firdevs. *Uygulamalı Okuma Yazma Öğretimi*. Ankara : Ocak Yayınları, 2000.

22. Longman. *Dictionary of Contemporary English*. United Kingdom : Pearson Longman, 2003.
23. Alderson, J. Charles. *Assesing Reading*. Cambridge : Cambridge University Press, 2000.
24. Kurudayıoğlu, Mehmet ve Tüzel, M. Sait. Türklük Bilimi Araştırmaları. *21. Yüzyıl Okuryazarlık Türleri, Değişen Metin Algısı ve Türkçe Eğitimi*. [Çevrimiçi] 2010. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tubar/issue/16969/177280>.
25. Kress, Gunther. *Literacy in the New Media Age*. London : Routledge, 2003.
26. Aşıcı, Murat. Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık. *Değerler Eğitimi Dergisi*. Haziran 2009, Cilt 7, 17, s. 9-26.
27. Gül, Gözde. Okuryazarlık Sürecinde Aile Katılımının Rolü. *Özel Eğitim Dergisi*. 2007, Cilt 8, 1, s. 19.
28. Çiler Erdağ, Güler. Sağlıkın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. [kitap yaz.] Filiz Yıldırım ve Alev Keser. *Sağlık Okuryazarlığı*. Ankara : Ankara Üniversitesi Basımevi, 2015, s. 1-14.
29. Demirli, Pınar. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği. 2018.
30. Mitic, Wayne ve Rootman, Irving. *An Inter-Sectoral Approach for Improving Health Literacy for Canadians*. A Discussion Paper, 2012.
31. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. *Consumers, the Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality*. basım yeri bilinmiyor : Consultation Paper, June 2013.
32. Ingram, Racquel Richardson. Health Literacy and Adherence to Antihypertensive Regimens in African. *Doctoral Dissertation*. Greensboro: The University of North Carolina, 2010.
33. Teleş, Mesut. Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri ve Hasta Sonuçlarına Etkisi: Kardiyoloji Polikliniğine Bşvuran Hastalar Üzerinde Bir Araştırma. *Doktora*

Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 2018. s. 12.

34. Tontuş, Hacı Ömer. Sınırlı Sağlık Okuryazarlığının Sağlığa ve Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etkileri. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış*. 2014, 19, s. 32-35.

35. Ruth M Parker, Scott C Ratzan, Nicole Lurie. Health Literacy: A Policy Challenge for Advancing High-Quality Health Care. *Health Affairs*. 2003, 22, s. 147-153.

36. Nielsen-Bohlman, Lynn, Panzer, Allison M. ve Kindig, David A. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. *The National Academies Press*. 2004, s. 4.

37. Institute of Medicine. Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary. [dü.] Lyla M. Hernandez. Washington D.C. : The National Academies Press, 2013. s. 1.

38. Kickbush, Ilona, ve diğerleri. *Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar*. Türkiye Sağlıkli Kentler Birliği, 2015.

39. Kickbusch, Ilona, ve diğerleri. *Health Literacy: The Solid Facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2013. s. 73.

40. Ratzan, Scott C. Health literacy: Communication for the Public Good. *Health Promotion International*. 2001, Cilt 16, 2, s. 207-214.

41. Akalın, H. Erdal. Sağlık Politikaları Üzerine. *Sağlık Okuryazarlığı: Nedir? Neden Önemlidir?* [Çevrimiçi] 2012. [Alıntı Tarihi: 14 Eylül 2023.] <http://saglikpolitikolari.org/saglik-okuryazarligi-nedir-neden-onemlidir>.

42. Berkman, ND. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 2011, Cilt 155, s. 97-107.

43. Davis, T.C., ve diğerleri. Practical Assessment of Adult Literacy in Health Care. *Health Education and Behavior*. 1998, Cilt 25, 5, s. 613-624.

44. Parker, R.M., ve diğeri. The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine*. 1995, Cilt 10, 10, s. 537-541.

45. Osborn, Chandra Y., ve diğeri. The Mechanisms Linking Health Literacy to Behavior and Health Status. *American Journal of Health Behavior*. 2011, Cilt 35, 1, s. 118-28.

46. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs, American Medical Association (AMA). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 1999. 281, s. 552-557.

47. Yılmaz, M. ve Tiraki, Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? *DEUHFED*. 2016, 9, s. 142-147.

48. Eichler, Klaus, Wieser, Simon ve Brügger, Urs. The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review. *International Journal of Public Health*. 2009, Cilt 54, 5, s. 313-324.

49. The Ottawa Charter for Health Promotion. *WHO*. [Çevrimiçi] 1986. [Alıntı Tarihi: 14 Eylül 2023.] <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.

50. Pelikan, Jürgen M., Röthlin, Florian ve Ganahl, Kristin. *Comperative Report on Health Literacy in Eight EU Member States: The European health literacy project, 2009-2012*. Maastricht: European Health Literacy Project Lonsortium, 2012.

51. Çetinel, Özge Özen. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Bir Özel Hastane Zinciri Örneği. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul : İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2021.

52. Ohnishi, Mayumi, Nakamura, Keiko ve Takano, Takehito. Improvement in Maternal Health Literacy Among Pregnant Women Who Did Not Complete Compulsory Education: Policy Implications for Community Care Services. *Health Policy*. 2005, 72, s. 157-64.

53. Influence of Maternal Health Literacy on Healthy Pregnancy and Pregnancy Outcomes of Women Attending Public Hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *African Research Review*. 2011, Cilt 5, 3.

54. Jacobson, TA, ve diğeri. Use of a Low-Literacy Patient Education Tool to Enhance Pneumococcal Vaccination Rates: A Randomized Controlled Trial. 1999, 282, s. 646.

55. FL, FL Wilson ve L Brown Dora, M Stephens-Ferris. Can Easy-to-Read Immunization Information Increase Knowledge in Urban Low-Income Mothers? 2006, 21, s. 4-12.

56. Baker, LM, ve diğeri. Mothers Knowledge and Information Needs Relating to Childhood Immunizations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2007, 30, s. 39-53.

57. Renkert, S ve Nutbeam, D. Opportunities to Improve Maternal Health Literacy through Antenatal Education: An Exploratory Study. *Health Promot Int*. 2001, 16, s. 381-8.

58. Janicke, DM, JW, JW Finney ve Riley, AW. Children's Health Care Use: A prospective investigation of factors related to care-seeking. *Med Care*. 2001, 39, s. 990-1001.

59. Akbolat, M., ve diğeri. Sağlık Okuryazarlığı Hasta-Hekim İlişisini Etkiler mi? Sakarya İlinde Bir Araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016, 15, s. 354-355.

60. Uğurlu, Z. ve Akgün, H.S. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*. 2019, 12, s. 96-106.

61. Nutbeam, D. Discussion Paper on Promoting, Measuring and Implementing Health Literacy-Implications for Policy and Practice in Non-Communicable Disease Prevention and Control. *WHO*. 2017, 1, s. 29.

62. Baker, David W, ve diğlerleri. Functional Health Literacy and The Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. *Am J Public Health*. 2002, Cilt 92, 8, s. 1278-83.

63. DW, DW Baker, ve diğlerleri. Health Literacy and The Risk of Hospital Admission. *J Gen Intern Med*. 1998, Cilt 13, 12, s. 791-8.

64. Williams, M V, ve diğlerleri. Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease: A Study of Patients with Hypertension and Diabetes. *Arch Intern Med*. 1998, Cilt 158, 2, s. 166-72.

65. WHO Europe. Health Literacy: The Solid Facts. *WHO Regional Office for Europe: Geneva*. [Çevrimiçi] 2013. [Alıntı Tarihi: 14 Ekim 2023.] www.euro.who.int.

66. Hobbs, F.D.R., ve diğlerleri. Impact of Heart Failure and Left Ventricular Systolic Dysfunction on Quality of Life: A Cross-Sectional Study Comparing Common Chronic Cardiac and Medical Disorders and A Representative Adult Population. *Eur. Heart J*. 2002, Cilt 23, 23, s. 1867-1876.

67. Ponikowski, Piotr, ve diğlerleri. Heart Failure: Preventing Disease and Death Worldwide. *ESC Heart Failure*. 2014, Cilt 1, 1, s. 4-25.

68. Cajita, Maan Isabella, Cajita, Tara Rafaela ve Han, Hae-Ra. Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. *J Cardiovasc Nurs*. 2016, Cilt 31, 2, s. 121-30.

69. Macabasco-O'Connell, Aurelia, ve diğlerleri. Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure. *J Gen Intern Med*. 2011, Cilt 26, 9, s. 979-986.

70. Berry, C ve McMurray, J. A Review of Quality-of-Life Evaluations in Patients with Congestive Heart Failure. *Pharmacoeconomics*. 1999, Cilt 16, 3, s. 247-71.

71. Akbal, E ve Gökler, ME. COVID-19 Salgını Sürecinde Eksikliği Ortaya Çıkan Bir Gerçek: Sağlık Okuryazarlığı. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2020, Cilt 5, s. 55-148.

72. Castro-Sánchez, E, ve diğerleri. Health Literacy and Infectious Diseases: Why Does It Matter? *International Journal of Infectious Diseases*. 2016, Cilt 43, s. 103-10.

73. Zarocostas, J. How to Fight an Infodemic. *Lancet*. [Çevrimiçi] 2020. [Alıntı Tarihi: 14 Eylül 2023.] www.thelancet.com.

74. Paakkari, L ve Okan, O. COVID-19: Health Literacy is An Underestimated Problem. *The Lancet Public Health*. 2020, Cilt 5, s. 249-50.

75. Sørensen, Kristine, ve diğerleri. Health literacy in Europe: Comparative Results of The European Health Literacy Survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015, Cilt 25, 6, s. 1053-8.

76. Spring, H. Health Literacy and COVID-19. *Health Info Libr J*. 2020, Cilt 37, 3.

77. Cangussú, L, ve diğerleri. COVID-19 and Health Literacy: The Yell of A Silent Epidemic Amidst the Pandemic. *Rev Assoc Med Bras*. 2020, Cilt 66, 2, s. 31-33.

78. Üçpınar, Esra. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılama Çalışması. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara : Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.

79. Kristine Sørensen, Stephan Van den Broucke, James Fullam, Gerardine Doyle, Jürgen Pelikan, Zofia Slonska, Helmut Brand. BMC Public Health. *Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models*. [Çevrimiçi] 2012. [Alıntı Tarihi: 22 Nisan 2023.] https://www.academia.edu/23146236/Health_literacy_and_public_health_A_systematic_review_and_integration_of_definitions_and_models.

80. Nutbeam, Don. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. 2000, Cilt 15, 3, s. 259-267.

81. Shoou-Yih D Lee, Ahsan M. Arozullah, Young Ik Cho. Health Literacy, Social Support, and Health: A Research Agenda. *Social Science Med.* Cilt 58, 7, s. 1309-1321.
82. Kwan, B., Frankish, J. ve Rootman, I. The Development and Validation of Measures of “Health Literacy” in Different Populations. *UBC Institute of Health Promotion Research and UVic Community Health Promotion Research.* 2006, s. 15-16.
83. Durusu Tanrıöver, Mine, ve diğerleri. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması.* 1. Ankara : Sağlık-Sen Yayınları, 2014.
84. Zarcadoolas, Christina, Pleasant, Andrew F. ve Greer, David S. *Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action.* San Francisco : Jossey-Bass, 2006.
85. Sabırcan, Figen. Stratejik İletişim Yönetiminin Sürdürülebilirliğe ve Sağlıkokuryazarlığına Katkısı: Deneysel Bir Çalışma. *Doktora Tezi.* İstanbul : İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2017. s. 101.
86. Baker, David W. The Meaning and The Measure of Health Literacy. *Journal Internal Medicine.* 2006, Cilt 21, 8, s. 878-883.
87. Paasche-Orlow, Michael ve Wolf, Michael. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior.* 2007, Cilt 31, 1, s. 19-26.
88. Manganello, Jennifer A. Health Literacy and Adolescents: A Framework and Agenda for Future Research. *HEALTH EDUCATION RESEARCH.* 17 Kasım 2008, Cilt 23, 5, s. 840-847.
89. Mancuso, Josephine M. Health Literacy: A Concept/Dimensional Analysis. *Nursing & Health Science.* 2008, Cilt 10, 3, s. 248-255.
90. Freedman, Darcy A., Bess, Kimberly D. ve Holly A Tucker, David L. Boyd, Arleen M. Tuchman, Kenneth A. Wallston. Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine.* 2009, Cilt 36, 5, s. 446-51.

91. Güven, Ali. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara : Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016. s. 46.

92. Okyay, Pınar, Abacıgil, Filiz ve Harlak, Hacer. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. [dü.] Filiz Abacıgil Pınar Okyay. *T.C. Sağlık Bakanlığı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025, Mayıs 2016.

93. Özer, Orhan. Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı ile Hizmet Sundukları Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018. s. 12-15.

94. Davis, T.C., Long, S.W. ve R.H. Jackson, E.J. Mayeaux, R.B. George, P.W. Murphy, M.A. Crouch. Rapid Estimate of Adult Literacy In Medicine: A Shortened Screening Instrument. *Family Medicine*. June 1993, Cilt 25, 6, s. 390-395.

95. Bass, P.F., Wilson, J.F. ve Griffith, C.H. A Shortened Instrument for Literacy Screening. *Journal of General Internal Medicine*. 2003, 18, s. 1036-1038.

96. Özdemir, H., ve diğerleri. Health Literacy among Adults: A study from Turkey. *Health Education Research*. 2010, Cilt 25, 3, s. 464-477.

97. Baker, D.W., ve diğerleri. Development of a Brief Test to Measure Functional Health Literacy. *Patient Education and Counseling*. 1999, Cilt 38, 1, s. 33-42.

98. Eyüboğlu, Ezgi ve Schulz, Peter J. Validation of Turkish Health Literacy Measures. *Health Promotion International*. 13 January 2015, Cilt 31, 2, s. 355-362.

99. Keleher, H. ve Hagger, V. *Australian Journal of Primary Health*. 2007, Cilt 13, 2, s. 24-30.

100. Weiss, B. D. ve Coyne, C. Communicating with Patients Who Cannot Read. *New England Journal of Medicine*. 1997, Cilt 337, 4, s. 272-274.

101. What Influences Health Literacy? *Health Literacy Connection*. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 14 Eylül 2023.]
<http://www.he-althliteracyconnection.ca/influences.aspx>.
102. Avcı, YD. Kişisel Sağlık Sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016, Cilt 15, 3.
103. Kanj, Mayagah ve Wayne, Mitic. Health Literacy. *Health Promotion Conferences*. [Çevrimiçi] 2009. [Alıntı Tarihi: 18 Eylül 2023.]
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.
104. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality. Sydney : yazarı bilinmiyor, 2014.
105. Bayık, Pınar Yalçın, Taşkaya, S. ve Şahin, B. Sağlık Okuryazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014, Cilt 13, 4, s. 321-326.
106. Paasche-Orlow, MK, ve diğerleri. The Prevalence of Limited Health Literacy. *J Gen Intern Med*. 2005, Cilt 20, 2, s. 175-184.
107. Kanıt Dayalı Tıp Derneği. Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi. Ankara : yazarı bilinmiyor, 2013. s. 4-8.
108. Prince, LY. Assessing Organizational Health Literacy at an Academic Health Center: A Quantitative Research Study. US: University of Arkansas, Bachelor of Business Admin, 2017.
109. Gül, Nazlı ve Dömbekci, Hilal Akman. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık İletişimi Sorunlarına Etkisi: Manisa İli için Değerlendirme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2023, Cilt 14, 38, s. 649-665.
110. Yılmaz, M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2001, Cilt 5, 2, s. 69-74.
111. Tengilimoğlu, Dilaver. *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. 3. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2014.

112. Marley, Kathryn A., Collier, David A. ve Goldstein, Susan M. The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals. *Decision Sciences*. 2004, Cilt 25, 3, s. 349-369.

113. Sünter, T., ve diğerleri. Samsun İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. *O. M. Ü. Dergisi*. 2003, Cilt 3, 20, s. 135-139.

114. Çatı, K. ve Koçoğlu, C.M. Müşteri Sadakati ile Müşteri Tatmini Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Selcuk University Social Sciences Institute Journal*. 2008, Cilt 19.

115. Oliver, R.L. Whence Consumer Loyalty? *The Journal of Marketing*. 1999, Cilt 63, s. 33-44.

116. AKDAĞ, R. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Araştırma Serisi 4*. 2010.

117. Yıldız, Zafer. Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Yapısal Eşitlik Modeli ile Analizi. *Doktora Tezi*. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018. s. 63-64.

118. N. Derin, E. T. Demirel. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 2013, Cilt 6.2, s. 1111-1130.

119. Bendall-Lyon, D. ve Powers, T.L. The Impact of Structure and Process Attributes on Satisfaction and Behavioral Intentions. *Journal of Services Marketing*. 2004, Cilt 18, 2/3, s. 114-121.

120. Zeilthaml, V. A. ve L.L. Berry, A. Parasuraman. The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*. 1996, Cilt 60, 2, s. 31-46.

121. Taşlıyan, M. ve Gök, S. Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2012, Cilt 2, 1, s. 69-94.

122. Cezlan, E.Ç. ve Üstün, S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021, Cilt 10, 3, s. 353-364.

123. Kıdak, L.B. ve Aksaraylı, M. Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması [Appraising and Monitoring The Satisfaction Level of Inpatients: An Application in A Education & Research Hospital]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sos. Bilim. Enstitüsü Dergisi*. 2008, Cilt 10, s. 87-122.

124. Yıldız, S. ve Yalman, F. Sağlık İşletmelerinde Yalın Uygulamalar Üzerine Genel Bir Literatür Taraması. . *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2015, Cilt 1, 1, s. 12-13.

125. Uslu, Yeter Demir. Sağlık Kurumlarında Stratejik Algı Yönetiminin Hasta Memnuniyeti ve Kurumsal Sürdürülebilirlik Açısından Önemi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2022, Cilt 16, 3, s. 615-623.

126. Jackson, J.L. ve Kroenke, K. Patient Satisfaction and Quality of Care. *Military Medicine*. 1997, Cilt 162.4, s. 273-277.

127. Yılmaz, M. Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Samsun : Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, 2019. s. 6.

128. Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi*. [Çevrimiçi] Mayıs 2023. [Alıntı Tarihi: 17 Ekim 2023.]

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20859&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.

129. Tezcan, D., ve diğerleri. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2014, Cilt 7, 1, s. 57-62.

130. Zaim, H. ve Tarım, M. Hasta Memnuniyeti, Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. 2010, Cilt 59, s. 1-24.

131. Marşap, A. *Sağlık İşletmelerinde Kalite Sağlıkta Kaliteşim Sistemi ve Sağlıkta Mükemmellikte Süreklilik*. 1. İstanbul: Beta Basım Yayın, 2014. s. 196.

132. Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. 3. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2012. s. 500.

133. Oche, M.O. ve Adamu, H. Patient Satisfaction with Services at A General Outpatient Clinic of A Tertiary Hospital in Nigeria. *Br J Med Med Res*. 2014, s. 181-202.

134. *Do Waiting Times in Dental Offices Affect Patient Satisfaction and Evaluations of Patient-Provider Relationships? A Quasi-Experimental Study*. Inglehart, M.R., ve diğerleri. 2015, American Dental Hygienists Association, s. 203-211.

135. Prakash, Bhanu. Patient Satisfaction. *J Cutan Aesthet Surg*. 2010, Cilt 3, 3, s. 152.

136. Erdoğan, Caner. Bilimsel Anketler İçin Örneklem Sayısı Hesaplama Programı (Excel). [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 1 Haziran 2023.]
https://www.academia.edu/39022606/Bilimsel_Anketler_%C4%B0%C3%A7in_%C3%96rneklem_Say%C4%B1s%C4%B1_Hesaplama_Program%C4%B1_Excel_.

137. Kaya, Şerife Didem ve Maimaiti, Namaitijiang. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2018, Cilt 21, 4, s. 601-623.

138. Sungur, Onur. Korelasyon Analizi. [kitap yaz.] Şeref Kalaycı. *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara : Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti., 2010, s. 115-127.

139. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1103, 2018.

140. *The Role of Health Literacy in Predicting Patient Satisfaction with Health Care*. Silkane, Vineta, Davidstone, Agnese ve Veliverronena, Linda. 2018, SOCIETY

INTEGRATION EDUCATION Proceedings of the International Scientific Conference, Cilt 7, s. 240-250.

141. Yim, Cindi K., ve diğerkleri. Health literacy assessment and patient satisfaction in surgical practice. *Annals of Medicine and Surgery*. 2018, Cilt 35, s. 25-28.

142. Kepenek, Selda. Bir Aile Sağlığı Merkezinde Hizmet Alan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2021.

143. Karakız, Ertuğrul ve Tosun, Betül. Evaluation of Patients' Health Literacy and Nursing Care Satisfaction Levels According to Some Descriptive Characteristics. *HUHEMFAD-JOHUFON*. 2022, Cilt 9, 1, s. 48-56.

144. Akpınar, Ömer Faruk. Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanımı Üzerine Etkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2019.

145. Burkay Yakar, Mehtap Gömleksiz, Edibe Pirinççi. Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Euras J Fam Med*. 2019, Cilt 8, 1, s. 27-35.

146. Ufuk Berberoğlu, Osman Öztürk, Mustafa Baran İnci, Hasan Çetin Ekerbiçer. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2019, Cilt 8, 3, s. 575-581.

147. Nurşen Talmaç, Abdullah Soysal. Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti: Bazı Demografik Değişkenlere Göre Adana İli Örneği. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2021, Cilt 13, 3, s. 29-42.

148. *Kadıköy Mevcut Durum Raporu*. İstanbul: Kadıköy Belediyesi, 2023.

149. Atay, Kübra. Ayaktan Hasta Memnuniyeti: Samsun İli Örneği. *Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2022.

150. Kırdarlı, Mehtap. Multipl Skleroz Polikliniklerinden Hizmet Alan Hastaların Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.

151. Örnek, Mustafa. Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı. *VIII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*. Antalya: 14-17 Aralık 2022.

152. Göçümlü, Burcu Çalık. Anadolu Ajansı Sağlık. *15 Binden Fazla Hanede "Sağlık Okuryazarlığı" Araştırması Başlatıldı*. [Çevrimiçi] 2 Aralık 2023. [Alıntı Tarihi: 4 Aralık 2023.]

<https://www.aa.com.tr/tr/saglik/15-binden-fazla-hanede-saglik-okuryazarligi-arastirmasi-baslatildi-/3070928#>.

153. *Local action on health inequalities, Improving health literacy to reduce health inequalities*. Roberts, J. Public Health England, 2015.

154. *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations*. Brach, C., ve diğerleri. National Academy of Sciences, 2012, Discussion Paper.

155. Brega, AG., Hamer, MK., Albright, K., Brach, C., Saliba, D., Abbey, D., Gritz, RM. Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures with Expert Consensus. *Health Literacy Research and Practice*. 2019, Cilt 3, 2, s. 127-146.

156. Sandra Kirchhoff, Kevin Dadaczynski, Jürgen M Pelikan, Inge Zelinka-Roitner, Christina Dietscher, Uwe H Bittlingmayer, Orkan Okan. Organizational Health Literacy in Schools: Concept Development for Health-Literate Schools. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022, Cilt 19, 14. 8795.

157. Meggetto, Elizabeth, Ward, Bernadette ve Isaccs, Anton. What's in A Name? An Overview of Organisational Health Literacy Terminology. *Australian Health Review*. 2018, Cilt 42, 1, s. 21-30.

158. Pelikan, Jürgen M. Health-Literate Healthcare Organisations. [dü.] Ullrich Bauer, Diane Orkan Okan. *International Handbook of Health Literacy*. 1. Policy Press, 2019, s. 539-554.

159. Sunil Kripalani, Ken Wallston, Kerri L. Cavanaugh, Chandra Y. Osborn, Shelagh Mulvaney, Amanda McDougald Scott, Russell L. Rothman. Measures to Assess a Health Literate Organization Vanderbilt Center for Effective Health Communication. [Çevrimiçi] July 2014. [Alıntı Tarihi: 30 Ekim 2023.] https://www.academia.edu/9336006/Measures_to_Assess_a_Health_Literate_Organization_Vanderbilt_Center_for_Effective_Health_Communication.

160. Rudd, Rima E. ve Anderson, Jennie E. The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers Partners for Action: Making Your Healthcare Facility Literacy-Friendly. [Çevrimiçi] 2006. [Alıntı Tarihi: 30 Ekim 2023.] <https://eric.ed.gov/?id=ED508596>.

161. Kowalski, Christoph, ve diğerleri. The Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire (HLHO-10): Development and Validation. *BMC Health Services Research*. 2015, Cilt 15, 47.

162. Cho, Young Ik, ve diğerleri. Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization amongst The Elderly. *Social Science & Medicine*. 2008, Cilt 66, 8, s. 1809-16.

163. David H Howard, Julie Gazmararian, Ruth M Parker. The Impact of Low Health Literacy on the Medical Costs of Medicare Managed Care Enrollees. *The American Journal of Medicine*. 2005, Cilt 118, 4, s. 371-377.

164. Safeer, Richard S ve Keenan, Jann. Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*. 2005, s. 463-468.

165. Simkhada, B., ve diğerleri. Factors Affecting the Utilization of Antenatal Care in Developing Countries: Systematic Review of the Literature. *J Adv Nurs*. 2008, 61, s. 244-260.

166. Baker, D W, ve diğerleri. The Health Care Experience of Patients with Low Literacy. *Arch Fam Med*. 1996, Cilt 5, 6, s. 329-34.

167. Neter, Efrat ve Brainin, Esther. Association Between Health Literacy, eHealth Literacy, and Health Outcomes Among Patients With Long-Term Conditions: A Systematic Review. *European Psychologist*. 2019, Cilt 24, 1, s. 68-81.

168. BETZ, C.L., ve diğeri. Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern. *Pediatric Nursing*. May-June 2008, Cilt 34, 3, s. 231-239.
169. Wright, K.B., Sparks, L., O’hair, H.D. *Health Communication in the 21st Century*. USA: Blackwell Publishing, 2008.
170. Sezgin, D. Tibbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık: Çelişkiler, Alternatifler ve Sağlık İletişimi. *Schola Ayrıntı Dizisi*. 2011, s. 140-150.
171. Bitner, M.J. Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing*. April 1990, Cilt 54, s. 69-82.
172. Cardoza, R.N. An Experimental Study of Customer Effort Expectation and Satisfaction. *Journal of Marketing Research*. 1965, Cilt 2, 3, s. 244-249.
173. Oliver, R.L. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*. 1980, Cilt 17, 4, s. 460-469.
174. Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Setting. *Journal of Retailing*. 1981, Cilt 57, 3, s. 25-48.

10. EKLER

10.1. EK-1 TSOY-32 SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN DAĞILIMLARI

TSOY-32	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sağlığımızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	155 (%40,4)	185 (%48,2)	26 (%6,8)	6 (%1,6)	12 (%3,1)
Sağlığımızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	151 (%39,3)	197 (%51,3)	17 (%4,4)	7 (%1,8)	12 (%3,1)
Sağlığımızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	133 (%34,6)	187 (%48,7)	43 (%11,2)	8 (%2,1)	13 (%3,4)
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	159 (%41,4)	179 (%46,6)	31 (%8,1)	5 (%1,3)	10 (%2,6)
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	188 (%49)	162 (%42,2)	20 (%5,2)	4 (%1)	10 (%2,6)
Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	198 (%51,6)	145 (%37,8)	24 (%6,3)	7 (%1,8)	10 (%2,6)
Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	174 (%45,3)	165 (%43)	29 (%7,6)	6 (%1,6)	10 (%2,6)
Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	173 (%45,1)	173 (%45,1)	25 (%6,5)	4 (%1)	9 (%2,3)
Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	155 (%40,4)	173 (%45,1)	39 (%10,2)	5 (%1,3)	12 (%3,1)
Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	193 (%50,3)	150 (%39,1)	27 (%7)	5 (%1,3)	9 (%2,3)
İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	184 (%47,9)	153 (%39,8)	33 (%8,6)	4 (%1)	10 (%2,6)
12 Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	140 (%36,5)	154 (%40,1)	50 (%13)	17 (%4,4)	23 (%6)
Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	162 (%42,2)	158 (%41,1)	39 (%10,2)	11 (%2,9)	14 (%3,6)
Tahlil/tetik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	164 (%42,7)	162 (%42,2)	38 (%9,9)	9 (%2,3)	11 (%2,9)
Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	124 (%32,3)	150 (%39,1)	62 (%16,1)	30 (%7,8)	18 (%4,7)
Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	141 (%36,7)	145 (%37,8)	44 (%11,5)	21 (%5,5)	33 (%8,6)
Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	163 (%42,4)	184 (%47,9)	22 (%5,7)	5 (%1,3)	10 (%2,6)
Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	158 (%41,1)	191 (%49,7)	20 (%5,2)	4 (%1)	11 (%2,9)
Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığımız için zararlı olabilecek durumlara ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	156 (%40,6)	191 (%49,7)	16 (%4,2)	8 (%2,1)	13 (%3,4)

Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	158 (%41,1)	191 (%49,7)	18 (%4,7)	5 (%1,3)	12 (%3,1)
Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	170 (%44,3)	167 (%43,5)	32 (%8,3)	4 (%1)	11 (%2,9)
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	152 (%39,6)	179 (%46,6)	26 (%6,8)	7 (%1,8)	20 (%5,2)
İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	144 (%37,5)	193 (%50,3)	29 (%7,6)	4 (%1)	14 (%3,6)
İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	137 (%35,7)	172 (%44,8)	51 (%13,3)	10 (%2,6)	14 (%3,6)
Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	140 (%36,5)	162 (%42,2)	48 (%12,5)	20 (%5,2)	14 (%3,6)
Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	148 (%38,5)	172 (%44,8)	39 (%10,2)	9 (%2,3)	16 (%4,2)
Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	136 (%35,4)	165 (%43)	49 (%12,8)	12 (%3,1)	22 (%5,7)
Günlük davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek	159 (%41,4)	186 (%48,4)	22 (%5,7)	6 (%1,6)	11 (%2,9)
Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	132 (%34,4)	143 (%37,2)	70 (%18,2)	27 (%7)	12 (%3,1)
Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	108 (%28,1)	144 (%37,5)	79 (%20,6)	38 (%9,9)	15 (%3,9)
Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	122 (%31,8)	185 (%48,2)	47 (%12,2)	16 (%4,2)	14 (%3,6)
Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	102 (%26,6)	159 (%41,4)	67 (%17,4)	15 (%3,9)	41 (%10,7)

10.2. EK-2 AYAKTAN HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇEĞİ SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN DAĞILIMLARI

Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Karasızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hastanenin randevu sistemini anlamak kolaydır (telefon, internet vs).	13 (%3,4)	28 (%7,3)	34 (%8,9)	148 (%38,5)	161 (%41,9)
Randevu almak istediğim zaman en kısa sürede randevu merkezine ulaşabiliyorum.	22 (%5,7)	35 (%9,1)	42 (%10,9)	139 (%36,2)	146 (%38)
Şikâyetim ile ilgili olarak randevu alırken makul bir süre harcıyorum.	19 (%4,9)	32 (%8,3)	39 (%10,2)	160 (%41,7)	134 (%34,9)
Şikâyetim ile ilgili olarak makul bir tarihe randevu alabiliyorum.	12 (%3,1)	30 (%7,8)	43 (%11,2)	157 (%40,9)	142 (%37)
Randevu ile ilgili verilen direktifleri açıklayıcı buluyorum.	12 (%3,1)	22 (%5,7)	33 (%8,6)	163 (%42,4)	154 (%40,1)
Muayene sırasında bana ayrılan süreden memnunum.	7 (%1,8)	26 (%6,8)	38 (%9,9)	142 (%37)	171 (%44,5)
Şikâyetim ile ilgili olarak etkin bir şekilde muayene ediliyorum.	4 (%1)	19 (%4,9)	30 (%7,8)	147 (%38,3)	184 (%47,9)
Muayene ile ilgili olarak ihtiyaç halinde başka birime yönlendirilmem konusunda (konsültasyon) yardımcı olunur.	5 (%1,3)	18 (%4,7)	39 (%10,2)	141 (%36,7)	181 (%47,1)
Muayene olurken kişisel mahremiyetime saygı gösterilir.	5 (%1,3)	21 (%5,5)	22 (%5,7)	124 (%32,3)	212 (%55,2)
Muayene edilmemle ilgili yeterli ekipman bulunmaktadır.	6 (%1,6)	20 (%5,2)	25 (%6,5)	136 (%35,4)	197 (%51,3)
Şikâyetimle ilgili olarak etkin çözüm sunulmaktadır.	6 (%1,6)	17 (%4,4)	33 (%8,6)	136 (%35,4)	192 (%50)
Tedavimden memnunum.	4 (%1)	18 (%4,7)	30 (%7,8)	134 (%34,9)	198 (%51,6)
Şikâyetim dikkatli ve istekli bir şekilde dinlenir.	5 (%1,3)	16 (%4,2)	24 (%6,3)	144 (%37,5)	195 (%50,8)
Sorularımı cevaplamak için yeterli zaman ayrılır.	4 (%1)	22 (%5,7)	27 (%7)	128 (%33,3)	203 (%52,9)
Şikâyetim ile ilgili olarak gerekli açıklamalar ve tavsiyeler yapılır.	5 (%1,3)	19 (%4,9)	26 (%6,8)	128 (%33,3)	206 (%53,6)
Doktorun profesyonelliği yeterli düzeydedir.	4 (%1)	15 (%3,9)	26 (%6,8)	130 (%33,9)	209 (%54,4)
Doktoruma güvenirim.	6 (%1,6)	14 (%3,6)	29 (%7,6)	127 (%33,1)	208 (%54,2)
Doktorların tutumundan memnunum.	7 (%1,8)	13 (%3,4)	27 (%7)	132 (%34,4)	205 (%53,4)
Sekreterlerin tutumundan memnunum.	18 (%4,7)	44 (%11,5)	48 (%12,5)	135 (%35,2)	139 (%36,2)
Hemşirelerin tutumundan memnunum.	13 (%3,4)	34 (%8,9)	36 (%9,4)	148 (%38,5)	153 (%39,8)
Hasta danışmanlarının tutumundan memnunum.	10 (%2,6)	34 (%8,9)	36 (%9,4)	154 (%40,1)	150 (%39,1)
Muayene olmayı beklerken bekleme salonunda geçirdiğim süre makul bir süredir.	25 (%6,5)	34 (%8,9)	50 (%13)	134 (%34,9)	141 (%36,7)
Muayeneyi beklerken gecikme durumunda bilgilendirme yapılır.	14 (%3,6)	29 (%7,6)	43 (%11,2)	149 (%38,8)	149 (%38,8)
Mesai saatleri dışında ihtiyaç durumunda danışmanlık alınabilir.	17 (%4,4)	31 (%8,1)	71 (%18,5)	125 (%32,6)	140 (%36,5)
Hastanenin genel konforu (bekleme odası, poliklinik vs.) yeterlidir.	67 (%17,4)	45 (%11,7)	50 (%13)	112 (%29,2)	110 (%28,6)
Hastane içindeki danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterlidir.	21 (%5,5)	28 (%7,3)	37 (%9,6)	157 (%40,9)	140 (%36,5)
Hastanenin/birimin genel temizliği yeterlidir.	41 (%10,7)	33 (%8,6)	28 (%7,3)	143 (%37,2)	139 (%36,2)
Hastanenin genel çalışmaları yeterli düzeydedir.	24 (%6,3)	31 (%8,1)	40 (%10,4)	144 (%37,5)	145 (%37,8)
Sağlık çalışanı sayısı yeterlidir.	30 (%7,8)	35 (%9,1)	54 (%14,1)	130 (%33,9)	135 (%35,2)

10.3. EK-3 TSOY-32 POST HOC DUNN'S TEST SONUÇLARI

		TSOY-32 toplam puan	Tedavi ve Hizmet	Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi
		p	p	p
15-24	25-34	AD	AD	AD
	35-44	0,001*	0,001*	0,001*
	45-54	AD	AD	AD
	55-64	0,002*	0,001*	0,005*
	65 ve üzeri	0,002*	0,001*	0,009*
25-34	35-44	0,020*	AD	0,042*
	45-54	AD	AD	AD
	55-64	0,012*	AD	0,003*
	65 ve üzeri	0,037*	AD	0,047*
35-44	45-54	AD	AD	AD
	55-64	AD	AD	AD
	65 ve üzeri	AD	AD	AD
45-54	55-64	AD	AD	AD
	65 ve üzeri	AD	0,006*	AD
55-64	65 ve üzeri	AD	AD	AD
İlköğretim	Lise	AD	AD	AD
	Ön Lisans	AD	AD	AD
	Lisans	AD	AD	AD
	Yüksek Lisans ve üzeri	AD	AD	AD
Lise	Ön Lisans	AD	AD	AD
	Lisans	AD	AD	AD
	Yüksek Lisans ve üzeri	AD	AD	AD
Ön Lisans	Lisans	AD	AD	AD
	Yüksek Lisans ve üzeri	0,010*	0,015*	0,006*
Lisans	Yüksek Lisans ve üzeri	0,010*	0,025*	0,007*
Öğrenci	Serbest Meslek	AD	AD	AD
	Özel Sektör Çalışanı	AD	AD	AD
	Devlet Kurumu Çalışanı	AD	AD	AD
	Emekli	0,001*	0,002*	AD
	Ev Hanımı	AD	AD	AD
	Çalışmıyor	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	AD
	Serbest Meslek	Özel Sektör Çalışanı	AD	AD
Devlet Kurumu Çalışanı	AD	AD	AD	
Emekli	0,008*	0,030*	AD	
Ev Hanımı	AD	AD	AD	
Çalışmıyor	AD	AD	AD	
Diğer	AD	AD	AD	
Özel Sektör Çalışanı	Devlet Kurumu Çalışanı	AD	AD	AD
	Emekli	0,003*	0,001*	AD
	Ev Hanımı	AD	AD	AD
	Çalışmıyor	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	AD

AD: Anlamlı değil *p<0.05

Devlet Kurumu Çalışanı	Emekli	AD	0,005*	AD
	Ev Hanımı	AD	AD	AD
	Çalışmıyor	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	AD
Emekli	Ev Hanımı	0,010*	0,004*	AD
	Çalışmıyor	0,021*	0,005*	AD
	Diğer	AD	0,045*	AD
Ev Hanımı	Çalışmıyor	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	AD
Çalışmıyor	Diğer	AD	AD	AD
Düzenli ücretli çalışan	Düzensiz çalışan	0,019*	0,009*	AD
	Kendi hesabına çalışan	AD	0,018*	AD
	Diğer	AD	AD	AD
Düzensiz çalışan	Kendi hesabına çalışan	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	AD
Kendi hesabına çalışan	Diğer	AD	AD	AD
Genel Sağlık Sigortası	Özel Sağlık Sigortası	AD	AD	AD
	Yurtdışı kaynaklı sağlık güvencesi	AD	AD	AD
	Sağlık Güvencesi Yok	AD	AD	AD
	Diğer	0,002*	0,003*	0,016*
Özel Sağlık Sigortası	Yurtdışı kaynaklı sağlık güvencesi	AD	AD	AD
	Sağlık Güvencesi Yok	AD	AD	AD
	Diğer	0,009*	0,002*	0,035*
Yurtdışı kaynaklı sağlık güvencesi	Sağlık Güvencesi Yok	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	AD
Sağlık Güvencesi Yok	Diğer	0,019*	0,007*	0,030*
Kronik hastalık yok	Bir tane	AD	0,015*	AD
	Birden fazla	0,009*	0,002*	0,044*
Bir tane	Birden fazla	AD	AD	AD

AD: Anlamlı değil *p<0.05

10.4. EK-4 AHMÖ POST HOC DUNN'S TEST SONUÇLARI

		Toplam AHMÖ	Randevu	Etkin Muayene	Çalışanlar ın Tutumu	Bekleme Süresi ve Danışman lık	Genel Memnuni yet
		p	p	p	p	p	p
İlköğretim	Lise	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Ön Lisans	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Lisans	AD	AD	0,030*	AD	AD	AD
	Y.Lisans ve üzeri	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Lise	Ön Lisans	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Lisans	AD	AD	0,040*	AD	AD	AD
	Y.Lisans ve üzeri	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Ön Lisans	Lisans	AD	AD	0,037*	AD	AD	AD
	Y.Lisans ve üzeri	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Lisans	Y.Lisans ve üzeri	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Öğrenci	Serbest Meslek	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Özel Sektör Çalışanı	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Devlet Kurumu Çalışanı	AD	0,007*	AD	AD	AD	AD
	Emekli	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Ev Hanımı	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Çalışmıyor	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Serbest Meslek	Özel Sektör Çalışanı	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Devlet Kurumu Çalışanı	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Emekli	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Ev Hanımı	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Çalışmıyor	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Özel Sektör Çalışanı	Diğer	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Devlet Kurumu Çalışanı	AD	0,001*	AD	AD	AD	AD
	Emekli	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Ev Hanımı	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Çalışmıyor	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Devlet Kurumu Çalışanı	Diğer	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Emekli	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Ev Hanımı	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Çalışmıyor	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Emekli	Diğer	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Ev Hanımı	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Çalışmıyor	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Ev Hanımı	Çalışmıyor	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Çalışmıyor	Diğer	AD	AD	AD	AD	AD	AD

AD: Anlamli değil

* $p < 0.05$

Düzenli ücretli çalışan	Düzensiz çalışan	0,049*	0,011*	0,007*	AD	AD	AD
	Kendi hesabına çalışan	AD	AD	0,002*	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Düzensiz çalışan	Kendi hesabına çalışan	0,036*	AD	0,001*	AD	AD	AD
	Diğer	0,024*	0,015*	0,046*	AD	AD	AD
Kendi hesabına çalışan	Diğer	AD	AD	0,004*	AD	AD	AD
Genel Sağlık Sigortası	Özel Sağlık Sigortası	AD	AD	0,005*	AD	AD	AD
	Yurtdışı kaynaklı sağlık güvencesi	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Sağlık Güvencesi Yok	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Özel Sağlık Sigortası	Yurtdışı kaynaklı sağlık güvencesi	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Sağlık Güvencesi Yok	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	0,001*	AD	AD	AD
Yurtdışı kaynaklı sağlık güvencesi	Sağlık Güvencesi Yok	AD	AD	AD	AD	AD	AD
	Diğer	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Sağlık Güvencesi Yok	Diğer	AD	AD	0,031*	AD	AD	AD
Gelirim giderimden az	Gelirim giderime eşit	0,001*	0,005*	0,001*	0,004*	0,027*	0,041*
	Gelirim giderimden fazla	0,001*	0,033*	0,001*	0,001*	0,040*	0,049*
Gelirim giderime eşit	Gelirim giderimden fazla	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Yok	Bir tane	AD	AD	AD	0,026*	0,030*	0,006*
	Birden fazla	0,010*	0,003*	AD	0,038*	0,044*	0,028*
Bir tane	Birden fazla	AD	0,007*	AD	AD	AD	AD

AD: Anlamlı değil

* $p < 0.05$

10.5. EK-5 ETİK KURUL RAPORU



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-10840098-772.02-3657
Konu: Etik Kurulu Kararı

09/06/2023

Sayın Seda ÖZEN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Ayaktan Sağlık Hizmeti Kullanıcılarında Bir Uygulama" isimli başvurunuz etik kurulu toplantımızda değerlendirilerek uygun görülmüş olup Etik Kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden DE227AD7XC kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi (Ana Yerleşke Rektörlük)
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19, Kavacık Kavşağı, 34810 Beykoz, İstanbul
T: 444 85 44 F: 0212 531 75 55
E-Posta: bilgi@medipol.edu.tr İnternet Adresi: www.medipol.edu.tr
Kep Adresi: medipoluniversitesi@hs03.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi için: Esm KAN
Tel: 5461 E-Posta: ek.kan@medipol.edu.tr



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Ayaktan Sağlık Hizmeti Kullanıcılarında Bir Uygulama			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Seda ÖZEN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No:522	Tarih: 08.06.2023		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evracınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden DE227AD7XC kodu ile doğrulayabilirsiniz.

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Doç. Dr. İlnur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Pakize YİĞİT	Sayısal Yöntemler/ Biyoistatistik	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

* :Toplantıda Bulunma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evracınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden DE227AD7XC kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Sayı: E-10840098-202.3.02-117

05/01/2024

Konu: Değişiklik

Sayın Seda Özen

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan **08.06.2023** tarihli 522 Karar sayısı ile onay verilen "Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Ayaktan Sağlık Hizmeti Kullanıcılarında Bir Uygulama" isimli çalışmanız için aşağıda verilen değişiklikler uygun bulunmuş olup kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

- Çalışma başlığının 'Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki: Ayaktan Sağlık Hizmeti Kullanıcılarında Bir Uygulama' olarak revize edilmesi.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

[Evrakınızı https://turkiye.gov.tr/istanbul.medipol.universitesi-ebys linkinden D1502DC7X7 kodu ile doğrulayabilirsiniz](https://turkiye.gov.tr/istanbul.medipol.universitesi-ebys)

Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi (Ana Yerleşke Rektörlük)
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19, Kavacık Kavşağı, 34810 Beykoz, İstanbul
T: 444 85 44 F: 0212 531 75 55
E-Posta: bilgi@medipol.edu.tr İnternet Adresi: www.medipol.edu.tr
Kep Adresi: medipoluniversitesi@hs03.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: Esra KAN
Tel: 5461 E-Posta: etik.kurul@medipol.edu.tr



10.6. EK-6 ANKET

Değerli Katılımcı,

“Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki: Poliklinik Hizmetleri Kullanıcılarında Bir Uygulama” konulu yüksek lisans tez çalışmam için bazı veriler toplamam gerekmektedir. Bu nedenle siz değerli hastalarımızın aşağıda yer alan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)” ve “Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği”ne ait maddelere vereceğiniz yanıtlar, bu akademik çalışma ile literatüre katkı sağlayacaktır. İsim ve soyisim bilgileriniz talep edilmeyecek olup, vermiş olduğunuz tüm cevaplar bu bilimsel çalışma için kullanılacak ve gizli tutulacaktır.

Çalışmama sağlayacağımız değerli katkılarınız için teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.

Saygılarımla...

Seda ÖZEN

İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

2. Yaşınız?

15-24
 25-34
 35-44
 45-54
 55-64
 65-74
 75 ve üzeri

3. Medeni durumunuz?

Bekâr Evli

4. En son bitirdiğiniz okul nedir?

İlköğretim (İlkokul ve ortaokul)
 Lise
 Ön Lisans
 Lisans
 Yüksek Lisans ve Üzeri

5. Mesleğiniz?

- Öğrenci
 Serbest Meslek
 Özel Sektör Çalışanı
 Devlet Kurumu Çalışanı
 Emekli
 Ev Hanımı
 Çalışmıyor
 Diğer (Lütfen Belirtiniz).....

6. Çalışma durumunuz aşağıdaki ifadelerden hangisine uygundur?

- Düzenli ücretli çalışan
 Yevmiyeli (gündelik) çalışan
 Mevsimsel çalışan
 Çıracak, kursiyer ve stajyer (ücretli çalışan)
 İşveren (1 ve üzeri çalışmanı olan)
 Kendi hesabına çalışan
 Diğer (Lütfen Belirtiniz).....

7. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?

- Evet, Genel Sağlık Sigortası (/Emekli Sandığı/SSK/Bağ-Kur/Yeşil Kart)
 Evet, Özel Sağlık Sigortası
 Evet, Yurtdışı kaynaklı sağlık güvencesi
 Hayır, sağlık güvencem yok
 Diğer (Lütfen Belirtiniz).....

8. Size göre toplam hane halkı geliriniz, hane halkı ihtiyaçlarınızı karşılamak için ne ölçüde yeterlidir?

- Gelirim giderimden az Gelirim giderime eşit Gelirim giderimden fazla

9. Uzun süreli (kronik) bir sağlık sorununuz veya hastalığınız var mı?

- Kronik hastalığım yok Evet, bir tane Evet, birden fazla

10. Hastanemizi başkalarına da tavsiye eder misiniz?

- Evet (1) Hayır (2)

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-32)

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede 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. Fibrim yok
1	Sağlığımızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığımızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığımızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurumuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağımızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığımızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarımızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığımız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığımız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşımız, cinsiyetimiz ve sağlık durumumuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulma					
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 sağlığımızı etkileyebileceğinizi düşündüğümüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarımızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığımızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığımız için yaşam tarzımızı (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					

AYAKTAN HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Hastanemizden aldığımız hizmetle ilgili memnuniyetinize yönelik aşağıdaki ifadeler hakkında “kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum/kararsızım/katılıyorum/kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

A	Randevu	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1	Hastanenin randevu sistemini anlamak kolaydır (telefon, internet vs.).					
2	Randevu almak istediğim zaman en kısa sürede randevu merkezine ulaşabiliyorum.					
3	Şikâyetim ile ilgili olarak randevu alırken makul bir süre harcıyorum.					
4	Şikâyetim ile ilgili olarak makul bir tarihte randevu alabiliyorum.					
5	Randevu ile ilgili verilen direktifleri açıklayıcı buluyorum.					
B	Etkin Muayene					
6	Muayene sırasında bana ayrılan süreden memnunum.					
7	Şikâyetim ile ilgili olarak etkin bir şekilde muayene ediliyorum.					
8	Muayene ile ilgili olarak ihtiyaç halinde başka birime yönlendirilmem konusunda (konsültasyon) yardımcı olunuz.					
9	Muayene olurken kişisel mahremiyetime saygı gösterilir.					
10	Muayene edilmenle ilgili yeterli ekipman bulunmaktadır.					
11	Şikâyetimle ilgili olarak etkin çözüm sunulmaktadır.					
12	Tedavimden memnunum.					
13	Şikâyetim dikkatli ve istekli bir şekilde dinlenir.					
14	Sorularımı cevaplamak için yeterli zaman ayrılır.					
15	Şikâyetim ile ilgili olarak gerekli açıklamalar ve tavsiyeler yapılır.					
16	Doktorun profesyonelliği yeterli düzeydedir.					
17	Doktoruma güvenirim.					
18	Doktorların tutumundan memnunum.					
C	Çalışanların Tutumu					
19	Sekreterlerin tutumundan memnunum.					
20	Hemşirelerin tutumundan memnunum.					
21	Hasta danışmanlarının tutumundan memnunum.					
D	Bekleme Süresi ve Danışmanlık					
22	Muayene olmayı beklerken bekleme salonunda geçirdiğim süre makul bir süredir.					
23	Muayeneyi beklerken gecikme durumunda bilgilendirme yapılır.					
24	Mesai saatleri dışında ihtiyaç durumunda danışmanlık alınabilir.					
E	Genel Memnuniyet					
25	Hastanenin genel konforu (bekleme odası, poliklinik vs.) yeterlidir.					
26	Hastane içindeki danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterlidir.					
27	Hastanenin/birimizin genel temizliği yeterlidir.					
28	Hastanenin genel çalışmaları yeterli düzeydedir.					
29	Sağlık çalışanı sayısı yeterlidir.					