T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GÖÇMENLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ İLE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sinem YILDIZ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KASIM/2025

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GÖÇMENLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ İLE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sinem YILDIZ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Türkan YILDIRIM

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KASIM/2025

KABUL ONAY

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

• Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
• Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
• Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
• Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
• Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
• Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Sinem YILDIZ
27.11.2025

ÖZET

Yıldız, S. (2025) Göçmenlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Amaç: Bu çalışmanın amacı göçmenlerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek ve akılcı ilaç kullanımıyla arasındaki ilişkiyi incelemektir. Yapılan çalışma kapsamında göçmenlerin sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulamayla ilgili karar alma becerileriyle akılcı ilaç kullanımı becerilerinin birbiriyle olan etkileşimi değerlendirilmektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda göçmenlerin sağlık hizmetlerini daha etkili kullanabilmeleri ve akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesine yönelik önerilerin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, kesitsel ve açıklayıcı nitelikte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini 25 Şubat-11 Mart 20025 tarihinde Ankara'da bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri göçmenler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş ve toplamda 360 kişiye yüz yüze anket uygulanmıştır. Çalışma verileri bireylere ilişkin sosyo-demografik değişkenleri içeren bilgi formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32) ve Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler ise çeşitli istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların TSOY-32 ölçeğine verdikleri cevaplar incelendiğinde %67,2 kişide mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesi, %14,7 kişide yeterli sağlık okuryazarlığı, %13,3 kişide sorunlu/ sınırlı sağlık okuryazarlığı ve %4,7 kişide ise yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesi bulunduğu tespit edilmiştir. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bulgular incelendiğinde katılımcıların %69,4'ünün akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahipken %30,6'sının akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin düşük olduğu görülmüştür. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeyleri incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı puanları ile akılcı ilaç kullanımı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Korelasyon analizi, sağlık okuryazarlığının tüm alt boyutları ile akılcı ilaç kullanımı arasında orta

düzeyde bir ilişki gösterirken, regresyon analizi tedavi ve hizmet/sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma/uygulama alt boyutlarının akılcı ilaç kullanımını anlamlı şekilde yordadığını ve toplam varyansın %24'ünü açıkladığını ortaya koymuştur.

Sonuç: Bu araştırmanın bulguları, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri yükseldikçe akılcı ilaç kullanım davranışlarının da olumlu yönde geliştiğini göstermektedir. Elde edilen veriler, sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasında orta düzeyde fakat anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımını destekleyen önemli bir unsur olduğunu, ancak tek başına belirleyici bir faktör olmadığını göstermektedir. Akılcı ilaç kullanımının; bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık profesyonellerinden aldıkları danışmanlık, sosyo-demografik özellikleri ve sağlık davranışları gibi çok boyutlu etkenlerden etkilendiği anlaşılmaktadır. Sonuç olarak, toplumda akılcı ilaç kullanımını artırmaya yönelik stratejiler geliştirilirken sağlık okuryazarlığını güçlendirmeye yönelik eğitimlerin desteklenmesi, ancak bunun yanı sıra diğer çevresel ve bireysel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, akılcı ilaç kullanımı, göçmen.

ABSTRACT

Yıldız, S. (2025). Examination of the Relationship Between Migrants' Health Literacy Levels and Rational Use of Medicines. Master's Thesis, Department of Health Management, Gülhane Institute of Health Sciences, University of Health Sciences, Ankara.

Aim: The aim of this study is to determine migrants health literacy levels and to examine the relationship between these levels and the rational use of medicines. Within the scope of the study, the interaction between migrants abilities to access, understand, evaluate and apply health information and their rational medicine-use skills is being evaluated. Based on the findings, recommendations will be developed to improve migrants use of health services and to promote the rational use of medicines.

Materials and Methods: The study is a cross-sectional and descriptive research. The study population consisted of migrants aged 18 years and older who applied to a training and research hospital in Ankara between February 25 and March 11, 2025, and voluntarily agreed to participate in the research. No sampling method was used, and a total of 360 participants were surveyed face-to-face. Data were collected using a demographic information form, the Turkish Health Literacy Scale-32 (TSOY-32), and the Rational Drug Use Scale. The collected data were analyzed using various statistical methods.

Results: When participants' responses to the TSOY-32 scale were examined, 67.2% demonstrated excellent health literacy, 14.7% adequate health literacy, 13.3% problematic/limited health literacy, and 4.7% inadequate health literacy. Regarding rational drug use, 69.4% of participants had sufficient knowledge, while 30.6% had low knowledge levels. Examination of participants' health literacy and rational drug use levels revealed a positive and significant relationship between health literacy scores and rational drug use. Correlation analysis indicated a moderate relationship between all sub-dimensions of health literacy and rational drug use, whereas regression analysis showed that the sub-dimensions of understanding, evaluating, and

applying health-related information significantly predicted rational drug use, explaining 24% of the total variance.

Conclusıon: The findings of this study indicate that as individuals' health literacy levels increase, their rational drug-use behaviors also improve. The data reveal a moderate but statistically significant relationship between health literacy and rational drug use, suggesting that health literacy is an important supportive factor for appropriate medication practices, though not the sole determinant. Rational drug use appears to be influenced by multiple dimensions, including access to health services, counseling received from health professionals, sociodemographic characteristics, and health-related behaviors. Therefore, while strategies to promote rational drug use should include efforts to strengthen health literacy through targeted education, they should also address other environmental and individual factors to be fully effective.

Keywords: Health literacy; rational use of medicines; migrants.

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez sürecimin her aşamasında bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, sabrı ve desteğiyle beni daima motive eden kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Türkan YILDIRIM' a,

Araştırmanın yürütülmesine izin veren Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı'na ve tezimin uygulama sürecinde bana destek olan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetimine ve yabancı hasta birimi çalışanlarına,

Lisansüstü eğitimim boyunca bilgi ve becerilerini aktaran ve yol gösteren değerli bölüm hocalarıma ve Tez jürimde yer alarak çalışmama değerli katkılar sunan Doç. Dr. Ahmet KAR ve Doç. Dr. Okan ÖZKAN hocalarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte ihtiyaç duyduğumda ulaşabildiğim ve yardımlarını eksik etmeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Ali YILMAZ, Doç. Dr. Nesrin AKCA, Doç. Dr. Meltem SAYGILI, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa KAYA, Dr. Öğr. Üyesi Seda SÖNMEZ ve Dr. Öğr. Üyesi Pınar ÖKE KARAKAYA'ya,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, sevgisini ve desteğini eksik etmeyen kıymetli annem ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **vi**
TEŞEKKÜR ..... **viii**
İÇİNDEKİLER ..... **ix**
KISALTMALAR ..... **xiv**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI VE TARİHÇESİ **5**
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi 7
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri 10
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler 13
2.1.4. Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Ölçüm Yöntemleri 15
2.1.5. Sağlık Okuryazarlığını Destekleyen Politikalar 20
2.1.6. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Araştırmaları 24
2.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI **28**
2.2.1. Dünyada ve Türkiye'de İlaç Kullanımı 28
2.2.2. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı ve Temel İlkeleri 30
2.2.3. Akılcı İlaç Kullanımında Tarafların Sorumluluğu 31
2.2.4. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı ve Kullanım Sorununun Değerlendirilmesi 32
2.2.5. Akılcı İlaç Kullanımını Destekleyen Politikalar 35
2.2.6. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Yapılan Çalışmalar 39
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER **43**
3.1. ARAŞTIMANIN AMACI **43**
3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ **43**
3.3. ÇALIŞMANIN TASARIMI **43**
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ **43**
3.5. ARAŞTIRMANIN MODELİ **45**
3.6. VERİ TOPLAMA ARACI **45**
3.7. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ- 32 (TSOY-32) **46**
3.8. AKILCI İLAÇ KULLANIM ÖLÇEĞİ **47**
3.9. KATILIMCILARIN ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ **47**

3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 47
3.11. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI 48
3.12. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 48
3.13. VERİLERİN ANALİZİ 50
3.14. ARAŞTIRMA İZİNLERİ 50
4. BULGULAR 51
4.1. TANIMLAYICI BULGULAR 51
4.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER 55
5. TARTIŞMA 79
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 91
7. KAYNAKLAR 95
8. EKLER 109
EK 1: Gönüllü Katılım Formu 109
EK 2: Anket Soruları 111
EK 3: Anket Kullanım İzni 117
Ek 4: Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Tez Önerisi Kabul Kararı 118
EK 5: Etik Kurul İzni 120
Ek 6: İl Sağlık Müdürlüğü İzni 121
9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ 122

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1.: Sağlık Okuryazarlığı Boyutlarının Sağlık Alanına Dağılım Matrisi 11
Şekil 2.2.: Sağlık Okuryazarlığına Etki Eden Faktörler 14
Şekil 2.3.: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Müdahale Alanları 21
Şekil 3.1.: Araştırma Modeli 45

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 2.1. **:** Sağlık Okuryazarlığı Boyutlarının Sağlık Alanına Dağılım Matrisi 13
Çizelge 2.2 **:** Sağlık Okuryazarlığına Etki Eden Faktörler 15
Çizelge 3.1. **:** TSOY-32'nin 2x4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları 46
Çizelge 3.2. **:** TSOY-32 Ölçeği İç Tutarlılık Analizi 47
Çizelge 4.1. **:** Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri 52
Çizelge 4.2. **:** Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Durumlarına ve İlaç Kullanım Davranışlarına İlişkin Bulgular 54
Çizelge 4.3. **:** TSOY32 Ölçek Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Dağılımı 55
Çizelge 4.4. : Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (TSOY-32) Toplam Puan Ortalaması 56
Çizelge 4.5. **:** Akılcı İlaç Kullanımı Düzeyleri 56
Çizelge 4.6. **:** Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Toplam Puan Ortalaması 56
Çizelge 4.7. **:** Katılımcıların Cinsiyete Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 57
Çizelge 4.8. **:** Katılımcıların Yaş Değişkenine Göre Tek Yönlü ANOVA Analizi 59
Çizelge 4.9. **:** Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 60
Çizelge 4.10. **:** Katılımcıların Sahip Oldukları Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Tek Yönlü ANOVA Analizi 62
Çizelge 4.11. **:** Katılımcıların Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Tek Yönlü ANOVA Analizi 63
Çizelge 4.12. **:** Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 64
Çizelge 4.13. **:** Katılımcıların Hane Halkı Kişi Sayısına Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 66
Çizelge 4.14. **:** Katılımcıların Kronik Hastalık Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 67

Çizelge 4.15. : Katılımcıların Düzenli İlaç Kullanımı Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması..... 68
Çizelge 4.16. : Katılımcıların Danışmadan İlaç Kullanımı Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması..... 69
Çizelge 4.17. : Katılımcıların Başvuru Sayısı Değişkenine Göre Tek Yönlü ANOVA Analizi 71
Çizelge 4.18. : Katılımcıların Genel Sağlık Durumu Değişkenine Göre Kruskal- Wallis Analizi 72
Çizelge 4.19. : Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımı Puanlarının Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması..... 74
Çizelge 4.20. : Korelasyon Analizi 75
Çizelge 4.21. : Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımını Yordayıcılığına İlişkin Regresyon Analizi..... 76
Çizelge 4.22. : Araştırma Kapsamında Test Edilen Hipotezlerin Sonuçlarına İlişkin Özet Tablo..... 77

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri
AMA : American Medical Association
ASOY-TR : Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
HALS : Health Activities Literacy Scale
HK-BD : Hastalıklardan Korunma / Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme
HK-BK : Hastalıklardan Korunma / Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama
HK-BA : Hastalıklardan Korunma / Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama
HK-BU : Hastalıklardan Korunma / Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma
HLS-EU : European Health Literacy Survey
IOM : Institute of Medicine
INRUD : International Network for the Rational Use of Drugs
NVS : Newest Vital Sign
OECD : Organisation for Economic Cooperation and Development
REALM : Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
TİTCK : Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TOFHLA : Test of Functional Health Literacy in Adults
TSOY-32 : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
TSOY-TOP : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 Toplam Puanı
TH-BA : Tedavi ve Hizmet / Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama
TH-BD : Tedavi ve Hizmet / Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme
TH-BK : Tedavi ve Hizmet / Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama
TH-BU : Tedavi ve Hizmet / Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma
UHC : Universal Health Coverage
YSOÖ : Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

1. GİRİŞ

Göç olgusu insanlık tarihi kadar eskidir; günümüzde ise küreselleşme, ekonomik krizler, savaş ve çatışmalar eşitsizlikler gibi nedenler milyonlarca insanı yer değiştirmeye zorlayarak göçü hem sayıca artırmış hem de karmaşık toplumsal sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Uluslararası düzeyde son tahminler, dünya genelinde yüz milyonlarca uluslararası göçmen olduğunu göstermektedir; Birleşmiş Milletler veri kaynağına göre 2024 ortası itibarıyla küresel göçmen sayısının yaklaşık 300 milyon olduğu tahmin edilmektedir (1). Türkiye, bölgesel ve küresel göç hareketlerinin yoğun olarak hissedildiği ülkelerden biri olup özellikle Suriye kaynaklı geçici koruma statüsündeki nüfus nedeniyle milyonlarca göçmene ev sahipliği yapmaktadır; UNHCR'nin Türkiye 2024 raporu ve Türkiye göç yönetimi verileri 2024–2025 döneminde Türkiye'de milyonları bulan Suriyeli ve diğer uyruklu göçmenlerin bulunduğunu göstermektedir (2).

Suriye'de 2011 yılında başlayan iç savaşlar nedeniyle yaklaşık dört milyon Suriyeli Türkiye'ye göç etmiştir. Türkiye, Suriye'ye olan coğrafi yakınlığı ve uyguladığı açık kapı politikası nedeniyle 4 milyon göçmene ev sahipliği yaparak en çok göçmen alan ülkelerin başında yer almaktadır. Göç ederek ülkemize gelen kişilere geçici koruma statüsü verilmiş ve çeşitli haklardan faydalanmaları sağlanmıştır. 2025 itibari ile Türkiye'de halen 2,78 milyon Suriyeli yaşamaktadır. Göçmelerin bir kısmı kendi ülkelerine geri dönmüş bir kısmı ise üçüncü ülkelere göç etmiştir (2). Bu yoğun göç hareketi ekonomik ve sosyal sorunların yanı sıra sağlık sisteminde sorunların meydana gelmesine neden olmuştur (3).

Göçmenler, yeni bir ülkeye yerleştiğinde birçok yapısal ve kültürel engelle karşılaşmaktadır. Bu engeller arasında dil bariyeri, kültürel farklılıklar, tercüman eksikliği, karmaşık bürokratik süreçler ve düşük mali kaynaklar yer almaktadır (4). Göçmenlerin yeni bir ülkeye gelmeleri sebebi ile karşılaşabileceği en önemli problemlerden birisi de sağlık hizmetine erişimdir. Göçmenlerin sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde faydalanabilmeleri için sağlık okuryazarlık seviyeleri oldukça önemlidir. Sağlık okuryazarlığı denilince akla temel

okuryazarlıktan bahsedildiği gelebilmektedir. Pleasant'ın (5) bir çalışmasında aktardığı üzere sağlık okuryazarlığı yalnızca okuryazarlık becerilerini içermeyip okuryazarlık becerisini davranışa dönüştürmeyi kapsamaktadır. Bir diğer ifade ile sağlık okuryazarlığı bireyin sağlıkla ilgili bilgiye erişebilmesi, bilgiyi anlayıp yorumlayarak kendi sağlığı için doğru kararları verebilme becerisi olarak ifade edilebilmektedir (5).

Dil bariyeri, farklı bir topluma ve kültüre yabancılık gibi etkenler göçmenlerin tedavi süreçlerine uyum sağlayamama ve yanlış uygulama gibi verimsizliğe yol açabilen sorunlara neden olabilmektedir. Bu sebeple ülkemizde göçmenlere yönelik düzenlenmiş sağlık hizmeti sunumu sağlanmaktadır. Çok dilli sağlık hizmeti sunumu, göçmen sağlığı merkezleri, güçlendirilmiş göçmen sağlığı merkezleri, toplum ruh sağlığı merkezleri ve göçmenlerin yoğun olarak yaşadıkları şehirlerdeki Sağlık Bakanlığı hastanelerinde medikal cihaz ve tıbbi ekipman ihtiyacının desteklenmesi gibi birçok hizmetler sunulmuş ve sunulmaya devam etmektedir (6).

Sağlık hizmetlerinin etkili olabilmesindeki bir diğer unsur ise akılcı ilaç kullanımıdır. Tıpta zaman içinde yaşanan gelişmelere paralel olarak, hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların sayı ve çeşitliliği de artmıştır. İlaç çeşitliliğindeki artış, ilaç kullanımı sonrası edinilen deneyimler ve değişen tedavi modelleri hekimlerin ve hastaların ilaç kullanımı konusunda akılcı davranmalarını zorunlu kılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) akılcı ilaç kullanımını hastaya doğru ilacı, doğru dozda, doğru zamanda ve en düşük maliyetle verilmesi olarak ifade etmiştir (7). DSÖ'ye göre akılcı olmayan ilaç kullanımı dünya çapında önemli bir sorundur. Dünya nüfusunun üçte birlik kısmı temel ilaçlara erişim sorunu yaşarken, dünya genelinde kullanılan tüm ilaçların yarısından fazlası uygunsuz bir biçimde reçete edilip, dağıtılmakta ve satılmaktadır. Bu durum hem hastaların sağlığını olumsuz etkilemekte hem de sınırlı olan ekonomik kaynakların israf edilmesine neden olmaktadır (8).

Bu çalışmada, bir kamu hastanesine başvuran göçmenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki araştırılmaktadır. Bu nedenle araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara Türkiye Sağlık Okuryazarlığı

Ölçeği- 32 (TSOY-32) ve Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği anketi uygulanmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde genel bilgilere yer verilmiş, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı konularında literatür bilgileri anlatılmıştır. Üçüncü bölümde araştırmanın amacı, türü, evren ve örneklemi, çalışmanın veri analiz yöntemleri hakkında bilgi verilmiştir. Dördüncü bölümde çalışmanın bulgularına yer verilmiştir. Beşinci bölümde çalışma sonucunda elde edilen çıkarımlar değerlendirilmiş ve literatürde benzer çalışmalar ile tartışılmıştır. Son bölümde ise çalışmanın sonuç ve önerilerine yer verilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI VE TARİHÇESİ

Çağın değişmesiyle yaşanan sosyal ve teknolojik değişimler sağlık sistemini de etkilemiştir. Değişen sağlık sistemi hem hizmeti sunanların hem de hizmetten yararlananların rollerini ve beklentilerini oldukça farklılaştırmıştır. Sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin sağlık sorunlarını bilmeleri, aldıkları sağlık hizmeti ile ilgili bilgi sahibi olmaları, sorumluluklarını ve yararlanabileceği haklarını bilerek kendi sağlığı ile ilgili karar verme gibi yeni sorumlulukların yüklenmesine neden olmuştur (9).

Sağlık okuryazarlığı kavramı sağlık sisteminde yer almada gereken kişisel ve sosyal becerilerin yanı sıra bilgiyi kavrama, düşünme, karar verebilme ve problem çözebilme için gereken okuryazarlık becerilerinden doğmuştur (10). Bir başka ifadede kavram sağlıkla ilgili bilgi sahibi olmanın önemi ve bu bilginin niteliğinden dolayı ortaya çıkmış ve konu ile ilgilenen kurumların ve kişilerin ilgi alanı haline gelmiştir (11).

Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı terimleri yıllar boyunca değişen taleplere yanıt olarak çeşitli şekillerde geliştirilip tanımlanmıştır. Böylelikle sağlık okuryazarlığı alanı hızla büyümüş ve daha geniş disiplinleri kapsayarak kavramın geniş yönlü doğasının tanınması sağlanmıştır. Sağlık okuryazarlığı terimi ilk defa 1974'te ortaya çıkmıştır (12). Tanım burada bir sağlık eğitimi tartışmasında sağlık sistemini etkileyen bir politika sorunu olarak ele alınmıştır. Sağlık okuryazarlığı terimini açıklamaya yönelik akademik literatürde yaklaşık 250 farklı tanım yapılmıştır (13). Tanımların ortak değindikleri nokta ise sağlık okuryazarlığı kavramının bir dizi bilgi ve işlevsel bir beceriden oluştuğudur (15). Yapılan tanımlardan bazılarına aşağıda yer verilmektedir:

Dünya Sağlık Örgütü 1998'de sağlık okuryazarlığını "*bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, bu bilgileri anlaması ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal beceriler*" olarak ifade etmiştir (14). Sağlık okuryazarlığı kavramı, genellikle sağlıkla ilgili bilgileri anlayıp

kullanma motivasyonu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak anlaşılmaktadır. Sağlık okuryazarlığına sahip olmak, yeterli sağlık davranışları sergilemede bir ön koşul olarak görülmektedir (15).

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association – AMA) 1999 yılında sağlık okuryazarlığını "*sağlıkla ilgili bir dizi temel okuma ve işlevsel görevleri gerçekleştirme becerisi"* olarak tanımlamıştır (16). Schulz ve Nakamoto sağlık okuryazarlığını, temel okuryazarlıkla bildirimsel ve prosedürel bilgiye sahip olma ve muhakeme etmek olarak ifade etmiştir (17).

Amerikan Ulusal Tıp Akademisi (Institute of Medicine – IOM)'nin, sağlık okuryazarlığı tanımında dört temel yapı bulunmaktadır. Bunlar: kültürel ve kavramsal bilgi, yazma ve okuma becerileri, sözlü ve sayısal okuryazarlıktan oluşmaktadır (19). Türkiye'de ise sağlık okuryazarlığı kavramı Sağlık Bakanlığı'nın Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde "*Sağlık okuryazarlığı, bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecek şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder*" olarak tanımlanmıştır (18).

Sağlık okuryazarlığı terimi uzun bir süre tıbbi kelimeleri ve sayısal ifadeleri kullanabilme becerisi olarak vurgulanmıştır. Son yıllarda ise daha çok sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlama ve bu bilgiler doğrultusunda hareket etme ve sağlıkla ilgili talimatları anlama gibi daha geniş bir tanıma evrilmiştir (19). Sağlık okuryazarlığı, bir bireyin kendi sağlığını ailesinin ve toplumun sağlığı bağlamına oturtması anlamına gelmektedir. Sağlığını hangi faktörlerin etkilediğini anlaması ve bunlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi anlamına da gelmektedir. Bir birey yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu zaman hem kendisinin ve ailesinin sağlığı hem de toplum sağlığının sorumluluğunu alma yeteneğine sahiptir (20).

Sağlık okuryazarlığı üzerinde yapılan mevcut tanımlarda edinilen bilgiyi işleme ve kullanma becerisi temeline dayanan bir tanım olmadığı için yeni bir sağlık okuryazarlığı tanımı öneren Pleasant'a göre sağlık okuryazarlığı bir bireyin sistem içerisinde uygun bir şekilde sağlığını koruyabilmesi ve varsa hastalıklarını iyileştirebilmesi için bilgi edinme ve bunu uygulayabilme becerisidir (21).

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması, sağlık hizmetlerine erişme ve hizmeti kullanma, bilgileri anlama ve kendi sağlığı için en doğru kararı verebilmesi ve sağlıkla ilgili bilgilerini yönetme konularında dezavantajlı duruma düşmelerine neden olmaktadır (22).

Bir toplumda okuryazarlık seviyesinin düşük olması, sunulan sağlık bilgilerinin ve hizmetlerini yeterli düzeyde kullanılamamasına neden olmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde sağlık bilgilerini ve hizmetlerini kullanmama durumu daha fazla görülmekte ve bu durum görülen zararın daha fazla artmasına neden olmaktadır. Düşük sağlık okuryazarlık düzeyiyle birlikte görülen maliyet artışları ve sağlık üzerinde görülen olumsuzluklar etkilere yol açması sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve politika yapıcılarının dikkatini çekmiştir (23).

Dewalt ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmanın sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık bakımı, hastane yatış süresi, kronik hastalıklar ve sağlık çıktıları arasında yakından ilişki bulunmuştur. Amerika'da yapılan çalışmalar sonucunda halkın sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olduğu görülmüş ve 1999 yılında Amerikan Tıp Birliği bu çalışma konusu üzerinde yürütülecek çalışmalara hem kamu hem de özel sektörde destek sağlanmasına karar vermiştir (24).

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın bir bileşeni olarak ifade edilebilmektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunucuları ile tüketicileri arasındaki iletişim, bilgilerin anlaşılması ve kullanılması noktasında etkili bir faktör olması da bir diğer faktör olarak değerlendirilmektedir (25). Yalnızca bir beceri olarak değil toplumsal düzeyde incelendiğinde halk sağlığına etkileri olan önemli bir sağlığın sosyal belirleyicisidir (26).

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı temelde 3 grubu etkilemektedir. Bunlar: tüketiciler, sağlık hizmeti sunucuları, yönetici ve politika yapıcılardır. Tüketiciler grubunda, sağlık okuryazarlığı bireyin kendi sağlık durumunu yönetmesi ve sağlığıyla ilgili bir karar alması açısından oldukça önemlidir. Sağlık hizmeti sunumunu ve sağlık hizmeti tüketicileri ile olan ilişkileri etkilemesi açısından sağlık hizmeti sunucuları

için önem arz etmektedir. Son olarak sağlık sisteminin karmaşık bir yapıya sahip olması ve tüketicilerin bu hizmeti etkili bir şekilde kullanabilmeleri nedeniyle politika yapıcılar ve yöneticiler için oldukça önemlidir.

Literatürde ise sağlık okuryazarlığının toplum için önemi 6 başlık altında toplanmıştır. Bunlar: etkilenen çok fazla sayıda kişinin olması, olumsuz sağlık çıktıları ile ilişkili olması, kronik hastalık yükünün giderek artması, sağlık hizmeti maliyeti üzerindeki etkileri, sağlık bilgisi talebi ve eşitlik olarak sıralanmaktadır (27).

- **Çok sayıda kişiyi etkilemesi:** Bazı ülkelerde yüksek yetişkin sağlık okuryazarlık düzeyi görülse de küresel olarak düşünüldüğünde yeryüzündeki insanların yalnızca %16'sının yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bu durumdan pek çok insan etkilendiği için bireylerin sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi önemli görülmektedir.
- **Olumsuz sağlık çıktıları:** Sağlık okuryazarlığını ölçmede kullanılan pek çok kıstasın olmasına rağmen okuma akıcılığı ile ölçülmesi gibi yapılan yetersiz ölçümler ve sonuç olarak artan ölüm oranları arasında açık bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir.
- **Kronik hastalık yükünün giderek artması:** Sağlık okuryazarlığına sahip olmak kronik hastalıkların yönetiminde oldukça önemli rol oynamaktadır. Tahminlere göre kronik hastalıklar, toplam hastalık yükünün neredeyse yarısını oluşturmaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlığına sahip olması da hem süreç yönetimini kolaylaştıracak hem de sağlık hizmeti sunum maliyetlerinin azaltılmasını sağlayacaktır.
- **Sağlık hizmeti maliyeti:** Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık hizmetinin toplam maliyetinin üzerine %3- 5 arasında ek maliyete neden olmaktadır.
- **Sağlık bilgisi talepleri:** Mevcut sağlıkla ilgili materyallerin okunur ve anlaşılır olma seviyeleri ile hedef kitlenin okuma ve anlama seviyesi arasında bir uyumsuzluk bulunmaktadır. Teknik dilin sık kullanılması sağlıkla ilgili kaynakların anlaşılabilirlik düzeyini düşürerek kullanılamaz hale getirmiştir.

- **Eşitlik:** En kötü sağlık sonuçlarına sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerini arttırmak, sağlık eşitsizliklerini azaltmada önemlidir. Çünkü düşük sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip bir birey kendi sağlığını etkili bir şekilde yönetme, sağlık hizmetlerine etkili bir biçimde erişme ve kendisine sunulan bilgileri anlama noktasında yetersizlik yaşamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kullanımının ve maliyetlerinin giderek artmasıyla birlikte, sağlık okuryazarlığı kavramının önemi artmıştır (28). Artan sağlık hizmeti kullanımıyla beraber bireylerin sağlık hizmetini daha etkin kullanmaları ve kendi sağlık durumları ile daha fazla sorumluluk almaları giderek daha önemli bir konu haline gelmiştir (29).

Bireyin sahip olduğu sağlık okuryazarlığı becerisi, kendi sağlığı ile ilgili verilere daha kolay ulaşıp elde ettiği veriyi daha etkili kullanmasını sağlamaktadır (5). Sağlık okuryazarlığının düşük olduğu durumlarda kişilerde sağlık bilgisini anlamada güçlük çekme ve ilaç tedavisine uymada sıkıntı yaşanmaktadır. Bu durum da daha kötü sağlık durumu, ölüm riskinin artması, sunulan hizmetin yetersiz veya gereksiz kullanımı vb. durumları ortaya çıkarmakta ve dolayısıyla sağlık maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (30). Kısaca kişide düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin olması tıbbi hizmetlerin etkililiğini azaltıp sağlık çıktılarını olumsuz etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığının sağladığı temel fayda, kişinin sağlığı ile ilgili doğru kararı alabilmesini sağlamaktır (31). Hastalıkların yaygın olduğu ve tedavi maliyetlerinin giderek arttığı durumlarda, kişilerin kullandıkları sağlık hizmetlerinde daha fazla sorumluluk alarak kendi sağlıklarını yönetmeleri sağlık hizmetlerinin daha etkin olmasını sağlayacaktır (20).

ABD'de yapılan birçok çalışmada düşük sağlık okuryazarlığının daha kötü sağlık ve hastalık durumu sonuçları ile doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır (32). Ayrıca yetersiz sağlık okuryazarlığı; tıbbi bakım hakkında bilgi eksikliği, tıbbi bilgilerin ve koruyucu hizmetlerin anlaşılmaması, tedaviye uyum oranında düşüklük, yatış oranlarının artması ve bunlara bağlı olarak sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (33).

Berens ve arkadaşlarının 2016 yılında Almanya'da yaptığı bir çalışmada sağlık okuryazarlığı seviyesinin davranışlarla bağlantılı olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunda sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan bireylerin daha fazla hastaneye başvurdukları ve yetişkin göçmenlerin daha sınırlı bir anlama ve okuryazarlık seviyesine sahip oldukları görülmüştür. Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi ayrıca önleyici bakım hizmetlerini kullanma ve ilaçların doğru kullanımında yetersizliklere neden olabilmektedir (34).

Modern toplumda ise sağlık okuryazarlığı, karmaşık sağlık taleplerini karşılayabilecek bir kapasite ile ilişkilendirilmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı ve kötü sağlık sonuçları arasındaki bağın net olması nedeniyle dünya genelinde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin hayati bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir (35). Çünkü sağlık okuryazarlığı yalnızca bir beceri olarak değil, toplumsal düzeyde incelendiğinde halk sağlığı üzerinde etkileri olan önemli bir sağlığın sosyal belirleyicisidir (26).

Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan hastaların acil servise tekrar başvuru yapma olasılıkları yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu kişilerde planlanan tedaviye uymama ve tekrarlı başvuru nedeniyle sistemde neden olduğu finansal yük gibi olumsuz sonuçların olduğu görülmektedir (36). Dopolani ve arkadaşları (39) yaptıkları bir çalışmada kalp damar hastalığı riski taşıyan orta yaşlı bireylere sağlık eğitimi verildiğinde sağlığa erişim, sağlıkla ilgili karar verme ve medya okuryazarlığının anlamlı düzeyde iyileştiği görülmüştür.

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı, farklı kavramlar ve farklı boyutlar ile ele alınması gereken bir kavram olması nedeniyle farklı modeller ile tanımlanmıştır. Zarcadoas ve arkadaşlarının (2) sınıflandırması ve Don Nutbeam (3) tarafından yapılan sınıflandırmalar sağlık okuryazarlığıyla ilgili yapılan tanımlama modelleri arasında daha fazla kabul görmektedir.

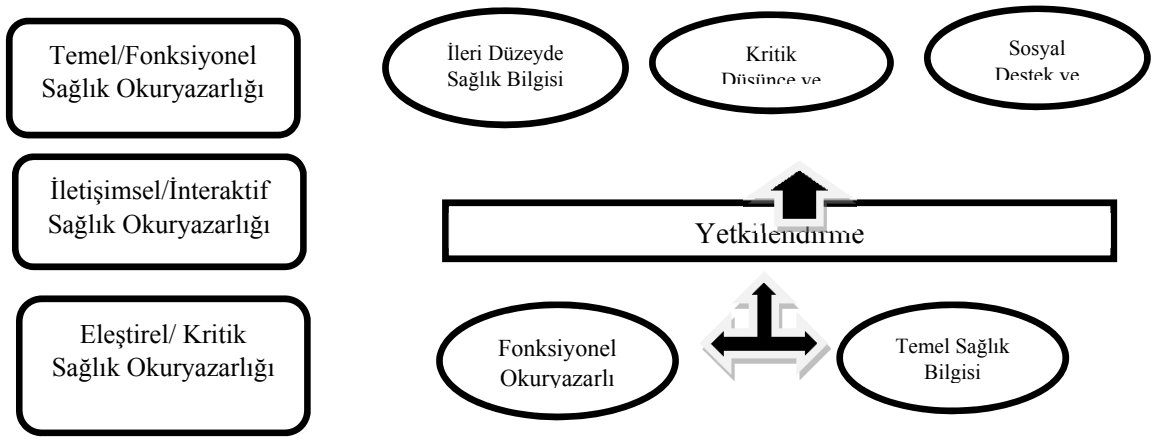
Zarcadoolas ve arkadaşları çok boyutlu bir perspektif ile yaptıkları bir araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığını; temel okuryazarlık, yurttaşlıkla ilgili

konularda okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık ve kültürel okuryazarlık kavramları ile ilişkilendirmişlerdir. Sağlıkla ilgili bir politika belirleneceği zaman buradaki okuryazarlık kavramlarının dikkate alınması gerektiğine işaret edilmiştir (37).

- Temel okuryazarlık kısaca kişilerin okuma-yazma ve matematiksel becerilerini ifade etmektedir.
- Yurttaşlıkla ilgili konularda okuryazarlık, toplumsal konularda bilinçli olma ve bu konularla ilgili tartışma ve karar süreçlerinde aktif katılma yeteneğini ifade etmektedir.
- Bilimsel okuryazarlık ise en temel ifade ile bireyin bilimi ve teknolojiyi anlama ve kullanabilme becerisini ifade etmektedir.
- Kültürel okuryazarlık ise sağlıkla ilgili bilgileri kollektif inanç, gelenekler ve sosyal kimlik ile anlayıp yorumlayabilme ve kullanabilme becerisini ifade etmektedir.

Nutbeam (2) bir çalışmasında kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyini bilgiye erişebilme ve bu bilgiyi doğru şekilde kullanabilme kapasitesi ile ilişkilendirmiştir. Yani kişinin okuryazarlık düzeyini okuma ve yazmadaki becerisi olarak değil okuryazarlık becerisinin yapmaya olanak sağladığı şeyler açısından tanımlamaktadır. Çalışma sonucunda bir model geliştirilmiş ve modele göre sağlık okuryazarlığı kavramı temel/fonksiyonel, iletişimsel/interaktif ve eleştirel/kritik olmak üzere üç düzeyde ele alınmıştır.

Şekil 2.1.: Sağlık Okuryazarlığı Boyutlarının Sağlık Alanına Dağılım Matrisi



Kaynak: (5)

- Temel/fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, temelde gündelik hayatta karşılaşılabilecek durumlarla etkili bir şekilde işlev görebilmemizi sağlamaktadır. Dar anlamda kullanılan sağlık okuryazarlığı terimi ile uyumludur. Buradaki temel bilgiler ise nelerin sağlık risklerini oluşturduğu ve gerekli durumlarda sağlık hizmetlerini nasıl kullanacaklarını kapsamaktadır.
- İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığında ise daha ileri bir seviyede olan bilişsel ve okuryazarlık becerisine sahip olmanın getirdiği faydalar gözetilmektedir. Örneğin, kişinin farklı iletişim biçimlerinden bilgi çıkarabilmesi ve değişen koşullarda bile bilgileri uygulayabilmesidir.
- Eleştirel /kritik sağlık okuryazarlığında ise kişinin sahip olduğu gelişmiş bilişsel beceriler ve sosyal beceriler ile bilgiyi analiz edebilmesi olarak ifade edilebilir. Böylece kişi hayatta karşılaştığı olaylar ve durumlar üzerinde daha fazla kontrol sağlayabilmektedir (5).

Sorensen ve arkadaşları (41) sağlık okuryazarlığı üzerine tanımlanmış 17 tanım ve 12 kavramsal modeli incelemiş, dört boyut (sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgileri kullanma/ uygulama) ve üç etkinlik alanından (sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlık bakımı) oluşan matriks bir yapı önermiştir. 12 alt bileşenden oluşan bu matriks yapı sağlık okuryazarlığının tıbbi olarak kavramsallaştırılmasını ve halk sağlığı perspektifini bütünleştirmiştir. Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Modeli olarak da adlandırılan bu model geniş alanda kabul görmektedir.

Çizelge 2.1.: Sağlık Okuryazarlığı Boyutlarının Sağlık Alanına Dağılım Matrisi

Sağlık Okuryazarlığı	**Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişim**	**Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama**	**Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme**	**Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/ Uygulama**
Sağlık Bakımı	Tıbbi bilgilere ulaşabilme becerisi	Tıbbi bilgiyi anlayabilme becerisi	Tıbbi bilgiyi değerlendirip yorumlayabilme becerisi	Tıbbi konularda karar verebilme becerisi
Hastalıkların Önlenmesi	Sağlığı riske atan faktörlerle ilgili bilgiye ulaşabilme becerisi	Risk faktörlerine ilişkin bilgiyi anlayabilme becerisi	Risk faktörlerine ilişkin bilgiyi yorumlayabilme becerisi	Risk faktörleriyle ilgili bilinçli karar verebilme becerisi
Sağlığın Geliştirilmesi	Sosyal ve fiziki çevredeki sağlığın belirleyicileri hakkında güncel bilgiye erişim becerisi	Sosyal ve fiziki çevredeki sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgiyi anlayabilme becerisi	Sosyal ve fiziki çevredeki sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgiyi yorumlayabilme becerisi	Sosyal ve fiziki çevredeki sağlığın belirleyicileri hakkında bilinçli karar verebilme becerisi

Kaynak: (38)

Yapılan bir diğer çalışmada ise sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireysel beceriler ve çevresel-dışsal faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Model yalnızca bireysel becerilere odaklanmamakta toplum, kültür, medya, sağlık sistemi gibi çevresel yapıların bireyin becerilerini etkileyebileceği vurgulanmaktadır (39).

Sağlık okuryazarlığı üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde tıp, sağlık ve eğitim sektörlerinden oluşan üçlü bir temele sahip olduğu görülmektedir. Bu çerçevede tıbbi perspektif klinik esaslı, sağlığı geliştirme perspektifi toplum esaslı, eğitim perspektifi ise okul esaslıdır. Bu nedenle bulaşıcı olan ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili birçok farklı davranış için uygulanabilir bir yaklaşım olduğu görülmektedir (40).

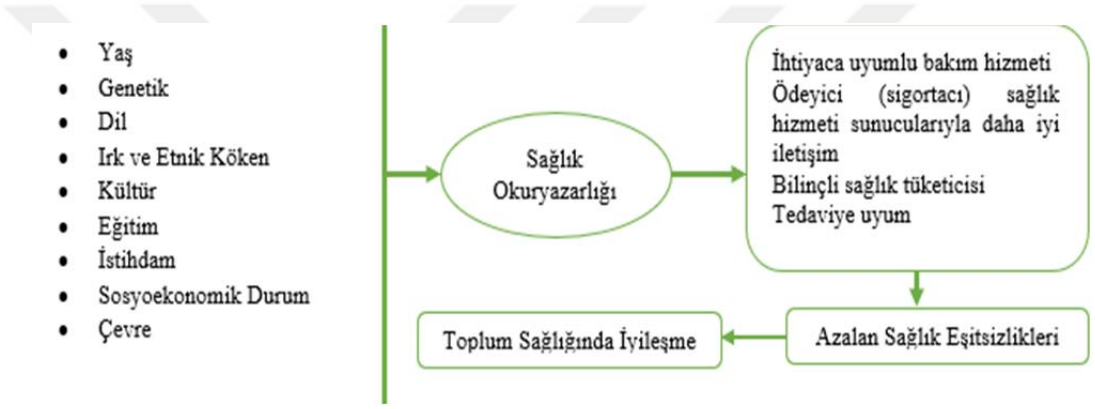
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler

Yapılan pek çok çalışma göstermektedir ki sağlık okuryazarlığı sadece okuma becerisinden ibaret değil, aynı zamanda dinleme, okuma, analiz etme ve bunların sonucunda sağlıkla ilgili karar verme becerilerinin uygulanmasıdır. Bir bireyin sağlık

okuryazarlığı düzeyi içinde bulunduğu eğitim sisteminden, sağlık sisteminden, kültürden ve toplumsal etkileşimden etkilenerek oluşmaktadır (38).

Pawlak 2005 yılında yaptığı bir çalışmada sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri belirlemiştir. Çalışma sonucuna göre toplum sağlığındaki iyileşme durumu sağlık okuryazarlığını belirleyen faktörlerden etkilenmektedir. Yaş, genetik, dil, eğitim, kültür vb. durumlar sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyi, ihtiyacını belirleyerek uygun tedavi alabilen ve tedaviye uyum sağlayan bilinçli bir sağlık tüketicisi olmasını etkilemektedir (41).

Şekil 2.2.: Sağlık Okuryazarlığına Etki Eden Faktörler



Kaynak: (44)

Yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireyler daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olma eğilimindedir. Düşük sosyoekonomik gruplar ise maddi yetersizlikler, düşük eğitim düzeyi ve daha zor şartlarda çalışma gibi faktörlerle birlikte düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptirler (42).

Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler iki gruba ayrılmıştır. Bunlar; bireysel faktörler ve sistemsel faktörlerdir. Bu faktörler sağlık sonuçlarına etki etmekle birlikte kişinin sağlık okuryazarlığı seviyesini de ortaya çıkarmaktadır (43).

Çizelge 2.2.: Sağlık Okuryazarlığına Etki Eden Faktörler

Bireysel Faktörler	**Sistemsel Faktörler**
Cinsiyet ve Yaş	Sağlık Hizmeti Sunucularının İletişim Becerileri
Fiziksel ve Ruhsal Sağlık	Sağlık Hizmeti Sunum Ortamının Özellikleri
Sosyo- Ekonomik Durum	Sağlık Sisteminin Hastalardan Beklentileri
Okuryazarlık Becerileri	Sağlık Bilgisinin Karmaşık Olması
Özel Sağlık Koşulları ve Sağlık Hakkındaki İnançlar	Sağlık Hizmeti Sunucularının Üzerindeki Zaman Baskısı

Kaynak: (43)

Çin'de yapılan bir çalışma sonucuna göre sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler arasında yaş, eğitim düzeyi, bir aylık kişi başına düşen hane geliri, meslek ve yaşam kalitesi yer almaktadır (44). Sorensen ve arkadaşlarının (41) yaptığı bir çalışmaya göre ise sosyoekonomik statü, meslek, eğitim, gelir vb. demografik ve sosyal faktörler sağlık okuryazarlığı becerileri üzerinde önemli etkiye sahiptir ve bu nedenle sağlık okuryazarlığını etkileyen öncü faktörler olarak değerlendirilmektedir.

Garcia ve arkadaşları (48) çalışmalarında İspanya'da toplum temelli sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmüşlerdir. Katılımcıların %60'ında yeterli, %40'ında sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi bulunmuştur. Kadın katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri erkeklerden düşük bulunmuştur. Çalışma sonucunda eğitim durumunun ve gelirin yüksek olmasının sağlık okuryazarlığının da artmasını sağladığı ifade edilmiştir.

2.1.4. Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Ölçüm Yöntemleri

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ortaya koyan becerilerin ölçülmesi hem halk sağlığı araştırmalarında hem de klinik uygulamalarda önem taşımaktadır (45). Sağlık okuryazarlığı değerlendirilmesi biçimsel ve biçimsel olmayan yöntemler kullanılarak iki yoldan belirlenebilmektedir.

2.1.4.1. Sağlık Okuryazarlığının Biçimsel Olmayan (İnformal) Değerlendirmesi

Biçimsel olmayan değerlendirme yaklaşımları genellikle hasta ile iletişim sırasında gözlemler ve soru- cevap yöntemiyle sağlık okuryazarlık seviyesi hakkında çıkarım yapmayı içermektedir. Okuma yazması veya sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan yetişkinler bu durumdan çekinip gizleyebilmektedirler. Ancak okuma yazma becerileri sınırlı olan kişileri tespit etmek için bazı biçimsel olmayan yöntemler de kullanılabilmektedir. Bunlar (46):

- Kişinin sık sık randevu kaçırması,
- Testleri veya yönlendirmeleri takip etmekten kaçınması,
- Hasta kayıt formunu dolduramaması veya yanlış doldurması,
- Yazılı bir materyal verildiğinde gözlüğümü unuttum, eve gidince okurum vb. ifadeler kullanması,
- İlaçların sağlığına olan etkilerini okumak yerine ilacın görünüşüne bakarak ilacı değerlendirmesi.

Bu tür değerlendirmeler davranışsal göstergeler üzerinden bilgi sağlamaya yardımcı olabilir. Ancak nesnellik ve geçerlilik açısından belirli sınırlılıklar bulunmaktadır (45).

2.1.4.2. Sağlık Okuryazarlığının Biçimsel (Formal) Değerlendirmesi

Sağlık okuryazarlığının biçimsel(formal) olarak ölçülmesi yönteminde klasik veya modern test kuramları çerçevesinde geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenirlik analizi yapılan ölçekler kullanılmaktadır. Bu değerlendirme yönteminde nicel veriler elde edilmektedir. Sağlık konusu özelinde yazılı metin okuryazarlığının ölçülüp değerlendirilmesi 1990'lı yıllarda geliştirilmeye başlanmıştır (47). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde farklı yaklaşımlar ve farklı ölçüm amaçları olması nedeniyle kapsam ve içerikleri açısından farklılık gösteren ölçüm araçları geliştirmiştir (48). Sağlık okuryazarlığı ölçümü belirli gruplar üzerinden yapılabildiği gibi bir hedef kitlenin veya toplumun geneli için de ölçülebilmektedir (49). Pelikan ve arkadaşlarının 17 Avrupa ülkesinde gerçekleştirdiği çalışmada sağlık

okuryazarlığının spesifik olarak ölçülmesinde kullanılan araçlar incelenmiş ve 5 ana başlık altında toplanmıştır. Bunlar (50);

- Nüfus veya dile özgün ölçüm araçları,
- Spesifik bir hastalığa yönelik ölçüm araçları,
- Hayat döngüsünün farklı aşamalarına yönelik (çocukluk, ergenlik, yetişkinlik vb.) ölçüm araçları,
- Spesifik roller ve görevler için kullanılan ölçüm araçları,
- Belirli alt yeterlikleri ölçmek için kullanılan ölçüm araçlarıdır.

Farklı nüfus grupları ve dilsel bağlamların okuryazarlık seviyelerini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçüm araçları, ilgili toplumun hem kültürel hem de dilsel özelliklerini dikkate alan bir değerlendirme yapmayı mümkün kılmaktadır. Bu amaçla geliştirilen ve literatürde yer alan bazı ölçüm araçları ise; 2006 yılında geliştirilen İspanyol Sağlık Okuryazarlığı Testi, 2009 tarihli Kore Sağlık Okuryazarlığı Testi, 2010 yılında yayımlanan Tayvan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, 2011 yılında oluşturulan Çince Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Japon yetişkinler için kullanılan HLS-14 Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği örnek olarak verilebilmektedir (50).

Spesifik hastalıklara yönelik sağlık okuryazarlığı seviyelerini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçüm araçları, hastalığın özelliklerini göz önünde bulundurarak bir ölçüm yapmayı mümkün kılmaktadır. Bu amaçla geliştirilen ve literatürde yer alan bazı ölçüm araçları ise; 2001 yılında geliştirilen ve diyabet yönetimine yönelik oluşturulan Diyabet Okuryazarlığı Değerlendirmesi, 2006'da geliştirilen ve astım hastalığına özgü aritmetik temelleri olan Astım Aritmetik Anketi, 2007 yılında geliştirilen ve diş hekimliği alanında kullanılan Diş Hekimliğinde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi ve 2012 yılında yayımlanan kanser hastalarına uygulanan Kanser Okuryazarlık Testi bulunmaktadır (50).

Hayat döngüsünün farklı aşamalarında okuryazarlığı ölçmek için kullanılan okuryazarlık araçları bulunmaktadır. Bunlar; 2010 yılında geliştirilen Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Etkinlikler Testi ve Kanada Lise Öğrencilerine Yönelik Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Testidir. Farklı spesifik roller ve belirli alt yeterlilikleri ölçmek için kullanılan ölçüm araçları ise; 2007 yılında yayımlanan Beslenme Okuryazarlığı

Ölçeği, 2005 yılında geliştirilen Tıbbi Veri Yorumlama Testi ve 2013 yılında yayımlanan Genel Sağlık Aritmetik Testi örnek olarak verilebilmektedir (50).

Sağlık okuryazarlığının spesifik ölçülmesi için araçlar geliştirilse de sağlık okuryazarlığını genel olarak ölçmeye yönelik araçların daha fazla tercih edildiği görülmektedir. Yapılan değerlendirme yöntemlerinde en sık kullanılan iki test ise Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) (51) ve Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testidir (TOFHLA- Test of Functional Health Literacy in Adults) (52).

Sonraki yıllarda çeşitli ölçekler geliştirilse de en yaygın kullanılan testler TOFHLA, REALM, NVS (Newest Vital Sign- En Yeni Yaşam Belirtisi Testi), HLS-EU (European Health Literacy Survey- Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği) ve HALS (Health Activities Literacy Scale- Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlığı Ölçeği) testleridir. Ölçeklerin çok çeşitli olması ve uygulama yöntemlerinin de farklı olması nedeniyle 2004 yılında Tıp enstitüsü tarafından "Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığa Son Vermek İçin Yönerge" (Health Literacy: Prescription to and Confusion) yayınlanmıştır (53).

REALM kısaca tıbbi kelimeleri tanımayı ve telaffuz etmeyi test ederek okuma becerisini ölçen bir testtir. Testte katılımcıdan kendi sağlık bakımına etkili bir biçimde katılabilmeleri için okuyabilmeleri istenen 66 yaygın tıbbi terimden oluşan listeyi okumaları istenmektedir. Kelimeler telaffuz zorluğu ve hece sayısına göre düzenlenir ve her doğru okunan kelime için katılımcının 1 puanı artmaktadır (22).

TOFHLA ise sayısal yetenek ve okuduğunu anlama testlerinden oluşmaktadır. Testte 17 soru sayısal yeteneği, 50 soru ise okuduğunu anlamayı ölçmek için konulmuştur. Sayısal testlerin amacı ise kan şekeri ölçümünü anlama, ilaç alımında uygun dozu alma, randevuları takip edebilme becerilerini ölçmektir. TOFHLA 22 dakikalık bir süreyi kapsadığı için S-THOFLA ismi ile kısaltılmış bir versiyonu da yayınlanmıştır (47).

Günlük yaşamda karşılaşılan durumlar veya sağlıkla ilgili davranışlar hakkında daha fazla bilgi edinilmesine ihtiyaç duyulmuş ve yapılan ölçüm testlerinin

daha kapsamlı hale gelmesi için çalışmalar yapılmıştır. Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS Health Activities Literacy Scale) de bu amaçla geliştirilmiş bir ölçektir. Temel olarak nüfus düzeyinde sağlıkla ilgili konuları okuma potansiyelini anlamaya yardımcı olmaktadır. HALS'in dezavantajlı olmasına neden olan özelliği ise yaklaşık 1 saat sürmesidir. REALM ve TOFHLA gibi testler yüzeysel olarak ölçüm yaparken HALS bireysel kapasiteyi ölçmede daha kapsamlı ve ayırt edici ölçümler yapmaktadır (54).

Weiss ve arkadaşları (32) NVS (Newest Vital Sign- En Yeni Hayat Belirti) adlı testi geliştirmiştir. Testte bireylerin beslenme bilgilerini anlama yeteneklerini ölçme amaçlanmaktadır. Testin yapılması yaklaşık 3 dakika sürmektedir. Testin kısa olması, orta düzeyde doğru ve sınırlı okuma kapasitesine sahip bireyleri belirlemesi bakımından, demografik verilere kıyasla daha çok bilgi vermektedir.

Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Avrupa Birliği Ölçeği (HLS-EU European Health Literacy Survey), 2012 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 47 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Toplamda 15 boyuttan oluşan ölçekte kişinin sağlıkla ilgili bilgi edinme, anlama ve uygulamadan tedavi ve hastalıklardan korunma becerine kadar çeşitli parametreler ölçülmektedir. Test sonuçlarına göre kişinin sağlık okuryazarlık seviyesi dört kategoride değerlendirilmiştir. Bunlar: yetersiz, sınırlı/sorunlu, yeterli ve mükemmel düzeyde okuryazarlık olarak sıralanmıştır (55).

Türkiye'de bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçekler aşağıda yer almaktadır:

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ), 25 madde ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek, HLS-EU ölçeğinin sadeleştirilmiş halidir. Bilgiye erişim, bilgiyi kavrama ve uygulamayı ölçmek ölçeğin temel çıktıları arasındadır. Testi uygulayan bir kişi minimum 25, maksimum 125 puan alabilmektedir (56).

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ), Sezer ve Kadıoğlu (4) tarafından Türkçe konuşan bireyler için geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri 22 soruluk

sağlık bilgisi ve ilaç kullanımı ve bir adet organ yeri bilme sorusundan oluşarak kişinin sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliğinin belirlemeye çalışmaktadır.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe' ye uyarlanması ile oluşturulmuştur. Ölçek, 15 yaş ve üstü kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmektedir. Uygulama sonuçlarına göre bireyin okuryazarlık düzeyi dört kategoride değerlendirilmiştir. Bunlar: yetersiz, sınırlı/sorunlu, yeterli ve mükemmel düzeyde okuryazarlıktır (57).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), 32 maddelik 2 boyut ve 4 bilgi edinme sürecinden (bilgiyi edinme, anlayıp değerlendirme ve kullanma) meydana gelmektedir. ASOY-TR ölçeği çalışmasından elde edilen bilgiler ile geliştirilmiştir. Değerlendirme ölçütü de tıpkı HLS- EU çalışmasındaki gibidir. Ölçek sonuçlarına göre bireyin okuryazarlık düzeyi yetersiz, sınırlı/sorunlu, yeterli ve mükemmel olmak üzere dört kategoride değerlendirilmiştir.

2.1.5. Sağlık Okuryazarlığını Destekleyen Politikalar

Karmaşıklığı ve çeşitliliği çok olan, geniş bir tanım çerçevesine sahip olan sağlık okuryazarlığı terimi, temel olarak iki bileşene ayrılmıştır. Bunlardan ilki bireyin sağlık okuryazarlığı, ikincisi ise sağlık okuryazarlığı ortamıdır. Bu iki bileşen kişinin bilgiye erişme, anlama ve uygulama şeklini etkileyen iki baskın faktördür. Bireysel sağlık okuryazarlığı temel olarak kişinin kapasitesi ve motivasyonunu içermektedir. Yani kişinin sağlığı, alacağı hizmetler hakkında bilgiye erişimi, etkili karar alma ve uygulama kapasitesini kapsamaktadır. Sağlık okuryazarlığı ortamı ise temelde sağlık sistemi altyapısı ve politikaları olarak ifade edilmektedir. Yani kişinin sağlıkla ilgili bilgi edinmesinde etkili olan kişiler, süreçler, uygulama biçimlerini belirleyen politikaları kapsamaktadır (58).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığının yetersiz koruyucu sağlık hizmetleri kullanımına ve hastane yatışlarının artmasına neden olduğu belirtilmiştir. Bu durumu çözmek için 2010 yılında herkesin sağlık bilgisine sahip olabilmesi, kaliteli bir yaşam içinde sunulan

sağlık hizmetinin faydalı ve anlaşılabilir olması ilkelerinden hareketle ulusal eylem planı belirlenmiştir (59).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Tıp Enstitüsü'ne göre sağlık okuryazarlığının gelişmesinde etkili olan üç müdahale alanı vardır. Bunlar; sağlık sistemi, eğitim sistemi, kültür ve toplumdan oluşmaktadır. Bu üç müdahale alanı etrafında gerçekleştirilen çalışmalar hem sağlık çıktılarının iyileşmesini hem de sağlık hizmeti maliyetlerinin azalmasını sağlayacaktır (60).

Şekil 2.3.: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Müdahale Alanları



Kaynak: (61)

İtalya'nın Cenova şehrinde 2009 yılında Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konsey toplanmıştır. Bakanlar Deklarasyonunda hem birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve ulusal sağlık düzeyinin gelişmesinde hem de sağlık hizmetinin etkili kullanımıyla hastalıkların önlenmesi ve sağlık sonuçlarının iyileşmesinde sağlık okuryazarlığının oldukça önemli bir politika aracı olduğu vurgulanmıştır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı konusunun halk sağlığı alanında uygulanacak politikaların merkezine alınmasının önemine değinilmiştir (62).

MacLeod ve arkadaşlarının (4) yaptığı bir çalışmada sağlık okuryazarlığının ulusal sağlık sistemi kullanımı ve harcamalar üzerindeki etkisinin önemi vurgulanmıştır. Amerika'da toplam nüfus içinde yaşlı nüfus artışının devam edeceği öngörülmektedir. Dolayısıyla yaşlıların sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik yapılan girişimlerin potansiyel olarak daha yüksek hasta memnuniyeti, önleyici

hizmetlere uyum ve sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını azaltmada etkili olabileceği vurgulanmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı toplumun genel sağlık durumu ve sağlık davranışları konusunda önemli bir öngörücü faktör olarak kabul edilmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığının doğurduğu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda, Avrupa'da yürütülen sağlık politikalarının önemi artmış ve bu durum akademik ve politik çevrelerde tartışılan bir konu haline gelmiştir (63). Avrupa Komisyonu, 2008–2013 Stratejik Planı çerçevesinde sağlık okuryazarlığı konusunu öncelikli politika alanlarından biri olarak tanımlamıştır. (63,64). Ayrıca 2008 yılında gerçekleştirilen Avrupa Birliği Üst Düzey Farmasötik Forumu'nda, sağlık okuryazarlığının dikkate alınması gereken önemli bir politika konusu olduğu vurgulanmıştır (65).

Almanya ulusal eylem planında sağlık okuryazarlığını arttırmak için uygulama planları yer almaktadır. Plan dahilinde sağlık okuryazarlığının kurumsal planlara dahil edilmesi, sağlık hizmeti sunanların ve hizmeti alanların grubun farkındalığının arttırılması, halkla iletişim materyallerinin sadeleştirilmesi gibi girişimler yer almaktadır (66).

Avustralya Hükümeti tarafından hem sağlık profesyonellerinin eğitimini hem de tüketicilerin sağlık okuryazarlığını arttırmak amacıyla özel bir fon ayırılmıştır. Çalışma kapsamında ilaçların güvenli ve etkili kullanımını arttırma, hastalık temelli kampanyalar düzenleme, çok dilli materyaller geliştirme vb. düzenlemeler üzerine odaklanılmaktadır (67).

Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik gerçekleştirilen uygulamalar, sağlık okuryazarlığını ölçen çalışmalardan çıkan sonuçlar neticesinde belirlenmiştir. Okuryazarlık seviyesi düşük olan bireylere yönelik bilgi, tutum ve davranışların belirlenerek ihtiyaca yönelik kullanılması düşük olan sağlık okuryazarlığı seviyesini arttırmada fayda sağlayacaktır. Ülkemizde, 2013-2017 yıllarını kapsayan dönemde halk sağlığını hakkaniyetli bir şekilde korumak ve iyileştirmek amacıyla sağlık okuryazarlığı konusu stratejik eylem planına dahil edilmiştir. Bu hedef doğrultusunda belirlenen stratejilerden biri, bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki sorumluluklarını artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmektir. Geliştirme

çalışmalarında ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespit edilmesi, izlenmesi ve artırılmasının yanı sıra iletişim faaliyetlerinin güçlendirilmesi de yer almaktadır (68).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında "Sağlık Okuryazarlığı E-Öğrenim Sertifika Programı" düzenlemiştir. Program kapsamında aile hekimleri ve aile sağlığı merkezlerindeki çalışanlara "Sağlık Okuryazarlığı Eğitici Eğitimi" programı başlatılmıştır. Programın temel amacı aile sağlığı merkezi ve halk sağlığı müdürlükleri çalışanlarında farkındalık oluşturarak sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimin kuvvetlendirilmesi ve memnuniyetin artmasıdır. Program kapsamında 81 ilde hem halk sağlığı müdürlüklerinde hem de toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan 400 hekime 2 ay süren eğitimler verilmesi, eğitimi tamamlayan hekimlerin görev yaptıkları illerdeki diğer hekimleri eğitime tabi tutması planlanmıştır. Böylelikle yaklaşık 45 bin aile sağlığı merkezi çalışanının eğitilmesi hedeflenmiştir. Proje kapsamında eğitim düzeyi düşük hastalar için özel yöntemlerin uygulanması planlanmıştır. Örneğin, hastaların sağlık okuryazarlık düzeyine uygun broşür ve görsel materyaller geliştirilerek göçmen hastaların sabahları alması gereken ilacı güneş figürü ile, akşam alması gereken ilacı ise ay figürü ile ifade edilmesi gibi uygulamalar geliştirilmiştir. Bu sayede yanlış ilaç kullanımı engellenmesi hedeflenmiştir. (69).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 2020 yılında ülkenin sağlık okuryazarlık seviyesini belirlemek için çalışma yapmıştır. Yapılan çalışma sonucuna göre Türkiye'de yaşayan 10 kişiden 7'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sınırlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Yaş grupları arasında değerlendirildiğinde 10 yaşlı kişiden 9'unun sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarından elde edilen bir diğer önemli bulgu ise sağlık okuryazarlık seviyesinin düşmesiyle kronik hastalıkların da artmasıdır. Çalışma sonuçlarına paralel olarak, Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla çeşitli kampanyalar ve etkinlikler düzenlenmektedir. Bu kapsamda "Akılcı Antibiyotik Kullanımı Kampanyası", "Obeziteyle Mücadele Kampanyası", "Aile Hekiminizi Erken Tanıyın Kampanyası" ve "Bağımlılıkla Mücadele Çalışmaları" gibi uygulamalar yürütülmektedir (70).

Sağlık Bakanlığı "Sağlıklı Türkiye Yüzyılı" vizyonu doğrultusunda Türkiye genelinde sağlık eğitimi seferberliğinin başlamasını planlamıştır. Çalışma kapsamında hem eğitim hem de sağlık sektörünün birlikte kapsamlı bir çalışma yürütmesi ve eczacıların bu süreçte hastaya ilacı ve son bilgiyi veren kişiler olması nedeniyle önemli bir paydaş olması planlanmaktadır. Çalışmanın temel amacı toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmak, bir vatandaşın sağlığını kontrol altına alabileceği ve süreçte aktif rol alabileceği bilgiye ulaşmasını sağlamaktır. Sağlıklı Türkiye Yüzyılı vizyonu doğrultusunda vatandaşını koruyan, hizmeti geliştiren ve üreten sağlık modeli ile Sağlık Bakanlığı süreçte yeni bir yaklaşım sergilemektedir. Sürecin en önemli en önemli hedeflerinden birisi ise birinci basamak sağlık hizmetini güçlendirmek ve koruyucu sağlık hizmetini ön plana çıkaran çalışmalarda bulunmaktır (71).

2.1.6. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Araştırmaları

Farklı ülkelerde sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmalar yapılsa da halen sağlık okuryazarlığı tanımı ve değerlendirilmesinde fikir birliğine varılmamıştır (72). Toplumsal düzeyde ele alındığında, sağlık okuryazarlığının halk sağlığını etkileyen önemli bir sosyal belirleyici olduğu görülmektedir (26). Sağlık okuryazarlığı konusunda DSÖ, Dünya Ekonomik Forumu (WEF), Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (OECD) gibi uluslararası kuruluşların ve araştırmacıların 1986'dan bu yana pek çok bilimsel çalışmaları bulunmaktadır. Araştımacılar farklı çalışmalar yapsalarda genel olarak çalışma konusu aynıdır. Dolayısıyla yapılan araştırmalarda düşük sağlık okuryazarlığının neden olduğu sorunlara yönelik işbirliği yapma fırsatı doğmaktadır. Yapılacak çalışma konularından en önemlisi ise düşük sağlık okuryazarlığının neden olduğu sağlık sistemindeki yükü azaltmaktır (49).

Düşük sağlık okuryazarlığı, yalnızca daha kötü sağlık çıktılarına ve daha yüksek mortalite riskine neden olmakla kalmayıp, aynı zamanda gereksiz sağlık hizmeti kullanımını beraberinde getirerek maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. 1990'lı yıllardaki Amerika'da yapılan çalışmalarda okuryazarlık sağlıkla ilişkilendirilip düşük okuryazarlık durumu ile ilaç uyumunda azalma, hastalık bilgisi ile öz bakım becerileri arasında bir ilişkili olduğu belirlenmiştir (73). Azınlık olan

toplumlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin görüldüğü ve bu durumun beraberinde yetersiz öz bakım, kötü sağlık durumu ve erken ölüm gibi sonuçlara neden olduğu değerlendirilmektedir (74). Vernon ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (75), Amerika Birleşik Devletleri'nde düşük sağlık okuryazarlığı maliyetinin, tüm kişisel sağlık harcamalarının %7 ila %17'sini oluşturduğu ve yıllık 106 ila 238 milyar dolar arasında bir maliyet kaybına neden olduğunu tahmin edilmiştir.

Amerika ve Avrupa Birliği'nde yapılan ulusal düzeyde gerçekleştirilen araştırmaların sonuçlarına göre sınırlı düzeydeki sağlık okuryazarlık seviyesinin yaygın olduğu görülmektedir. 2003 yılında Amerika'da yapılan ulusal Erişkin Okuryazarlığı Değerlendirilmesi çalışmasında 19.000'den fazla kişinin katılım sağladığı, araştırma sonucuna göre katılımcıların sadece %12'sinin yeterli sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Bu veriler Amerika'daki her 10 yetişkinden neredeyse 9'unun sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığa sahip olduğu durumunu ortaya çıkarmaktadır (76).

Berkman ve arkadaşları (30) ABD Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı desteğiyle 2003-2010 yılları arasında sağlık okuryazarlığıyla ilgili yapılan yayınları incelemişlerdir. Yapılan analiz sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyinde ilerlemelerin olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle sözel sağlık okuryazarlığı ile ilgili becerileri ölçen araçların geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığının etkilerinin incelenmesi önerilmiştir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında yapılan bir araştırmada Avrupa'nın sağlık okuryazarlık durumu ölçülmüştür. 8 ülkede (İspanya, Polonya, Almanya, Hollanda, Yunanistan, Bulgaristan, Avusturya, İrlanda) yapılan bir araştırmada Avrupa'nın sağlık okuryazarlık durumu HLS- EU ölçeği kullanılarak ölçülmüştür. Çalışma çıktıları 4 ayrı kategoride (mükemmel/yeterli/kuşkulu/yetersiz) değerlendirilmiştir. 8000 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmanın sonucunda katılımcıların %12'sinin yetersiz sağlık okuryazarlığı, %47'sinin sınırlı ve kalanın da yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (38).

Malezya'da 2019 yılında yapılan bir nüfus araştırmasına göre genel nüfusun yaklaşık %35'inin sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür (77). Çin'de 2021 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada sağlık okuryazarlığı seviyesinin %25,4 olduğu görülmüştür. Bu veriyle 16-69 yaş arası nüfusun yaklaşık %75'inin sağlık bilgilerini anlama ve buna göre hareket etme kapasitesinden ve kendi başlarına uygun sağlık kararını alma yeteneğinden yoksun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (78).

Almanya'da 2021 yılında yapılan bir sağlık okuryazarlığı çalışmasında 18 yaş ve üzeri Almanca konuşabilen yerleşik nüfusa anket uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların %58,8'inin düşük sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu, sağlık bilgisine erişmede, anlama ve uygulama konusunda güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (79).

DSÖ hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde genel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğuna dikkat çekmiştir. Düşük eğitim düzeyi, dezavantajlı sosyoekonomik statü ve yetersiz okuryazarlık becerileri, sağlık okuryazarlığının gelişmesinin önünde önemli engeller oluşturmaktadır (80).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından yayımlanan "Sağlık 2020" stratejisinde, sağlık okuryazarlığı önemli bir bileşen olarak yer almıştır (81). Bu gibi verilerden hareketle Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Birleşik Krallık, Avustralya ve Çin gibi ülkelerde sağlık okuryazarlığını ulusal stratejileri arasına dahil etmişlerdir (82).

Sağlık okuryazarlığı, yalnızca bireyin sahip olduğu yeteneklerin değil, aynı zamanda sağlık sisteminin talepleri ve karmaşıklığının bir sonucu olarak değerlendirilmektedir (83). Literatürde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin tıbbi hizmetlerin kullanım sıklığı ve tedaviye hasta uyumu üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (84). Düşük sağlık okuryazarlığı; hastaneye yatış oranlarının artmasına, hastalıkları önleyici faaliyetlere katılımın azalmasına, kronik hastalıklarda yetersiz öz denetime ve yüksek ölüm oranına yol açabilmektedir (85,86). Ayrıca kronik hastalığı olan bireylerde erken teşhis ve tedaviye uyumu da olumsuz etkileyebilmektedir (87). COVID-19 pandemisi, düşük sağlık okuryazarlığının dünya genelinde uzun süredir

göz ardı edilen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur (88).

Amerika Kansas'ta 2023 yılında yapılan bir çalışmada, 2012–2018 yılları arasındaki nüfusun sağlık okuryazarlığı seviyeleri ve sağlık eğilimleri incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, düşük sağlık okuryazarlığı oranı 2012 yılında %67 iken 2018 yılında %51'e düşmüştür. Ancak çalışmanın tartışma bölümünde, düşük sağlık okuryazarlığı oranında azalma gözlenmesine rağmen, nüfusun %51'lik bir kesiminin hâlâ sağlık bilgisi ve tıbbi sistem hakkında sınırlı bilgiye sahip olduğu belirtilmektedir (89).

Türkiye'de Uludağ Üniversitesi'nde 2010 yılında sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla bir araştırma gerçekleştirilen çalışmada, REALM testine göre yetişkinlerin %59'unun, NVS testine göre ise %28'inin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olduğu saptanmıştır. Ayrıca, katılımcıların tıbbi kelimeleri tanıma, terimleri doğru telaffuz edebilme ve akıl yürütme becerilerinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (90).

Türkiye'de 2014 yılında ülke genelinde yürütülen bir çalışmada, nüfusun %64,6'sının yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Bu oran topluma yansıtıldığında, yaklaşık 35 milyon kişiye tekabül etmektedir. Ankara ilinde 2016 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, 18 yaş ve üzeri bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve bu düzeyin belirleyicilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda, katılımcıların %73,9'unun yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir. (91).

"Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması" adlı 2018 yılında yapılan çalışmada, Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin saptanarak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik yapılacak çalışmalara rehberlik etmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların %68,9'unun yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir (92). Yine Türkiye'de erişkin nüfus üzerine yapılan bir

araştırmada toplumun %64,6'sının "yetersiz" (%24,5) veya "sorunlu" (%40,1) sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır (93).

Kavuncuoğlu ve arkadaşlarının (187) yaptığı bir çalışmada yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ölçülmüştür. Çalışma sonucuna göre, katılımcıların %44,3'ünde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli ve mükemmel düzeyde olduğu görülmüştür.

2.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI

İlaç, besin maddesi veya temel bir diyet bileşeni dışında, canlı bir organizmaya uygulandığında biyolojik etki üreten herhangi bir kimyasal madde olarak tanımlanmaktadır (94). İlaçlar, sağlığın korunması ve sürdürülebilmesi, hastalık durumlarında ise tedavide kullanılan etkin bir araçtır. Günümüzde ilaçların sayısı ve çeşitliliği giderek artmaktadır. Bu durum, sunulan sağlık hizmetlerini kolaylaştırmakla birlikte, yanlış veya hatalı kullanım durumlarında ciddi sorunlara yol açabilmektedir (95). Akılcı olmayan ilaç kullanımı, yani irrasyonel kullanım hem dünya hem de Türkiye genelinde halk sağlığı açısından risk oluşturmakta ve ekonomik maliyetler yaratmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde ise, akılcı ilaç kullanımına ilişkin mevcut durum ve ilgili literatür ele alınmaktadır.

2.2.1. Dünyada ve Türkiye'de İlaç Kullanımı

Gün geçtikçe ilaçların çeşidi ve sayısı hızla artmış tıbbın ilerlemesiyle birlikte hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde ilaçların kullanımı gittikçe önem kazanmıştır. Tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ilaçlara olan talebi ve tüketimi arttırmıştır (96). Virüsler, enfeksiyöz ajanlar, radyasyon, çevre kirliliği gibi etkenler nedeniyle yeni hastalıklar ortaya çıkmıştır. Bu hastalıkların tedavisi için tedavi yöntemleri geliştirilmiş ve ilaç kullanımının artışını da beraberinde getirmiştir.

Ülkelerin sağlık harcamaları ile ekonomik büyüklükleri arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Sağlık alanına aktarılan kaynak miktarı arttıkça ilaç harcamaları da artmıştır (97). IQVIA verilerine göre dünya ilaç pazarı 2023 yılında 1,6 trilyon dolar değere ulaşmıştır. 20 ülke arasında yapılan dünya ilaç kullanımı sıralamasında birinci sırada Amerika Birleşik Devletleri yer alırken Türkiye 19. sırada yer almıştır (98).

Yapılan araştırmalar sonucunda, küresel ilaç pazarının 2028 yılına kadar %5-8 arasında bir büyüme ile 2,3 trilyon dolara ulaşması beklenmektedir (99). 2019 COVİD-19 pandemisi öncesinde OECD ülkeleri Gayrisafi Milli Hasıladan sağlık için ortalama %8,8'lik bir pay ayırmaktaydılar. 2022 yılı verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri %16,6 ile en fazla harcama yapan ülke olmuştur. Almanya sağlığa %12,7'lik bir pay ayırırken Kanada, Fransa, Japonya gibi ülkeler ise %10'dan biraz daha fazla bir harcama yapmıştır. Lüksemburg ve Türkiye gibi ülkeler ise Gayrisafi Milli Hasılanın %6'sını sağlık için harcamaktadır (100).

Tedavi gruplarına göre ilaç tüketimi incelendiğinde, %15,3 pay ile onkoloji ilaçları değer bazında en çok satışı yapılan ilaçlardır. Listenin devamında ise %7,7 ile antibiyotikler, %6,6 kan ürünleri, %6,5 kardiyovasküler ilaçlar, %5,2 ile sinir sistemiyle ilgili ilaçlar yer almaktadır. 2019 yılından bu yana ilaç kullanımı tüm tedavi alanlarında artış göstermiştir (98). En yüksek artış ise immünoloji, endokrinoloji ve onkoloji bölümünde gerçekleşmiştir (99). Kutu ölçeğinde ilaç kullanımı dağılımı tedavi gruplarına göre incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, %10,4 oranıyla antiromatizmal ilaçlar en sık kullanılan ilaç grubu olarak belirlenmiştir. Bunu sırasıyla %9,8 ile antibiyotikler, %9,3 ile kardiyovasküler ilaçlar, %8,2 ile soğuk algınlığı ve öksürük ilaçları, %6,2 ile sindirim sistemi ilaçları izlemektedir (98).

OECD verilerine göre, günlük alınan antibakteriyel ilaçların 1000 kişi başına tanımlanmış doz kullanımı ülkeler bazında incelendiğinde, 2022 verilerine göre Türkiye %34,2 ile en fazla antibakteriyel ilaç kullanan ülke konumundadır. Türkiye'yi sırasıyla Yunanistan, Güney Kore ve Fransa izlemektedir. En az antibakteriyel ilaç kullanan ülke ise 10,5 ile Avusturya'dır. Listenin devamında ise Çekya, İsrail ve Hollanda yer almaktadır (101). Antimikrobiyallerin aşırı kullanımı antibiyotik direncinin artması ile uzun süreli hastane yatışlarına, uzun süreli hastane yatışları ise hastane enfeksiyonlarının meydana gelmesi ve tedavi masraflarının artmasına neden olmaktadır (102).

Dünya genelinde ilaç kullanımının, 2023 yılına kıyasla 2028 yılında 400 milyar doz artış göstererek 3,8 trilyon tanımlanmış günlük doza ulaşması beklenmektedir. Bu artışın ise yıllık %2,3 oranında gerçekleşmesi öngörülmektedir.

Latin Amerika ve Asya'da ilaç kullanımı diğer bölgelere nazaran daha hızlı bir artış göstermiş ve bu artışın 2028 yılına kadar devam edeceği tahmin edilmektedir. Kişi başına düşen ilaç kullanım miktarı bölgelere göre değişirken Japonya ve Batı Avrupa'nın diğer bölgelerin çoğundan iki kat daha fazla kullanıma sahip olduğu görülmektedir (99).

2.2.2. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı ve Temel İlkeleri

Akılcı ilaç kullanımı kavramı ilk kez DSÖ tarafından 1985'te Nairobi'de düzenlenen uluslararası bir konferansta tanımlanmıştır. Burada yapılan tanıma göre akılcı ilaç kullanımı, hastanın klinik bulguları ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı uygun sürede ve dozda kullanması ve bunu en düşük maliyetle temin etmeleri anlamına gelmektedir (14). Dünya bankası akılcı ilaç kullanımını iki temel ilkeyi kapsayacak şekilde ifade etmiştir. Bunlar (103):

- İlaçların etkinlik, güvenlik ve uyumluluk hakkında bilimsel verilere göre kullanılması,
- İlaçların belirli bir sağlık sisteminin kısıtlamaları dahilinde maliyet etkili kullanılması

Akılcı ilaç kullanımı, hastalıkların önlenmesi, hafifletilmesi ve tedavisi için ilaçların uygun şekilde reçetelenmesi ve hastalar tarafından uygun şekilde kullanılması anlamına gelmektedir. Ayrıca akılcı ilaç kullanımı, ilaçların güvenli ve maliyet etkin olarak sürdürülebilir bir şekilde kullanılmasını da ifade edebilmektedir. Akılcı ilaç kullanımının arttırılabilmesi için, hastaların sağlık ihtiyaçlarına uygun ilaçlara, uygun maliyetlerle, optimum dozlarda ve yeterli tedavi süresince erişilebilmesi gerekmektedir (104). En sadeleştirilmiş hali ile akılcı ilaç kullanımı 5 aşama ile ifade edilebilmektedir: Doğru ilaç, doğru doz, doğru uygulama yolu ile doğru zaman ve doğru hastaya uygulama olarak ifade edilebilmektedir (105). Akılcı ilaç kullanımı, reçete yazma aşamasından itibaren gerekli adımlar uygulandığında ancak yerine getirilebilmektedir. Bunlar: hastanın sorununu doğru tanımlama, bu sorun için etkili ve güvenli tedavileri tanımlama (ilaçlı ve ilaçsız tedaviler), uygun ilaçları, dozu ve süreyi seçme, anlaşılır bir reçete yazma, hastalara yeterli bilgi vermeyi içermektedir (106).

Akılcı ilaç kullanımı kısaca uygulanacak ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik olarak uygulanabilmesi için sağlanan planlama, uygulama ve izleme süreci olarak tanımlanmaktadır (107).

2.2.3. Akılcı İlaç Kullanımında Tarafların Sorumluluğu

Akılcı ilaç kullanımı yalnızca hekim reçetesiyle veya hastanın davranışıyla sınırlı bir uygulama değil; politika yapıcılar, sağlık kuruluşları, hekimler, eczacılar, hastalar ve toplumun tamamının ortak sorumluluğunu kapsamaktadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı hem bireysel sağlık açısından zararlı sonuçlara yol açar hem de sağlık sistemleri için ekonomik yük oluşturmaktadır (108).

2.2.3.1. Devlet ve Politika Yapıcıların Sorumluluğu

Devletin ve politika yapıcıların başlıca sorumluluğu; ulusal bir İlaç Politikası ve Akılcı İlaç Kullanımı stratejilerini oluşturmak, uygulama rehberleri yayınlayarak düzenleyici çerçeveyi sağlamaktır. Bu kapsamda; temel ilaç listeleri, reçete izleme sistemleri, antibiyotik kullanımını izleyen programlar ve ilaç güvenliği bildirim mekanizmaları gibi çalışmaları hayata geçirmelidir. Ayrıca sağlık çalışanlarının sürekli eğitimini destekleyecek programlar, halkı bilgilendirme kampanyaları ve ilaç atık yönetimi politikaları oluşturmalıdır. Politikaların uygulanması ve değerlendirilmesi için düzenli izleme-değerlendirme göstergeleri kullanılmalıdır (109).

2.2.3.2. Sağlık Kuruluşları ve Yöneticilerin Sorumluluğu

Hastaneler ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan merkezler; klinik protokoller, tedavi kılavuzları ve e-reçete uygulamalarını entegre ederek hekimler ile eczacılar arasında kesintisiz bilgi akışı sağlamalı ve kurum içi ilaç kullanımını izlemelidir. Ayrıca sağlık kuruluşları hastaların akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim ve ilaç danışmanlığı hizmeti sağlamalıdır (110).

2.2.3.3. Hekimlerin Sorumluluğu

Hekimler, tanıya dayalı, kanıta uygun ve en az ilaç kullanımını gerektiren reçeteler yazmaktan sorumludur. Gereksiz antibiyotik kullanımının önlenmesi de hekimlerin kritik sorumluluk alanıdır. Hekim reçeteleme sırasında ilaç etkileşimlerini ve hastanın eşzamanlı hastalıklarını dikkate almalı, doz ve süre bilgisini hastaya açıkça aktarmalıdır (111).

2.2.3.4. Eczacıların Sorumluluğu

Eczacılar ilacın hastaya teslim edilmesi aşamasında akılcı ilaç kullanımını destekleyen merkezi bir role sahiptir. İlaçların hastaya uygun şekilde verilmesi, reçeteyi kontrol etmek, eksik/yanlış reçete durumunda hekimi uyarmak, hastaya ilaç kullanım talimatı vermek, ilaçların doğru saklanması ve atık yönetimi konusunda bilgilendirme yapmakla yükümlüdür. Ayrıca eczacılar toplum tabanlı eğitim ve danışmanlık rolüyle gereksiz ilaç talebini azaltabilir ve ilaç uyumunu artırabilir (112).

2.2.3.5. Hastalar ve Toplumun Sorumluluğu

Hastalar, ilaçları hekimin verdiği ve önerdiği şekilde kullanmak, tedavi süresine sadık kalmak, ilacın yan etkilerini gözlemlemek ve mevcut kullandıkları diğer ilaçlar konusunda hekimi bilgilendirmekle sorumludur. Toplumda yanlış bilgilendirmeye neden olan ilaç reklamları, yakın çevreden ilaç tavsiyeleri ve internet kaynaklarından edinilen yanlış bilgiler akılcı ilaç kullanımını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle toplum sağlığı eğitimleri ve sağlık okuryazarlığını artıracak müdahaleler oldukça önemlidir (113).

2.2.4. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı ve Kullanım Sorununun Değerlendirilmesi

DSÖ'ye göre akılcı olmayan ilaç kullanımı dünya çapında önemli bir sorundur. Dünya nüfusunun üçte biri temel ilaçlara erişimde sorun yaşarken dünya genelinde tüm ilaçların %50'sinden fazlası uygunsuz bir biçimde reçete edilip,

dağıtılmakta ve satılmaktadır. Hastaların %50'si ise ilaçları doğru bir şekilde kullanmamaktadır (8).

Akılcı olmayan ilaç kullanımlarına örnekler ise şunlardır (8):

- Polifarmasi yani bir hastanın çok fazla ilaç alması durumu,
- Bakteriyel olmayan enfeksiyonlarda antimikrobiyallerin uygunsuz kullanımı,
- Ağızdan alınan formülasyonların daha uygun olmasına rağmen enjeksiyonların aşırı kullanımı,
- Sadece reçete ile satılması gereken ilaçların hasta tarafından kendi kendine alınması ve kendi kendine doz ayarlaması durumları örnek olarak verilebilmektedir.

Bu durumlar akılcı olmayan ilaç kullanımının her seviyesinde görülen yaygın bir sorun haline gelmiş ve ilaç tedavilerinin kalitelerinin azalmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına, istenmeyen ilaç reaksiyonlarına, kötü hasta sonuçlarına ve kaynakların israfına neden olmuştur (114). Akılcı ilaç kullanımı ekonomi, insan gücü, kültür, tutum ve inançlar, ilaçlar hakkında bilgi boşluğu, ilaç kullanımı üzerinde uygulanan esnek politikalar ve ilaçların yanlış tanıtımı gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (110). Akılcı ilaç kullanımının etkin şekilde uygulanabilmesi için çeşitli stratejiler geliştirilmiş ve bu stratejiler üç temel başlık altında toplanmıştır (115):

- **Akılcı ilaç kullanımı stratejisi ve takibi:** Bu aşamada, akılcı ilaç kullanımını savunacak ve uygulamaların yaygınlaşmasını teşvik edecek etkili stratejiler belirlenmektedir.

- **Sağlık profesyonelleri tarafından akılcı ilaç kullanımı:** Standart tedavi kılavuzlarının geliştirilmesi ve güncellenmesiyle birlikte, akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim programlarının desteklenmesi hedeflenmektedir.

- **Tüketiciler tarafından akılcı ilaç kullanımı:** Hastaların tedavi süreçlerinde bilinçli ve sorumlu kararlar alabilmeleri, ayrıca etkili ilaç bilgilendirme sistemlerinin oluşturulması.

Hastaların ilaçları bireysel ihtiyaçlarını karşılayacak dozlarda ve yeterli bir süre boyunca kullandıklarında ve bunu en düşük maliyetle aldıklarında rasyonel bir şekilde ilaç kullanımının gerçekleştiği söylenebilir. İrrasyonel kullanım bu durumlardan biri veya birkaçı gerçekleşmediğinde ortaya çıkmaktadır (116).

İlaç kullanımının nasıl ölçüleceği ve akılcı ilaç kullanımını sağlamak için uygulanması gereken strateji ve müdahaleler bilinmesine rağmen, irrasyonel ilaç kullanımı giderek artmaktadır. Bu durum öncelikle birey sağlığını tehdit etmekte, aynı zamanda ekonomik açıdan ciddi kayıplara yol açmaktadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı, özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde daha belirgin şekilde görülmekte ve sağlık sistemleri üzerinde ek bir yük oluşturmaktadır. Örneğin Kanada, ABD, Kuveyt ve Avustralya'nın yanı sıra Güney Afrika ve Tayland gibi orta gelirli ülkelerde yapılan çalışmalar irrasyonel ilaç kullanımının yaygın olduğunu ortaya koymuştur (117). Akılcı olmayan ilaç kullanımı Etiyopya gibi gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada mevcut olup tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir (118). Düşük gelirli ülkelerde kişi başı ilaç kullanım miktarında yapılmak istenen iyileştirmeler, yüksek gelirli ülkelere göre daha yavaştır. Bu durum ise sağlığın iyileştirilmesine yönelik istekleri engellemektedir (99).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı ve bu duruma bağlı hastalıklar ve ölümler yalnızca düşük gelirli ülkelerde gerçekleşmemektedir. Örneğin, İngiltere'de yanlış ilaç kullanımı sonrasında meydana gelen istenmeyen tıbbi olaylar nedeniyle hastaneye yatırılan hastalara hemşirelik ve tıbbi tedavi sunmanın maliyeti 870 milyon dolar olarak hesaplanmıştır (119). Almanya'da akılcı olmayan ilaç kullanımının doğurduğu ilaç reaksiyonlarının yıllık 430 milyon avro zarara yol açtığı hesaplanmıştır (120).

Yapılan araştırmalar çoklu ilaç reçeteleme, aşırı reçeteleme, ilaçların doğru bir şekilde kullanılmaması, enjeksiyon ve antibiyotiklerin aşırı kullanımı ve pahalı olan ilaçların kullanımının akılcı olmayan ilaç kullanımında karşılaşılan en yaygın sorunlar olduğunu ortaya koymaktadır (121). Akılcı olmayan ilaç kullanımlarından biri olan aşırı ilaç kullanımının neden olduğu bazı sonuçlar ise şunlarıdır: Kötü hasta sonuçları, kaynak israfı, ilaç reaksiyonları, antimikrobiyallerin aşırı kullanımına bağlı olarak vücudun ilaca direnç göstermesi ve gereksiz hasta talebidir (116,122).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı nedenleri arasında bilgi beceri eksikliği, ilaçlara sınırsız erişilebilirlik, ilaç satışından elde edilen kâr motivasyonu gibi nedenler sayılabilmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımları değerlendirilirken reçete yazma, dağıtım ve hasta kullanımı süreçleri, ilaç çeşidi, miktar ve kullanım nedeni olarak ele almak gerekmektedir. İlaçların neden akılcı olmayan bir biçimde kullanıldığı doğru tespit edildiğinde etkili ve uygulanabilir stratejilerin daha uygun bir biçimde seçilmesi kolaylaşmaktadır (115).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, insanların kendi kendine ilaç alıp kullanma davranışları artarak devam etmektedir (123). Bazı çalışmalar, hastanın kendi kendine ilaç kullanma durumunun eğitim düzeyi ile ilgili bir durum olduğunu ve yüksek düzeyde eğitim almış kişilerin kendi kendine ilaç almaya daha yatkın olduklarını göstermektedir (124).

Hastaların kendi kendine teşhis koyup reçetesiz antibiyotik alıp kullanımının yaygınlaşması beraberinde antibiyotiklere karşı bağışıklık kazanılmasına ve ilerde meydan gelebilecek hastalıkların tedavi edilmesinde zorlukların meydana gelmesine neden olmaktadır (125). Akılcı olmayan antibiyotik kullanımına sebep olan itici güçler arasında; hastaların yeterli bilgiye sahip olmamaları, antibiyotiklere reçetesiz olarak kolay erişim sağlanabilmesi ve sağlık personeli ile hastalar arasındaki iletişimin yetersiz olması gibi nedenler yer almaktadır (126). Türkiye'de yapılan bir çalışmanın bulguları da bu durumu desteklemiştir. Çalışma sonuçlarına göre hastaların %46,6'sının doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullandığı, %77,3'ünün tedavi için planlanan süreden önce tedaviyi sonlandırdığı ve %24,5'inin kullanıp fayda gördüğü bir ilacı bir başkasına da tavsiye ettiği belirlenmiştir (127).

2.2.5. Akılcı İlaç Kullanımını Destekleyen Politikalar

Akılcı ilaç kullanımına yönelik ilk önemli adım 1977'de DSÖ tarafından ülkelerin kendi ulusal ilaç listelerini oluşturmalarına yardımcı olmak amacıyla tasarlanmış 212 ilacı içeren temel ilaçlar model listesinin oluşturulmasıyla atılmıştır. Ardından 1989 yılında akılcı ilaç kullanımını teşvik etmede kullanılacak müdahaleleri araştırmak amacıyla uluslararası ilaç kullanım ağı (INRUD-International Network for the Rational Use of Drugs) kurulmuştur. İlaçların akılcı

kullanımını teşvik etmek için multidisipliner araştırma projeleri yürütülmüştür. Çalışmalar sonucunda birinci basamak sağlık hizmeti sunulan tesislerde ilaçların kullanımını gözlemlemek için WHO/ INRUD göstergeleri geliştirilmiştir (115).

DSÖ akılcı olmayan ilaç kullanımına dair araştırmalar yapmış ve bu durumu gelişmiş ülkelerde kritik bir sağlık sorunu olarak tanımlamıştır. Yapılan çalışmada akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek amacıyla 12 temel politika önermiştir. Bu müdahaleler doğası gereği düzenleyici, eğitici ve yönetsel niteliktedir. Bunlar (116,128):

Eğitimsel nitelikte olan politikalar:

- Lisans eğitimlerinde farmakoterapi eğitimi verilmesi,
- Lisans eğitimlerinde sorun odaklı eğitim verilmesi,
- İlaçlar hakkında tarafsız bilgilerin kullanılıp paylaşılması,
- Kamuoyunun ilaçlar ve ilaç kullanımı konusunda eğitilmesi,

Yönetimsel nitelikte olan politikalar:

- Klinik kılavuzların çıkartılması,
- Tedavi seçeneklerini içeren temel ilaç listelerinin oluşturulması,
- Hastanelerde ilaç ve tedavi komitelerinin oluşturulması,
- Yapılan denetimlerin sonucu olan geribildirimlerin takibi,
- İlaç kullanımlarının artışına neden olan ve etik olmayan mali teşviklerin önlenmesi,

Düzenleyici nitelikte olan politikalar:

- İlaç kullanım politikalarını düzenlemek için multidisipliner bir ulusal kurumun kurulması,
- Uygulanabilir ve bağlayıcı yasal düzenlemelerin oluşturulması,
- Yeterli ilaç ve personel temininin sağlanması için hükümetin yeterli finansal desteği sağlaması olarak sıralanabilmektedir (116, 128).

DSÖ'nün 2004-2007 yılları için belirlediği ilaç stratejisinin amacı insanların ihtiyaç duyduğu temel ilaçlara erişimini güvenli, kaliteli ve uygun fiyatlı olmasını

sağlamaktır. Bu süreçteki en önemli aşama ise ilacın akılcı bir şekilde reçete edilmesi ve kullanılmasıdır (109). 1963 yılında Küba temel ilaç listesi kullanımını başlatan ilk ülke olmuştur (129). Temel ilaçların mantığı ise piyasada erişilebilir çok sayıda tıbbi ürün bulunmasına karşın hastanın tıbbi ihtiyacını göz önünde bulundurarak seçici olmayı, güvenli ve maliyet etkili olmayı garanti etmektir. Kısaca temel ilaç yaklaşımının iyi organize edilmiş mantıklı, güvenli, maliyet etkili ve etik temellere dayandığı söylenebilmektedir (130).

İlaç kullanımını etkileyen sağlık politikalarının ve sistemlerinin çeşitli bileşenleri bulunmaktadır. Bu bileşenler; sigorta, finansman, ilaçların seçimi, fiyatlandırılması ve erişilebilirliği şeklinde sıralanmaktadır. Tanıtım ve düzenlemelere ilişkin olarak ise izleme ve denetim komitelerinin kurulması, kalite iyileştirme yapılarının oluşturulması, kamuoyu eğitimi ve sağlık profesyonellerine erişimin sağlanması gibi uygulamalar öne çıkmaktadır (131).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2030 yılına kadar Evrensel Sağlık Kapsamı (Universal Health Coverage/ UHC) ile politika yapıcılara temel ilaçlara erişimi iyileştirmede yardımcı olmak üzere bir çerçeve oluşturmasının ardından ülkeler kendi Ulusal İlaç Programlarını uygulamıştır (132). Evrensel sağlık kapsamı tüm bireylere ihtiyaç duydukları anda, maddi güçlük yaşamadan, ihtiyaç duydukları kaliteli sağlık hizmetine erişebilmelerini sağlamayı amaçlamaktadır.

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile uyumlu olan UHC aşağıdaki dört unsuru içermektedir (133):

- Temel İlaçların Akılcı Seçimi ve Kullanımı: Standart Tedavi Kılavuzlarının geliştirilip uygulanmasına bağlıdır.
- Ulaşılabilirlik ve Erişebilirlik: Temel ilaçlara erişimin sağlanabilmesi için tarafsız mevcut fiyatların kullanılması, adil fiyatlama ve vergilerin kaldırılması için müzakereler gibi müdahalelerin yapılması ile yerel ilaç üretiminin teşvikini içermektedir.
- Sürdürülebilir Finansman: Kamu fonlarının artırılması cepten yapılan harcamaların azaltılması ve sağlık sigortası kapsamının geliştirilmesi gibi müdahalelerin yapılmasını gerektirmektedir.

- Güvenilir Sağlık ve Kaliteli Ürün Tedariği: Etkili bir sağlık ve tedarik sistemini destekleyen faktörler arasında sağlık sektörü gelişimi, kamu, özel sektör ve Sivil Toplum Kuruluşları (STK) iş birliği gibi çalışmalar yer almaktadır.

Türkiye'de ilaç politikalarını düzenleyen ve yürütülmesini sağlayan kamu kurum ve kuruluşları bulunmaktadır. Bu kurumlardan ilki Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK)'dur. Kurumun ana görevleri arasında; "*Beşerî tıbbi ürün, tıbbi cihaz, özel tıbbi amaçlı gıdalar, biyosidal ve kozmetik ürünlere yönelik düzenleyici, denetleyici ve yönlendirici faaliyetlerle toplum sağlığını üst seviyede korumak*" yer almaktadır (134). Bir diğer önemli kurum ise Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dur. SGK, devlet adına ilaçların finansmanını sağlamakta, geri ödemesi yapılacak ilaçların kapsamını ve bu ilaçlara ilişkin kuralları belirlemektedir. Ayrıca, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve Hazine ve Maliye Bakanlığı da ilaç politikalarının belirlenmesi ve ilaçla ilgili karar süreçlerinde rol alan diğer kurumlar arasında yer almaktadır (135).

Türkiye'de 1990'lı yıllarda başlayan akılcı ilaç kullanımı çalışmaları Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri ile yürütülmeye devam etmektedir. Çalışmaların önemli kısmı Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bakanlık yapılan tüm faaliyetlerde ya doğrudan yürütücü olarak rol almış ya da dolaylı olarak destekleyici ve teşvik edici bir misyonla rol üstlenmiştir. Çalışmalar akademik çevreler, eğitim kurumları, sivil toplum kuruluşları faaliyetleriyle de desteklenmiştir. Bu kapsamda geçmişten günümüze yapılan önemli çalışmalar kronolojik olarak şu şekilde sıralanabilir (134):

- 1992 yılında probleme dayalı akılcı ilaç eğitimi uygulanmıştır.
- 1998-1999 yıllarında DSÖ ile iş birliği yapılmış ve Türkiye İlaç Kılavuzu yayınlanmıştır.
- 2002-2003 yıllarında DSÖ'ye ait Reçete Yazma Rehberi, eğiticilere yönelik reçete yazma rehberi ve akılcı ilaç konusunda halk eğitimi kitabı Türkçe 'ye çevrilmiştir.
- 2006 yılında akılcı ilaç kullanımı çalıştayı gerçekleşmiş ve eczacılık eğitiminde akılcı ilaç kullanımı eğitimi içeriğine yer verilmiştir.

- 2010 yılında Ulusal Akılcı İlaç Koordinasyon Kurulu kurulmuştur.
- 2011-2013 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından Akılcı İlaç Kullanım Kitabı yayınlanmıştır.
- 2014-2017 yılları arasında akılcı ilaç kullanımını arttırmaya yönelik yapılan çalışmaların daha koordineli yürütülebilmesi için Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı hazırlanarak yürürlüğe konulmuştur.

Türkiye'de akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar Sağlık Bakanlığı'nın 2014- 2017 yılları arasında yürüttüğü Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı ile hız kazanmıştır. Ayrıca akılcı ilaç kullanımının artırılması için Reçete Bilgi Sistemi geliştirilmiştir. Bu sistem aracılığıyla hekimin yazdığı reçete verileri analiz edilip, sonuçlarına göre bilgilendirme yapılmaktadır.

2.2.6. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Yapılan Çalışmalar

Türkiye'de Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezine başvuran 18 yaş üstü hastalara akılcı olmayan ilaç kullanımlarının değerlendirilmesi araştırması yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların %20,1'i doktor reçetesi olmadan kendi kendine ilaç kullanmış, %3,4'ü hekimin ilaç için önerdiği doz ve süreye uymamış, %47,4'ü istediği ilacı reçete ettirmek için başvuruda bulunmuş ve %65'inin evinde daha sonra kullanmak üzere yedek ilacı bulundurduğu görülmüştür. Ayrıca ilaç kullananların %24,1'inin son kullanma tarihine bakmadan ilacı kullandığı, %45,5'inin ise hasta bilgi broşürünü (Prospektüs) okumadan ilaç kullandığı belirlenmiştir (136).

Türkiye'de İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Karşıyaka 17. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmış bir çalışmada 18-65 yaş arası merkeze başvuran hastalar üzerinde sağlık okuryazarlık düzeyinin akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Çalışma sonucuna göre katılımcıların %45,5'inin sağlık okuryazarlık düzeyinin sorunlu düzeyde olduğu saptanmıştır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı alışkanlığına sahip kişilerin ise sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olduğu görülmüştür (137).

2016 yapılan bir çalışmada bireylerin akılcı ilaç kullanımlarına yönelik bilgi ve uygulamaları incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma oranları %77,3 olarak tespit edilmiştir. Doktorun ilaç kullanımı için önerdiği süreden önce ilacı bırakma oranı ise %77,3 olarak bulunurken %26,2'si doktora danışmadan ilaç dozlarını artırıp/azalttıkları bulunmuştur (138). Yapıcı ve arkadaşlarının (184) bir çalışmasında doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma oranını %26 olarak bulunmuştur.

İstanbul'da yaşayan Suriyeli göçmenlerin sağlık okuryazarlığı seviyelerini ve akılcı ilaç kullanımlarını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla bir araştırma yapılmıştır. 542 Suriyeli göçmenin %62,5'i ilacın yalnızca doktor tarafından reçete edilmesi gerektiğini ve %62,5'i bitkisel ilaç kullanımının zararsız olduğunu düşünmektedir. Çalışma bulgularına göre düşük e-sağlık okuryazarlığı, düşük eğitim düzeyi, ileri yaş, düzenli ilaç kullanımı, Türkiye'de kalış süresi ve medeni durum gibi faktörlerle ilişkili bulunmuştur (139).

Manisa'da yaşayan 18 yaş ve üzeri kişilerde akılcı ilaç kullanımı ve ilaç kullanımlarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre hekime başvurmadan ilaç kullanım oranı %76 olarak bulunmuştur. Evde kullanılmayan yedek amaçla ilaç saklayanların oranı %85,5'tir. Bir işte aktif olarak çalışanların, geliri giderinden yüksek olanların, eşi ve kendisinin eğitim durumu ortaokul ve üstü olan çekirdek ailelerde akılcı ilaç kullanımının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (140).

Hindistan'da bir bölgede yapılan bir çalışmada özel sektörde ilaçlara harcanan paranın %69,2'sinin, kamu sektöründe ise %55,4'ünün israf edildiği saptanmıştır. Bu bölgede sadece bir yılda irrasyonel reçetelerle bölgenin toplam ilaç tüketiminin %67,58'ine denk gelen miktarın israf edildiği görülmüştür (141).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı küresel bir sorundur. Bu sorun da beraberinde polifarmasiye (çoklu ilaç kullanımı durumu), antibiyotiklerin ve enjeksiyonların aşırı kullanımına neden olmaktadır. Polifarmasi, istenmeyen ilaç- ilaç reaksiyonları ile hastanın tedaviye uyumunun azalmasına ve gereksiz yere yüksek ilaç maliyetlerine yol açan bir durumdur. Antibiyotiklerin aşırı derecede reçete edilmesi ve

enjeksiyonların aşırı derecede kullanım durumu ilaç direnci ve ilaç maliyetlerini artırırken aşırı enjeksiyon kullanımı doku hasarına ve kan yoluyla bulaşan hastalıkların bulaşma riskinin artmasına neden olmaktadır (142).

Çoklu ilaca karşı direnç kazanmış bakteriler, her yıl Kuzey Amerika'da 20.000'den fazla, Avrupa'da 25.000 ve Güney Asya bölgesinde 90.000 insanın ölmesine neden olmaktadır. Dünya genelinde ilaç dirençli enfeksiyonlardan dolayı meydana gelen yıllık 700.000 ölümün 2050 yılına kadar 10 milyona çıkması beklenmektedir. Bu hastaların maliyetinin ise yaklaşık 100 trilyon ABD dolarına mal olması beklenmektedir (143).

Çin'de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışma sonucuna göre, öğrencilerde akılcı olmayan ilaç kullanımı yaygın görülmüştür. Ayrıca kadın öğrencilerde erkek öğrencilere kıyasla daha yüksek akılcı olmayan ilaç kullanımı tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda ise öğrencilerin akılcı ilaç kullanımı bilgi ve davranışların iyileştirilmesi için akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitimlerin arttırılması gerektiği tavsiye edilmiştir (144).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIMANIN AMACI

Bu çalışmanın temel amacı 18 yaş ve üzeri göçmenlerde sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca göçmenlerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı algılarının çeşitli sosyo-demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.) açısından farklılık gösterip göstermediği de çalışmanın bir diğer amacıdır.

Literatür incelendiğinde, göçmenlerin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığının beraber ele alındığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu bakımdan çalışmanın alan yazına önemli bir katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

3.2. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu çalışma Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran göçmenler üzerinde yapılan açıklayıcı türde kesitsel bir araştırmadır.

3.3. ÇALIŞMANIN TASARIMI

Çalışma kesitsel türde bir çalışma olup, 25 Şubat–11 Mart 2025 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri göçmenler ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar, araştırmaya ulaşılabilirliği artırmak amacıyla kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Yapılan araştırma Ankara genelinde göçmenlerin en fazla yaşadığı ilçelerden birisi olan Altındağ ilçesine bağlı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini

- 25 Şubat-11 Mart 2025 tarihleri arasında hafta içi mesai saatlerinde (08:00-12:00/ 13:00-17:00) Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri 360 göçmen

oluşturmaktadır. Yabancı hasta birimine aylık gelen hasta sayısı 5000 kişidir. Örneklem büyüklüğü, %95 güven düzeyi ve ±%5 hata payı ile tek oran için hesaplanmış; sonlu popülasyon düzeltmesi uygulanarak n = 357 bulunmuştur. Pratikte oluşabilecek eksik/yanıtsız formları telafi etmek amacıyla örneklem 360 olarak belirlenmiştir.

Örneklem hesaplamasında kullanılan formül değerleri aşağıdaki gibidir [1]:

$$n = \frac{(\mathrm{N} \times \mathrm{t}^2 \times \mathrm{p} \times \mathrm{q})}{(\mathrm{d}^2 \times (\mathrm{N} - 1) + \mathrm{t}^2 \times \mathrm{p} \times \mathrm{q})}$$

- n: Örneklem büyüklüğünü,
- N: Evreni oluşturan birey sayısını,
- p: İncelenen özelliğin evrende görülme olasılığını (varsayılan olarak 0,5 alınır),
- q: İncelenen özelliğin evrende görülmeme olasılığını (1 - p),
- t: Belirlenen güven düzeyine karşılık gelen tablo değerini (%95 güven düzeyi için t = 1,96),
- d: Kabul edilen örnekleme hatasını (0,05) ifade etmektedir.

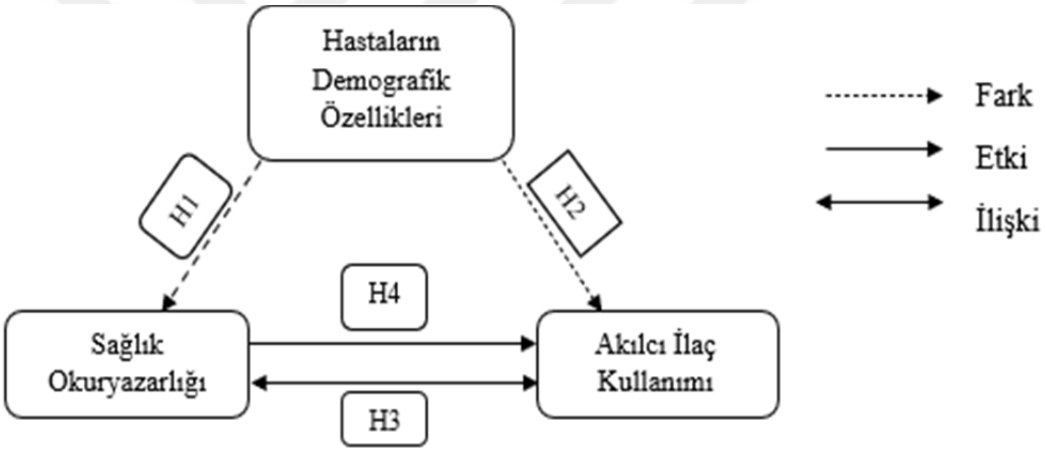
Ankara'daki farklı ilçelerde 8 adet Göçmen Sağlığı Merkezi (GSM) ülkemizde yaşayan, göçten etkilenen Suriyelilere, yabancı uyruklu ve geçici koruma altındaki vatandaşlara hem koruyucu hem de temel sağlık hizmetini erişilebilir kılmak, daha etkili ve verimli hizmet sunmak için Göçmen Sağlığı Merkezleri kurulmuştur. GSM'ler ilçenin toplum sağlığı birimine bağlı olarak hizmet vermektedirler. Göçmen Sağlığı Merkezleri'nde birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerine ek olarak kadın doğum, çocuk, dahiliye ve psikososyal destek hizmetleri sunulmaktadır (146).

GSM'lerde sunulan hizmetler ücretsiz olup kapsamlı hizmetler içermektedir. Bunlar: yetişkin ve çocuklara yapılması gereken aşılama uygulaması, gebe- yeni doğan- bebek ve çocukların düzenli takipleri, yeni doğan taraması, kanser taraması,

bulaşıcı hastalık taraması, doğrudan gözetimli ilaç uygulaması ve kronik hastalık takibi vb. pek çok hizmet sunulmaktadır. Merkezin daha etkili hizmet verebilmesi için görüntüleme üniteleri ve laboratuvarlar ile desteklemiştir (147). Burada sağlanan hizmetlerle tedavi edilmeyecek hastalıklara sahip bireyler ise geçici verilen kimlik kartları ile Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi gibi devlet hastanelerine başvurmakta ve tedavi olmaktadır. Hastaneye başvuran hastalar gitmek istedikleri birimlere gitmeden önce tercümanların da bulunduğu yabancı hasta birimine kayıt yaptırarak ilgili bölüme yönlendirilmektedirler.

3.5. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasında ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan araştırma modeli Şekil 3.1'de sunulmuştur.



Şekil 3.1.: Araştırma Modeli

3.6. VERİ TOPLAMA ARACI

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak gözlem altında araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanan anket tekniği kullanılmıştır. Anketin cevaplanma süresi kişiye göre değişmekle birlikte 3-5 dakika arasında sürmektedir. Katılımcı olan göçmenlerin çoğu on yıldan fazla bir süredir Türkiye'de yaşamaktadır. Dolayısıyla çoğunluğu Türkçeyi akıcı bir biçimde hem konuşup hem de anlamaktadırlar. Gelen katılımcılardan yaşı ileri olup Türkçeyi öğrenememiş olan 4 katılımcı için ise hastane tercümanından destek alınmıştır. Okuryazarlığı olmayan katılımcılara araştırmacı tarafından sorular okunarak cevaplar alınmıştır. Çalışma verileri Sağlık Bakanlığı ve

Adnan Menderes Üniversitesi iş birliği ile Okyay ve arkadaşları (148) tarafından geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32) ve Demirtaş ve arkadaşları (149) tarafından geliştirilen Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.7. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ- 32 (TSOY-32)

Okyay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32) geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları tamamlanmış olan ölçek 32 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 2*4 lü bir matris şeklinde yapılandırılmıştır. 2 alt boyut (sağlığın geliştirilmesi, tedavi ve hastalıklardan koruma) ve 4 süreci (ulaşma, anlama, kullanma ve değerlendirme) içermektedir. Ölçek 5'li Likert tipi derecelendirmeye sahiptir. Ölçekteki maddelere ilişkin katılım düzeyleri ise "1= Çok Kolay, 2= Kolay, 3= Zor, 4= Çok Zor, 5= Fikrim Yok" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte en yüksek 50 puan, en düşük sıfır puan alınabilmektedir. Ölçek puan sonuçlarına göre okuryazarlık düzeyi aşağıdaki gibidir (148).

- 0-25 puan arası: Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyini,
- >25-33 puan arası: Sorunlu veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyini
- >33-42 puan arası: Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyini
- >42-50 puan arası: Mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyini ifade etmektedir.

Çizelge 3.1.: TSOY-32'nin 2x4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları

	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

İç tutarlılık analizi yapılmış olup ölçeğin güvenirliliği için Cronbach alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur. Tedavi ve hizmet alt boyutu için iç tutarlılık

katsayısı 0,88 bulunurken hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunun katsayısı ise 0,86 olarak saptanmıştır.

Çizelge 3.2.: TSOY-32 Ölçeği İç Tutarlılık Analizi

TSOY-32 Boyutları	**İç Tutarlılık Katsayısı**	**Soru Sayıları**
TSOY-32 Genel İndeks	0,93	32
Tedavi ve Hizmet Boyutu	0,88	16
Hastalıktan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu	0,86	16

3.8. AKILCI İLAÇ KULLANIM ÖLÇEĞİ

Bireylerin akılcı ilaç kullanımı bilgisini ölçmek amacıyla Demirtaş ve arkadaşları tarafından geliştirilen Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği 21 madde ve tek bir alt boyut ve on doğru on yanlış önermeden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlilik güvenirlilik testlerinin sonuçlarına göre Cronbach alfa değeri 0,79 olarak bulmuştur. Ölçeğe verilen cevaplar doğru, yanlış ve bilmiyorum olarak belirlenmiştir. Puanlama hesabına göre "2= doğru, 1 = bilmiyorum, 0=yanlış" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 42 iken en düşük puan ise sıfırdır. Ölçek puan sonuçlarına göre 35 puan ve üzeri alan bireylerde akılcı ilaç kullanım bilgisinin olduğunu ifade etmektedir (149).

3.9. KATILIMCILARIN ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Çalışmaya kimlerin dahil edileceğine ilişkin kriterler aşağıda verilmiştir.

- 18 yaş ve üzeri olmak
- Göçmen olmak
- Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne hasta olarak başvuruda bulunmak ve araştırmaya katılmayı kabul etmek.

3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma sadece Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi uluslararası hasta birimine başvuran ve çalışamaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri göçmen

hastalar ile sınırlı tutulmuştur. Burada sunulan bulgular ve sonuçlar sadece bu hastalardan elde edilen bilgileri yansıtmaktadır.

3.11. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların verdikleri yanıtların doğru olduğu ve gerçek durumlarını yansıttığı varsayılmıştır.

3.12. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Çalışma kapsamında geliştirilen hipotezler şunlardır:

H1: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı alt boyutları, sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

- H1a: Sağlık okuryazarlığı düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- H1b: Sağlık okuryazarlığı düzeyi yaşa göre farklılık göstermektedir.
- H1c: Sağlık okuryazarlığı düzeyi medeni duruma göre farklılık göstermektedir.
- H1d: Sağlık okuryazarlığı düzeyi öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir.
- H1e: Sağlık okuryazarlığı düzeyi çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.
- H1f: Sağlık okuryazarlığı düzeyi gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.
- H1g: Sağlık okuryazarlığı düzeyi sahip olunan çocuk sayısına göre farklılık göstermektedir.
- H1h: Sağlık okuryazarlığı düzeyi hanedeki kişi sayısına göre farklılık göstermektedir.
- H1ı: Sağlık okuryazarlığı düzeyi kronik hastalık varlığına göre farklılık göstermektedir.
- H1i: Sağlık okuryazarlığı düzeyi düzenli ilaç kullanımına göre farklılık göstermektedir.
- H1j: Sağlık okuryazarlığı düzeyi danışmadan ilaç kullanımına göre farklılık göstermektedir.

- H1k: Sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlık kurumuna başvuru sayısına göre farklılık göstermektedir.
- H1l: Sağlık okuryazarlığı düzeyi genel sağlık durumuna göre farklılık göstermektedir.

H2: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri, sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

- H2a: Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- H2b: Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi yaşa göre farklılık göstermektedir.
- H2c: Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi medeni duruma göre farklılık göstermektedir.
- H2d: Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir.
- H2e: Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.
- H2f: Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.
- H2g: Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi çocuk sayısına göre farklılık göstermektedir.
- H2h: Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi hanedeki kişi sayısına göre farklılık göstermektedir.
- H2ı: Akılcı ilaç kullanımı düzeyi sağlık kurumuna başvuru sayısına göre farklılık göstermektedir.
- H2i: Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi kronik hastalık varlığına göre farklılık göstermektedir.
- H2j: Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi düzenli ilaç kullanımına göre farklılık göstermektedir.
- H2k: Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi danışmadan ilaç kullanımına göre farklılık göstermektedir.

H3: Göçmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, akılcı ilaç kullanımı davranışına yönelik algıları arasında ilişki vardır.

H4: Göçmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, akılcı ilaç kullanımı davranışına yönelik algılarını etkilemektedir.

3.13. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, min-max değerler, medyan, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeklerin dağılım özelliklerini belirlemek amacıyla Kolmogrov- Smirnov testi uygulanmıştır. Kolmogorov–Smirnov testi, bir veri setinin belirli bir dağılıma genellikle normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için kullanılan parametrik olmayan (Non-parametrik) istatistiksel testtir (150). Bu test, gözlenen kümülatif dağılım ile beklenen kümülatif dağılım arasındaki farkı ölçer. Farkın büyüklüğü, verilerin teorik dağılımdan ne kadar sapma gösterdiğini ortaya koymaktadır (151). P değerinin 0,05'ten küçük bulunması sebebiyle ölçeklerin değerlendirilmesinde nonparametrik istatistiksel analiz yöntemleri uygulanmıştır. İkili grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanılırken, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark bulunması halinde, farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Tukey HSD (Honestly Significant Difference) testi uygulanmıştır (150). Ayrıca değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini belirleyebilmek için regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Yapılan tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.14. ARAŞTIRMA İZİNLERİ

Araştırma öncesinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Ek5). Araştırmada kullanılan TSOY-32 ölçeğinin ve Akılcı İlaç Kullanım ölçeğinin sahiplerinden izin alınmıştır (Ek3). Ayrıca çalışmanın gerçekleştirileceği merkez için Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden kurumsal idari izin alınmıştır (Ek 6).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular iki başlık altında sunulmuştur. İlk olarak, araştırmaya katılan göçmenlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgulara; ardından istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde, çalışmaya katılmayı kabul eden göçmenlere ait sosyo-demografik özellikler dokuz bağımsız değişken altında incelenmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımları Çizelge 4.1'de sunulmuştur. Katılımcıların %71,4'ü (n=257) kadın, %28,6'sı (n=103) erkektir. Verilerin analizinde karşılaştırma yapılabilmesi amacıyla yaş değişkeni dört gruba ayrılmıştır. Yaş dağılımı incelendiğinde, %40,3'ü (n=145) 25 yaşından küçük, %22,8'i (n=82) 26–35 yaş aralığında ve %19,2'si (n=69) 46 yaş ve üzerindedir.

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde, %68,3'ü (n=246) evli, %31,7'sinin (n=114) bekar olduğu belirlenmiştir. Öğrenim durumları değerlendirildiğinde ise, %56,1'i (n=129) okuryazar değildir, %43,9'u (n=101) okuryazardır ve %11,7'si (n=42) ise okuryazar olmasının yanı sıra diploma sahibidir.

Çalışma durumları açısından katılımcıların %21,7'sinin (n=78) çalıştığı, %78,3'ünün (n=282) ise çalışmadığı saptanmıştır. Katılımcıların %72,2'sinin (n=166) gelirinin gidere eşit olduğu, %14,4'ünde (n=33) gelirin giderden az olduğu ve %13,4'ünde (n=31) gelirin giderden fazla olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların meslek durumları incelendiğinde, %60,3'ünün (n=217) ev hanımı olduğu, %1,4'ünün (n=5) kamuda tercüman olarak çalıştığı, %3,1'inin (n=11) özel sektörde görev yaptığı ve %28,6'sının (n=103) marangoz, garson, kuaför, inşaatçı, baklavacı, sanayi çalışanı, kaynakçı veya araba tamircisi gibi mesleklere sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların %37,2'sinin (n=134) çocuğunun bulunmadığı, %7,8'inin (n=28) bir çocuğa, %14,4'ünün (n=52) iki çocuğa, %12,8'inin (46) üç çocuğa, %27,8'inin (n=100) ise dört veya daha fazla çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Hanedeki kişi sayısı verilerin dengeli dağılım sağlaması için iki gruba ayırılmıştır.

Bulgular incelendiğinde, %34,4'ünün (n=124)dört kişi veya daha az bireyle aynı evde yaşadığı, %65,6'sının (n=236) ise beş kişi veya daha fazla bireyle aynı evde yaşadığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.1.: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	**N**	**%**
Cinsiyet		
Kadın	257	71,4
Erkek	103	28,6
Yaş		
25'ten küçük	145	40,3
26-35	82	22,8
36-45	64	17,8
46 ve üzeri	69	19,1
Medeni Durum		
Evli	246	68,33
Bekar	114	31,67
Öğrenim Durumu		
Okur Yazar Değil	129	56,09
Okur Yazar	101	43,91
Diploma Sahibi	42	11,7
Çalışma Durumu		
Evet	78	21,7
Hayır	282	78,3
Gelir Durumu		
Geliri Giderinden Fazla	57	15,8
Geliri Giderine Eşit	269	74,7
Geliri Giderinden Az	34	9,4
Meslek		
Ev Hanımı	217	60,3
Kamuda çalışan	5	1,4
Özel sektörde çalışan	11	3,1
Serbest meslek	16	4,4
Emekli	8	2,2
Diğer	103	28,6
Çocuk Sayısı		
Çocuk yok	134	37,2
1 çocuk	28	7,8
2 çocuk	52	14,4
3 çocuk	46	12,8
4 çocuk ve daha fazla	100	27,8
Hane Halkı Kişi Sayısı		
4 kişi ve daha az	124	34,4
5 kişi ve daha fazla	236	65,6
TOPLAM	360	100

Çizelge 4.2.'de katılımcıların sağlık ve hastalıkla ilgili bulguları yer almaktadır. Katılımcıların %88,9'unun (n=320) genel sağlık durumunu "iyi" olarak algılandığı, %6,1'inin (n=22) "orta seviyede", %5'inin (n=18) "kötü" olarak algıladığı belirlenmiştir. Katılımcıların %75,3'ü (n=271) kronik hastalığa sahip değilken, %24,7'si (n=89) herhangi bir kronik hastalığa sahiptir. Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalıklar ise çoğunlukla tansiyon, kalp rahatsızlıkları, şeker, tiroit, kolesterol hastalıkları olarak ifade edilmiştir. Katılımcıların sağlık hizmeti almak için genellikle ilk başvurdukları yerlerin dağılımı incelendiğinde %98,6'sının (n=355) devlet hastanesine, %1,4'ünün (n=5) de göçmen sağlık merkezine başvurduğunu görülmektedir.

Katılımcıların sağlık hizmeti almak için son bir yılda kaç defa hastaneye başvuruda bulunduğu incelendiğinde katılımcılardan %24,4'ünün (n=88) 1-2 defa, %31,7'si (n=114) 3-5 defa, %13,3'ü (n=48) 6-9 defa ve %30,6'sı (n=110) 10 defa veya daha fazla kez olduğu belirlenmiştir. Düzenli ilaç kullanım durumu incelendiğinde ise katılımcılardan 109 (%30,3) kişi ilaç kullanırken, %69,7'si (n=251) düzenli ilaç kullanmamaktadırlar. Doktora danışmadan ilaç alma durumları incelendiğinde ise 278 (%77,2) kişi kendi başına ilaç alıp kullanırken, 82(%22,8) kişi doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanmadığını ifade etmiştir. Doktora danışmadan en çok kullanılan ilaçlar ise ağrı kesiciler (%73,6), soğuk algınlığı (%50) ve antibiyotik (%10) ilaçlarıdır.

Doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumları incelendiğinde 278 (%77,2) katılımcı tedavi süresinden önce ilacı bıraktığını, 82 (%22,8) bireyin ise tedavi süresi boyunca ilacı kullandığı belirlenmiştir. Katılımcıların ilacı erken bırakma nedenleri ise en çok %86,4 ile "iyileşme" durumu olarak ortaya çıkmıştır. Alerji ve ilaçtan fayda görememek de diğer bırakma nedenleri olarak belirtilmiştir. Katılımcıların evde kullanılmayan veya artmış ilaçları bulundurma durumları incelendiğinde 300 (%83,3) kişinin evinde fazladan ilaç bulundurduğu görülmüştür. İlacı kullanırken son kullanma tarihine dikkat edip etmedikleri incelendiğinde 278 (%77,2) kişinin dikkat ettiği görülmüştür. Tarihi geçmiş ilaç kullanma durumları incelendiğinde ise 359 (%99,7) kişinin tarihi geçmiş ilaç kullanmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı eğitimi alma durumları incelendiğinde 7 (%1,9) kişinin tıp fakültesinde veya göçmen sağlığı merkezlerinde eğitim aldığı, 353 (%98,1) kişinin ise sağlık okuryazarlığı eğitimi almadığı saptanmıştır. Akılcı ilaç kullanımı eğitim alma durumları incelendiğinde ise 6 (%1,7) kişinin eğitim aldığı, 354 (%98,3) kişinin ise eğitim almadığı saptanmıştır.

Çizelge 4.2.: Katılımcıların Sağlık ve Hastalık Durumlarına ve İlaç Kullanım Davranışlarına İlişkin Bulgular (n=360)

Değişkenler	**n**	**%**
Genel Sağlık Durumu		
İyi	320	88,9
Orta	22	6,1
Kötü	18	5,0
Kronik Hastalık		
Var	89	24,7
Yok	271	75,3
Hastalık Başvurusu		
Göçmen Sağlığı Merkezi	5	1,4
Devlet Hastanesi	355	98,6
Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı		
1-2 defa	88	24,4
3-5 defa	114	31,7
6-9 defa	48	13,3
10 defa ve daha fazla	110	30,6
Düzenli İlaç Kullanma		
Evet	109	30,3
Hayır	251	69,7
Danışmadan İlaç Alımı		
Evet	278	77,2
Hayır	82	22,8
İlaç Erken Bırakma		
Evet	314	87,2
Hayır	46	12,8
Evde Fazladan İlaç bulundurma		
Evet	300	83,3
Hayır	60	16,7
İlacın Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme		
Evet	278	77,2
Hayır	82	22,8
Tarihi Geçmiş İlaç Kullanma		
Evet	1	0,3
Hayır	359	99,7
Sağlık Okuryazarlığı Eğitimi Alma		
Evet	7	1,9
Hayır	353	98,1
Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi		
Evet	6	1,7
Hayır	354	98,3

4.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Araştırmada kullanılan sağlık okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri Çizelge 4.3.'te verilmiştir. TSOY-32 Ölçek Toplam Puanı ortalaması 43,55 olarak bulunmuştur. Ölçek puan sınıflandırmasına göre 43,55 mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığı olarak ifade edilen değere denk gelmektedir. Ölçeğin tedavi ve hizmet alt boyutunda sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutunun ortalama puanı 3,38; sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutunun ortalama puanı 3,68; sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutunun ortalama puanı 3,65; sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma ve uygulama boyutunun ortalama puanı 3,43 olarak bulunmuştur. Hastalıklardan korunma alt boyutu incelendiğinde ise sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutunun ortalama puanı 3,43; sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutunun ortalama puanı 3,66; sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutunun ortalama puanı 3,58; sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma uygulama boyutunun ortalama puanı 3,75 olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.3.: TSOY32 Ölçek Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Dağılımı

Ölçek/ Alt Boyutlar	**Ort.**	**S.S.**	**Min.**	**Mak.**
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,38	0,91	1,00	4,00
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,68	0,53	1,00	4,00
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,77	0,48	1,00	4,00
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,65	0,55	1,75	4,00
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,43	0,85	1,00	4,00
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,66	0,57	1,00	4,00
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,58	0,64	1,00	4,00
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,75	0,50	1,00	4,00
TSOY-32 Ölçek Toplam Puanı	**43,55**	**9,88**	**6,67**	**50,00**

Çizelge 4.4.'te katılımcıların TSOY-32 Toplam Puan Ortalaması yer almaktadır. Katılımcıların TSOY-32 ölçeğine verdikleri cevaplar incelendiğinde 242 (%67,2) kişinin mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu, 53 (%14,7)

kişinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, 48 (%13,3) kişinin sorunlu/ sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve 17 (%4,7) kişinin ise yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.4.: TSOY-32 Toplam Puan Ortalaması

Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	17	4,8
Sorunlu/ Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	48	13,3
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	53	14,7
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	242	67,2
Toplam	360	100,00

Çizelge 4.5.'te Akılcı İlaç Kullanımı Düzeyleri yer almaktadır. Katılımcıların verdikleri yanıtlara göre 250 (%69,4) kişi 35 puan ve üzeri alarak akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahipken 110 (%30,6) kişinin ölçek puanı 35 puan altında kalarak akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri düşük olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.5.: Akılcı İlaç Kullanımı Düzeyleri

Akılcı İlaç Kullanım Düzeyleri	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri düşük	110	30,6
Akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip	250	69,4
Genel akılcı ilaç kullanımı	360	100

Araştırmada kullanılan Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinin toplam puan ortalaması Çizelge 4.6'da verilmiştir. Katılımcılardan alınan cevaplara göre Akılcı İlaç Kullanım Ölçeğinin ortalama puanı 35,29 bulunmuştur. Ölçek puanına göre 35 puan ve üzerinin akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu kabul edilmektedir. Çalışma sonucuna göre ise 35,29 puanla katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu söylenebilmektedir.

Çizelge 4.6.: Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Toplam Puan Ortalaması

Ölçek/ Alt Boyutlar	**Ort.**	**S.S.**	**Min.**	**Mak.**
Akılcı İlaç Kullanım Ölçek Toplam Puanı	35,29	4,02	16	42

Bu bölümde, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin; cinsiyet, yaş, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, gelir, çalışma durumu ve hane halkı kişi sayısı, kronik hastalığın varlığı, düzenli ilaç kullanımı, danışmadan ilaç kullanımı, hastaneye başvuru sayısı, genel sağlık durumuna göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Çizelge 4.7.'de katılımcıların sağlık okuryazarlık indeks puanlarının cinsiyete göre dağılımları verilmiştir. Analiz sonucuna göre cinsiyete göre sağlık okuryazarlığının bazı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Alt boyutlar incelendiğinde kadın ve erkeklerin ortalama puanlarının birbirine yakın olduğu görülmüştür. Ancak bazı alt boyutlarda farklılaşmalar olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgulara göre erkeklerin genel sağlık bilgilerine ulaşma, anlama ve değerlendirme konularında kadınlardan daha yüksek puana sahip oldukları görülmektedir.

Çizelge 4.7.: Katılımcıların Cinsiyete Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	**Cinsiyet**		**t**	**p**
	Kadın	**Erkek**		
	Ortalama ± SS	**Ortalama ± SS**		
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,30 ±0,92	3,56 ±0,85	-2,42	0,16
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,66 ±0,51	3,75 ±0,59	-1,45	0,14
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,76 ±0,47	3,81 ±0,51	-0,98	0,32
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,60 ±0,57	3,77 ±0,46	-2,58	**0,01**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,34 ±0,89	3,64 ±0,71	-3,03	**0,03**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,63 ±0,57	3,74 ±0,55	-1,69	0,91
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,54 ±0,65	3,70 ± 0,58	-2,13	**0,03**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,73 ±0,49	3,80 ±0,52	-1,10	0,27
TSOY TOPLAM	42,80±10,00	45,40±9,36	-2,26	**0,02**

($p<0,05$)

Çizelge 4.8.'de katılımcıların yaş değişkenine alt boyutlarda elde ettikleri puanlar yer almaktadır. Katılımcıların yaşları 25'ten küçük, 26-35, 36-45 ve 46 üzeri yaş olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel anlamlılık

düzeyini belirlemek için ise tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) uygulanmıştır. İncelenen tüm ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda tüm alt boyutlarda anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir ($p<0,001$). Bu bulgu, çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcıların yaşlarının tutum ve davranış düzeyleri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Yapılan Tukey HSD post hoc testi sonucunda sağlık okuryazarlığı alt boyutlarındaki farklılığın kaynağı detaylı biçimde ortaya çıkmıştır. Alt boyutlar bazında değerlendirildiğinde: 25 yaş altı grubun (1) sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalama puanı tüm alt boyutlarda (TH-BU, TH-BA, TH-BD ve TH-BK) diğer yaş gruplarına (26-35, 36-45, 46 ve üzeri) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, genç katılımcıların bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma tutumlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir. Benzer biçimde, HK-BU, HK-BA ve HK-BD alt boyutlarında da 25 yaş altı grubun diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

Ayrıca, TSOY-Toplam ölçek puanları açısından da yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuş; 25 yaş altı grubun ortalamasının diğer tüm yaş gruplarından anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, genç bireylerin genel olarak sağlık okuryazarlığı kapsamında bilgiye ulaşma ve bilgiyi kullanma becerilerinin daha gelişmiş olduğunu ortaya koymaktadır.

Çizelge 4.8.: Katılımcıların Yaş Değişkenine Göre Tek Yönlü ANOVA Analizi

Ölçek	Grup	Ortalama	Standart sapma	f	P	Tukey HSD Testi
TH-BU	25'ten küçük (1)	3,70	0,69	13,76	**<0,001**	(1-2, 1-3, 1-4, 2-4))
	26-35 (2)	3,37	0,91			
	36-45 (3)	3,05	0,95			
	46 ve üzeri (4)	3,01	1,02			
TH-BA	25'ten küçük (1)	3,86	0,34	12,67	**<0,001**	(1-3, 1-4, 2-4)
	26-35 (2)	3,68	0,34			
	36-45 (3)	3,52	0,58			
	46 ve üzeri (4)	3,45	0,69			
TH-BD	25'ten küçük (1)	3,90	0,30	9,63	**<0,001**	(1-3, 1-4, 2-3)
	26-35 (2)	3,81	0,39			
	36-45 (3)	3,59	0,67			
	46 ve üzeri (4)	3,62	0,59			
TH-BK	25'ten küçük (1)	3,83	0,41	13,86	**<0,001**	(1-3, 1-4, 2-3, 2-4)
	26-35 (2)	3,70	0,49			
	36-45 (3)	3,41	0,63			
	46 ve üzeri (4)	3,44	0,64			
HK-BU	25'ten küçük (1)	3,73	0,63	14,10	**<0,001**	(1-2, 1-3, 1-4)
	26-35 (2)	3,43	0,88			
	36-45 (3)	3,08	0,90			
	46 ve üzeri (4)	3,10	0,94			
HK-BA	25'ten küçük (1)	3,84	0,40	9,72	**<0,001**	(1-2, 1-3, 1-4)
	26-35 (2)	3,63	0,40			
	36-45 (3)	3,45	0,64			
	46 ve üzeri (4)	3,51	0,60			
HK-BD	25'ten küçük (1)	3,79	0,49	10,89	**<0,001**	(1-2, 1-3, 1-4)
	26-35 (2)	3,57	0,69			
	36-45 (3)	3,34	0,69			
	46 ve üzeri (4)	3,39	0,67			
HK-BK	25'ten küçük (1)	3,88	0,31	7,82	**<0,001**	(1-3, 1-4)
	26-35 (2)	3,76	0,52			
	36-45 (3)	3,57	0,65			
	46 ve üzeri (4)	3,63	0,57			
TSOY-TOP	25'ten küçük (1)	47,02	7,10	14,22	**<0,001**	(1-2, 1-3, 1-4, 2-3)
	26-35 (2)	43,68	9,79			
	36-45 (3)	39,49	11,14			
	46 ve üzeri (4)	39,84	11,14			

($p<0,05$)

Çizelge 4.9.'da araştırmaya katılan katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını analiz etmek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre tüm alt boyutlarda bekar bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin evli bireylerden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Tüm alt boyutlardan elde edilen p<0,001 olup, istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.9.: Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlık Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	**Medeni Durum**		**t**	**p**
	Evli	**Bekar**		
	Ortalama ± SS	**Ortalama ± SS**		
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,19±0,97	3,78±0,59	5,99	**<0,001**
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,59±0,58	3,88±0,33	4,96	**<0,001**
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,70±0,53	3,92±0,30	3,91	**<0,001**
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,55±0,60	3,88±0,33	5,61	**<0,001**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,25±0,91	3,80±0,53	5,99	**<0,001**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,55±0,63	3,89±0,32	5,30	**<0,001**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,47±0,68	3,84±0,43	5,27	**<0,001**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,69±0,56	3,89±0,31	3,70	**<0,001**
TSOY TOPLAM	41,60±10,63	47,75±6,24	5,72	**<0,001**

(p<0,05)

Çizelge 4.10.'da katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısına göre tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma alt boyutlarına ve toplam ölçek puanlarının dağılımı yer almaktadır. Gerçekleştirilen tek yönlü ANOVA analizi sonuçlarına göre alt boyutların neredeyse tümünde çocuk sahibi olmayan kişilerin ortalama puanı, 4 veya daha fazla çocuğa sahip olan kişilerin ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar neticesinde katılımcıların hem tedavi ve hizmet hem de hastalıklardan korunma alt boyutu puanlarının ve T-SOY toplam ölçek puanının istatistiksel olarak anlamlı farlılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,001$). Gruplar arasındaki farklılığın nereden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Tukey HSD post hoc testi yapılmıştır. Alt boyutlar bazında değerlendirildiğinde:

- TH-BU, TH-BA, TH-BD ve TH-BK boyutlarında çocuğu olmayan bireyler (1), diğer tüm gruplara kıyasla daha yüksek puan almışlardır. Bu bulgu, çocuk sahibi olmanın özellikle bilgiye erişim, algılama ve uygulama süreçlerinde potansiyel olarak sınırlayıcı etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir.
- HK alt boyutlarında (HK-BU, HK-BA, HK-BD, HK-BK) da benzer bir eğilim izlenmiştir. Özellikle HK-BU ve HK-BA boyutlarında gruplar arasındaki fark belirgindir; çocuğu olmayan bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri kullanma ve anlama düzeyinin, 4 ve daha fazla çocuklu bireylere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.10.: Katılımcıların Sahip Oldukları Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Tek Yönlü ANOVA Analizi

Ölçek	Grup	Ortalama	Standart sapma	f	p (p<0,05)	Tukey HSD Testi
TH-BU	Çocuğum yok (1)	3,75	0,62	26,63	**<0,001**	(1-4, 1-5, 2-5, 3-4, 3-5)
	1 çocuk (2)	3,44	0,87			
	2 çocuk (3)	3,78	0,60			
	3 çocuk (4)	3,15	1,03			
	4 çocuk ve daha fazla (5)	2,75	0,95			
TH-BA	Çocuğum yok (1)	3,87	0,33	19,04	**<0,001**	(1-4, 1-5, 2-5, 3-4, 3-5)
	1 çocuk (2)	3,71	0,45			
	2 çocuk (3)	3,92	0,27			
	3 çocuk (4)	3,53	0,72			
	4 çocuk ve daha fazla (5)	3,37	0,61			
TH-BD	Çocuğum yok (1)	3,90	0,31	11,51	**<0,001**	(1-4, 1-5, 2-5, 3-4, 3-5)
	1 çocuk (2)	3,83	0,30			
	2 çocuk (3)	3,94	0,23			
	3 çocuk (4)	3,67	0,63			
	4 çocuk ve daha fazla (5)	3,54	0,62			
TH-BK	Çocuğum yok (1)	3,86	0,37	25,95	**<0,001**	(1-4, 1-5, 2-4, 3-4, 3-5)
	1 çocuk (2)	3,72	0,45			
	2 çocuk (3)	3,90	0,27			
	3 çocuk (4)	3,59	0,57			
	4 çocuk ve daha fazla (5)	3,26	0,65			
HK-BU	Çocuğum yok (1)	3,76	0,59	25,12	**<0,001**	(1-4, 1-5, 2-5, (1-4, 1-5,
	1 çocuk (2)	3,55	080			
	2 çocuk (3)	3,78	0,63			
	3 çocuk (4)	3,22	0,94			
	4 çocuk ve daha fazla (5)	2,84	0,89			
HK-BA	Çocuğum yok (1)	3,88	0,32	18,19	**<0,001**	(1-4, 1-5, 3-4, 3-5)
	1 çocuk (2)	3,65	0,59			
	2 çocuk (3)	3,86	0,48			
	3 çocuk (4)	3,49	0,74			
	4 çocuk ve daha fazla (5)	3,34	0,61			
HK-BD	Çocuğum yok (1)	3,82	0,44	20,34	**<0,001**	(1-4, 1-5, 2-5, 3-4, 3-5)
	1 çocuk (2)	3,62	0,57			
	2 çocuk (3)	3,84	0,51			
	3 çocuk (4)	3,43	0,76			
	4 çocuk ve daha fazla (5)	3,19	0,66			
HK-BK	Çocuğum yok (1)	3,89	0,32	12,39	**<0,001**	(1-4, 1-5, 2-5, 3-4, 3-5)
	1 çocuk (2)	3,82	0,37			
	2 çocuk (3)	3,95	0,19			
	3 çocuk (4)	3,63	0,72			
	4 çocuk ve daha fazla (5)	3,51	0,60			
TSOY-TOP	Çocuğum yok (1)	47,45	6,52	24,86	**<0,001**	(1-4, 1-5, 2-5, 3-4, 3-5)
	1 çocuk (2)	44,55	8,54			
	2 çocuk (3)	47,84	6,39			
	3 çocuk (4)	41,05	11,93			
	4 çocuk ve daha fazla (5)	36,95	10,67			

Çizelge 4.11.'de gelir değişkenine göre yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığının neredeyse tüm alt boyutlarında ve sağlık okuryazarlığı toplam puanına göre gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır (p<0,001). Bulgulara göre gelir düzeyi yüksek olan katılımcılar daha yüksek ortalamaya sahipken gelir düzeyi düşük olan katılımcılar belirgin biçimde daha düşük ortalamaya çıkmıştır.

Özellikle bilgiye ulaşma alt boyutunda geliri giderinden az olan katılımcıların ortalaması 2,88 iken, geliri giderinden fazla olan katılımcıların ortalaması 3,76 bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma alt boyutlarında da benzer sonuçlar bulunmuş, gelir düzeyi arttıkça alınan ortalama puanların arttığı gözlemlenmiştir. Yapılan Tukey HSD post hoc testi sonucunda sağlık okuryazarlığı alt boyutlarındaki farklılığın kaynağı detaylı biçimde ortaya çıkmıştır. Alt boyutlar bazında değerlendirildiğinde: TH-BU, TH-BA, TH-BD ve TH-BK boyutlarında gelir düzeyi yüksek bireylerin ortalama puanları diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.11.: Katılımcıların Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Tek Yönlü ANOVA Analizi

Ölçek	Grup	Ortalama	Standart sapma	f	p (p<0,05)	Tukey HSD Testi
TH-BU	Gelir giderden az (1)	2,88	0,99	12,95	**<0,001**	(2-1, 3-1)
	Gelir gidere denk (2)	3,44	0,88			
	Gelir giderden fazla (3)	3,76	0,69			
TH-BA	Gelir giderden az (1)	3,45	0,60	7,06	**<0,001**	(2-1, 3-1)
	Gelir gidere denk (2)	3,72	0,50			
	Gelir giderden fazla (3)	3,80	0,60			
TH-BD	Gelir giderden az (1)	3,60	0,53	4,57	**0,011**	(2-1, 3-1)
	Gelir gidere denk (2)	3,80	0,47			
	Gelir giderden fazla (3)	3,86	0,44			
TH-BK	Gelir giderden az (1)	3,37	0,63	10,63	**<0,001**	(2-1, 3-1)
	Gelir gidere denk (2)	3,69	0,52			
	Gelir giderden fazla (3)	3,84	0,43			
HK-BU	Gelir giderden az (1)	2,96	0,97	12,73	**<0,001**	(2-1, 3-1)
	Gelir gidere denk (2)	3,48	0,82			
	Gelir giderden fazla (3)	3,80	0,54			
HK-BA	Gelir giderden az (1)	3,39	0,73	8,38	**<0,001**	(2-1, 3-1)
	Gelir gidere denk (2)	3,70	0,52			
	Gelir giderden fazla (3)	3,81	0,56			
HK-BD	Gelir giderden az (1)	3,23	0,78	12,86	**<0,001**	(2-1, 3-1)
	Gelir gidere denk (2)	3,63	0,60			
	Gelir giderden fazla (3)	3,84	0,45			
HK-BK	Gelir giderden az (1)	3,53	0,63	6,87	**<0,001**	(2-1, 3-1)
	Gelir gidere denk (2)	3,78	0,47			
	Gelir giderden fazla (3)	3,87	0,40			
TSOY-TOP	Gelir giderden az (1)	38,19	11,26	11,97	**<0,001**	(2-1, 3-1)
	Gelir gidere denk (2)	44,22	9,35			
	Gelir giderden fazla (3)	47,17	8,35			

Çizelge 4.12'de, araştırmaya katılan katılımcıların çalışma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre, tüm alt boyutlarda çalışan ve çalışmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Her ne kadar bazı ortalama puan farklılıkları gözlense de bu farklılıklar anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Bu bulgular, bireylerin çalışma durumlarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir. Dolayısıyla hem çalışan hem de çalışmayan bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama konularında benzer düzeyde yeterlilik sergiledikleri söylenebilmektedir.

Çizelge 4.12.: Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	**Çalışma Durumu**		**t**	**p (p<0,05)**
	Evet	**Hayır**		
	Ortalama ± SS	**Ortalama ± SS**		
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,52 ±0,88	3,34 ±0,91	-1,59	0,11
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,72 ±0,63	3,67 ±0,50	-0,69	0,48
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,77 ±0,58	3,77 ±0,45	0,64	0,94
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,76 ±0,47	3,62 ±0,57	-1,87	0,62
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,63 ±0,71	3,37 ±0,88	-2,34	0,20
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,71 ±0,60	3,65 ±0,56	-0,87	0,38
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,66 ±0,62	3,56 ±0,64	-1,18	0,23
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,77 ±0,57	3,75 ±0,48	-0,30	0,76
TSOY TOPLAM	**44,91 ±9,90**	**43,17 ±9,86**	**-1,37**	**0,17**

Çizelge 4.13.'te araştırmaya katılan katılımcıların hane halkı kişi sayısına göre sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında anlamlı bir farklılığın olup olmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır. Katılımcılar, istatistiksel analizlerde daha dengeli bir dağılım sağlamak amacıyla "4 kişi ve daha az" ve "5 kişi ve daha fazla" olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Her bir alt boyut için ortalama ve standart sapma hesaplanmıştır. Gruplar arsındaki fark ise bağımsız örneklem t- testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre öne çıkan bazı bulgular ise şu şekildedir:

- Yapılan analiz sonucuna göre sekiz alt boyutun altısında ve TSOY toplamda istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tedavi ve Hizmet alt başlığı altında ve Hastalıklardan Korunma alt başlığı altındaki üç alt boyutta da istatistiksel olarak anlamlılık gözlemlenmiştir.

- Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme ($t=2,28$; $p=0,23$) ve Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama ($t=2,46$; $p= 0,14$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Çizelge 4.13.: Katılımcıların Hane Halkı Kişi Sayısına Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Hane Halkı Kişi Sayısı		t	p (p<0,05)
	4 kişi ve daha az	5 kişi ve daha fazla		
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS		
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,58 ±0,78	3,27 ±0,95	3,140	**0,002**
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,79 ±0,42	3,63 ±0,58	2,74	**0,006**
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,85 ±0,36	3,73 ±0,53	2,28	0,23
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,78 ±0,46	3,59 ±0,58	3,09	**0,002**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,62 ±0,73	3,32 ±0,89	3,19	**0,002**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,77 ±0,47	3,60 ±0,61	2,73	**0,007**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,72 ±0,54	3,51 ±0,67	2,95	**0,003**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,84 ±0,36	3,70 ±0,55	2,46	0,14
TSOY TOPLAM	45,83±8,10	42,35±10,51	3,21	**0,001**

Çizelge 4.14.'te araştırmaya katılan katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre sağlık okuryazarlığı alt boyutları puanlarının dağılımı yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre sekiz alt boyutun yedisinde ve TSOY toplamda ($p<0,05$) katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Yalnızca Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama alt boyutunda $p= 0,056$ sınırda bir değer olarak görülmektedir. Sonuç olarak kronik hastalığı olmayan bireylerin hem tedavi hem de korunmaya yönelik alt boyutlardaki sağlık okuryazarlığı puanları daha yüksektir. Bu bulgudan hareketle kronik hastalığı olmayan kişilerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada, anlamada, bilgiyi değerlendirmede ve uygulama konularında daha yetkin oldukları söylenebilmektedir.

Çizelge 4.14.: Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Kronik Hastalık		t	p
	Yok	Var		
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS		
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,50 ±0,85	3,02 ±1,001	4,350	**<0,001**
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,74 ±0,49	3,50 ±0,61	3,81	**<0,001**
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,81 ±0,45	3,64 ±0,55	2,88	**0,004**
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,73 ±0,49	3,43 ±0,65	4,49	**<0,001**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,53 ±0,80	3,11 ±0,92	4,09	**<0,001**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,70 ±0,57	3,53 ±0,54	2,37	**0,018**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,64 ±0,62	3,41 ±0,65	2,91	**0,004**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,78 ±0,49	3,66 ±0,51	1,91	0,056
TSOY TOPLAM	44,65 ±9,40	40,19 ±10,58	3,75	**<0,001**

($p<0,05$)

Katılımcıların düzenli ilaç kullanımı durumlarına göre sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını analiz etmek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçları Çizelge 4.15.'te yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre sekiz alt boyutun yedisinde gruplar arasında farklılık ve TSOY toplam değeri istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır($p<0,05$). Yalnızca Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p=0,060$). Ancak değer sınırda olduğu için dikkate değerdir. Analiz sonuçlarından elde edilen bulgulardan hareketle düzenli ilaç kullanan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düzenli ilaç kullanmayanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Hem Tedavi ve Hizmet alt başlığı altında hem de Hastalıklardan Korunma alt başlığı altında belirgin farklar gözlemlenmiştir. Bu durum düzenli ilaç kullanan bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve uygulamada zorluklar yaşayabileceklerini göstermektedir. Bu durum

düzenli ilaç kullanan katılımcıların sağlıkla ilgili bilgilerinde eksikliklerin olabileceğine ve bu durumun düzeltilmesi için gerekli stratejilerin yapılması gerektiğine işaret etmektedir.

Çizelge 4.15.: Katılımcıların Düzenli İlaç Kullanımı Durumlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Düzenli İlaç Kullanımı		t	p
	Evet	Hayır		
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS		
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,16 ±0,95	3,47 ±0,87	3,03	**0,003**
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,54 ±0,58	3,74 ±0,50	3,29	**0,001**
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,67 ±0,52	3,81 ±0,46	2,53	**0,012**
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,53 ±0,59	3,71 ±0,52	2,87	**0,004**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,25 ±0,88	3,50 ±0,83	2,60	**0,009**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,55 ±0,57	3,71 ±0,56	2,49	**0,13**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,46 ±0,63	3,64 ±0,63	2,45	**0,14**
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,68 ±0,51	3,79 ±0,49	1,88	0,060
TSOY TOPLAM	3,68±0,51	3,79±0,49	2,78	**0,004**

($p<0,05$)

Çizelge 4.16.'da araştırmaya katılan katılımcıların danışmadan ilaç kullanımı durumlarına göre sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını analiz etmek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Bu bulgulara göre, katılımcıların danışarak ya da danışmadan ilaç kullanma durumları, sağlık okuryazarlığının hem tedavi ve hizmet boyutlarında hem de hastalıktan korunma/ sağlığı geliştirme boyutları üzerinde belirleyici bir etki yaratmamaktadır. Bir diğer ifade ile danışarak veya danışmadan ilaç kullanan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmemektedir. Bu durum sağlık okuryazarlığı seviyesinin bireyin ilaç kullanım davranışlarını

yönlendirmede tek başına yeterli olmadığı, ilaç kullanımı davranışlarına etki eden farklı değişkenlerin (sağlık sistemi, çevresel faktörler, kişisel deneyimler vb.) etki edebileceği düşünülmektedir.

Çizelge 4.16.: Katılımcıların Danışmadan İlaç Kullanımı Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	**Danışmadan İlaç Kullanımı**		**t**	**p**
	Evet	**Hayır**		
	Ortalama ± SS	**Ortalama ± SS**		
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,33 ±0,93	3,54 ±0,80	1,81	0,71
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,66 ±0,56	3,77 ±0,42	1,59	0,11
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,76 ±0,52	3,82 ±0,34	1,05	0,29
Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,64 ±0,64	3,71 ±0,51	1,04	0,29
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	3,38 ±0,88	3,58 ±0,73	1,90	0,58
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	3,64 ±0,59	3,74 ±0,49	1,41	0,15
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	3,56 ±0,65	3,66 ±0,60	1,27	0,20
Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	3,74 ±0,53	3,79 ±0,39	0,72	0,46
TSOY TOPLAM	43,09±10,20	45,09±8,59	1,61	0,10

($p<0,05$)

Çizelge 4.17.'de sağlık kurumlarına başvuru sayısına göre yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığının neredeyse tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Bulgulara göre sağlık kurumlarına başvuru sayısı düşük olan (1-2 defa) katılımcılar daha yüksek ortalamaya sahipken, başvuru sayısı yüksek olan (10 defa veya daha) katılımcıların belirgin biçimde daha düşük ortalamaya sahip oldukları belirlenmiştir.

Özellikle Hastalıklardan Korunma/ Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma alt boyutunda 1-2 defa sağlık kurumlarına başvuran katılımcıların ortalaması 3,63 iken, 10 defa veya daha fazla kez sağlık kurumlarına başvuran katılımcıların ortalaması 3,27 bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,001$). Yapılan Tukey HSD post hoc testi sonucunda ise sağlık okuryazarlığı alt boyutlarındaki farklılığın kaynağı detaylı biçimde ortaya çıkmıştır. Alt boyutlar bazında değerlendirildiğinde:

- Tedavi ve Hizmet boyutunda "1–2 defa" grubunun "10 defa ve daha fazla" grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı görülmektedir.
- Hastalıklardan Korunma alt boyutunda, HK-BU ve HK-BA alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. HK-BU boyutunda anlamlı fark; "1–2 defa" grubu ile "10 defa ve daha fazla" grubu arasında, HK-BA boyutunda ise "3–5 defa" grubu ile "10 defa ve daha fazla" grubu arasında görülmüştür.

Çizelge 4.17.: Katılımcıların Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Değişkenine Göre Tek Yönlü ANOVA Analizi

Ölçek	Grup	Ortalama	Standart sapma	f	p	Tukey HSD Testi
TH-BU	1-2 defa (1)	3,58	0,79	12,95	**<0,001**	(1-4)
	3-5 defa (2)	3,45	0,89			
	6-9 defa (3)	3,24	0,99			
	10 defa ve daha fazla (4)	3,20	0,95			
TH-BA	1-2 defa (1)	3,75	0,49	7,06	**<0,001**	0
	3-5 defa (2)	3,74	0,52			
	6-9 defa (3)	3,63	0,64			
	10 defa ve daha fazla (4)	3,59	0,56			
TH-BD	1-2 defa (1)	3,82	0,39	4,57	0,11	0
	3-5 defa (2)	3,85	0,38			
	6-9 defa (3)	3,69	0,64			
	10 defa ve daha fazla (4)	3,69	0,55			
TH-BK	1-2 defa (1)	3,72	0,54	10,63	**<0,001**	0
	3-5 defa (2)	3,73	0,47			
	6-9 defa (3)	3,59	0,59			
	10 defa ve daha fazla (4)	3,54	0,59			
HK-BU	1-2 defa (1)	3,63	0,71	12,73	**<0,001**	(1-4)
	3-5 defa (2)	3,49	0,82			
	6-9 defa (3)	3,26	0,97			
	10 defa ve daha fazla (4)	3,27	0,90			
HK-BA	1-2 defa (1)	3,75	0,50	8,38	**<0,001**	(2-4)
	3-5 defa (2)	3,75	0,45			
	6-9 defa (3)	3,55	0,77			
	10 defa ve daha fazla (4)	3,54	0,60			
HK-BD	1-2 defa (1)	3,69	0,59	12,86	**<0,001**	0
	3-5 defa (2)	3,66	0,57			
	6-9 defa (3)	3,49	0,74			
	10 defa ve daha fazla (4)	3,47	0,67			
HK-BK	1-2 defa (1)	3,81	0,40	6,87	**<0,001**	0
	3-5 defa (2)	3,82	0,39			
	6-9 defa (3)	3,67	0,74			
	10 defa ve daha fazla (4)	3,67	0,54			
TSOY-TOP	1-2 defa (1)	45,39	8,90	11,97	**<0,001**	(1-4)
	3-5 defa (2)	44,84	8,58			
	6-9 defa (3)	41,54	11,95			
	10 defa ve daha fazla (4)	41,60	10,50			

($p<0,05$)

Çizelge 4.18.'de katılımcıların genel sağlık durumuna (kötü, orta, iyi) göre okuryazarlığı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığı Kruskal-Wallis Analizi Testi ile analiz edilerek sonuçları verilmiştir. Genel Sağlık durumu ile sağlık okuryazarlığı alt boyutları ve toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli Dunn post hoc testi sonuçlarına göre, "iyi" (3) sağlık durumuna sahip bireylerin sağlık

okuryazarlığı puanlarının, "orta" (2) ve "kötü" (1) sağlık durumuna sahip bireylerden **istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu** belirlenmiştir (p <0.05). Bununla birlikte, "orta" (2) ve "kötü" (1) sağlık durumuna sahip bireyler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p> 0.05). Bu sonuç, genel sağlık durumu seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yükseldiğini göstermektedir.

Çizelge 4.18.: Katılımcıların Genel Sağlık Durumu Değişkenine Göre Kruskal-Wallis Analizi

Ölçek	Grup	N	Ki-kare	p	Ortalama	Standart sapma	Sıra Ort.	Min-Max
TH-BU	Kötü (1)	18	31,58	**<0,001**	3,38	0,91	1,00	4,00
	Orta (2)	21						
	İyi (3)	320						
TH-BA	Kötü (1)	18	34,07	**<0,001**	3,68	0,53	1,00	4,00
	Orta (2)	21						
	İyi (3)	319						
TH-BD	Kötü (1)	18	29,19	**<0,001**	3,77	0,48	1,00	4,00
	Orta (2)	22						
	İyi (3)	320						
TH-BK	Kötü (1)	18	36,01	**<0,001**	3,65	0,55	1,75	4,00
	Orta (2)	22						
	İyi (3)	320						
HK-BU	Kötü (1)	17	27,97	**<0,001**	3,43	0,85	1,00	4,00
	Orta (2)	22						
	İyi (3)	320						
HK-BA	Kötü (1)	17	33,40	**<0,001**	3,66	0,57	1,00	4,00
	Orta (2)	22						
	İyi (3)	320						
HK-BD	Kötü (1)	17	28,98	**<0,001**	3,58	0,64	1,00	4,00
	Orta (2)	21						
	İyi (3)	320						
HK-BK	Kötü (1)	17	30,72	**<0,001**	3,75	0,50	1,00	4,00
	Orta (2)	22						
	İyi (3)	319						
TSOY-TOP	Kötü (1)	18	36,54	**<0,001**	43,55	9,88	6,67	50,00
	Orta (2)	22						
	İyi (3)	320						
AKILCI İLAÇ TOPLAM	Kötü (1)	18	0,49	0,78	1,72	2,25	<0,001	5,00
	Orta (2)	22						
	İyi (3)	320						

Çizelge 4.19.'da katılımcıların akılcı ilaç kullanımı toplam puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre dağılımları verilmiştir. Cinsiyete göre incelendiğinde kadın katılımcıların ortalaması (35,47), erkek katılımcılardan (34,86) daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır

(p=0,19). Yaş değişkenine göre değerlendirildiğinde 25 yaştan küçük olan katılımcıların ortalamasının (35,90) diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p= 0,067). Medeni durum açısından bekar/ ayrılmış bireylerin ortalama puanı (34,86), evli bireylerin puanından (35,11) yüksek olsa da istatistiksel olarak da anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,20). Öğrenim durumuna göre, eğitim düzeyi ile akılcı ilaç kullanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,077). Uygulanan Tukey post hoc testi de eğitim gruplarının hiçbirinin birbirinden anlamlı düzeyde farklı olmadığını göstermiştir (p> 0.05). Çocuk sayısı değişkenine göre ortalama puanı en yüksek olan kişiler çocuğu olmayan katılımcılarken, en düşük ortalamaya 4 veya daha fazla çocuğa sahip katılımcıların sahip olduğu görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,09). Katılımcıların çalışma durumları dikkate alındığında çalışan bireylerin ortalaması (p=34,98) çalışmayan bireylere göre (p=35,38) daha düşük puan çıkmıştır. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,44).

Gelir durumuna göre katılımcılar arasında en yüksek ortalama puanın (35,41) gelirin gidere denk olduğu grupta görülmüştür. Gelir durumu ve akılcı ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,628). Hanede yaşayan kişi sayısına göre de 4 kişi ve daha az bireyle yaşayanların puanı (35,95) 5 kişi ve daha fazla bireylerin puanından (34,94) daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,023). Sağlık kurumlarına başvuru sayısına göre sağlık kurumuna 1-2 defa başvuran kişilerin ortalamalarının (36,11) daha yüksek olduğu görülmüştür. Ortalaması en düşük olan grubun ise 6-9 defa arasında başvuru yapan hastalar olduğu görülmüştür. Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre, kronik hastalığa sahip olanların ortalaması (34,94) kronik hastalığa sahip olmayanların ortalamasından (35,41) daha düşük bulunmuştur. Kronik hastalık varlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,34). Düzenli olarak ilaç kullanan kişilerin ortalaması (35,42) düzenli olarak ilaç almayan kişilerin ortalamasından az bir farkla yüksek bulunmuştur (35,00). Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,37). Danışmadan ilaç kullanan kişilerin sayısı (35,11) danışarak ilaç kullanan

kişilerin sayısından (35,90) daha düşük bulunuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır(p=0,12).

Çizelge 4.19.: Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımı Puanlarının Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	**Akılcı İlaç Toplam**		**T**	**P**
	Ort.	S.S.		
Cinsiyet				
Kadın	35,47	3,84	1,29	0,19
Erkek	34,86	4,43		
Yaş			**F**	**P**
25'ten küçük	35,90	2,80		
26-35	35,25	4,13	2,40	0,067
36-45	34,92	4,16		
46 ve üzeri	34,42	5,55		
Medeni Durum			**T**	**P**
Bekar/ Ayrılmış	35,69	2,90	1,27	0,20
Evli	35,11	4,44		
Öğrenim Durumu			F	P
Okuryazar Değil	35,12	4,48		
Okuryazar	35,59	3,17	2,584	0.077
Diploma Sahibi	34,09	6,28		
Çocuk Sayısı			**F**	**P**
Çocuğum yok	35,80	2,79		
1 çocuk	35,64	3,50		
2 çocuk	35,67	4,24	2,030	0,09
3 çocuk	34,08	5,52		
4 çocuk ve daha fazla	34,88	4,52		
Çalışma Durumu			**T**	**P**
Evet	34,98	4,50	0,76	0,44
Hayır	35,38	3,88		
Gelir Durumu			**F**	**P**
Gelir giderden az	34,96	5,66		
Gelir gidere denk	35,41	3,64	0,46	0,628
Gelir giderden fazla	34,91	3,67		
Hane Halkı Kişi Sayısı			**T**	**P**
4 kişi ve daha az	35,95	3,05	2,27	**0,023**
5 kişi ve daha fazla	34,94	4,41		
Başvuru Sayısı			**F**	**P**
1-2 defa	36,11	2,98		
3-5 defa	35,58	3,28	0,46	0,62
6-9 defa	34,45	5,19		
10 defa ve daha fazla	34,70	4,71		
Kronik Hastalık			**T**	**P**
Yok	35,41	3,70	0,95	0,34
Var	34,94	4,88		
Düzenli İlaç Kullanımı			**T**	**P**
Evet	35,42	3,67	0,89	0,37
Hayır	35,00	4,74		
Danışmadan İlaç Kullanımı			**T**	**P**
Evet	35,11	4,30	1,55	0,12
Hayır	35,90	2,84		

Çizelge 4.20.'de sağlık okuryazarlığı toplam puanı ve tüm alt boyutlar arasındaki ilişkiler Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve tüm alt boyutlar arasında pozitif ve anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu bulgu sağlık okuryazarlığı toplam puanının tedavi ve hizmet kullanımı alt boyutlarıyla paralel biçimde yükseldiğini göstermektedir.

Akılcı ilaç kullanımı toplam puanı ile sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasında korelasyonlar pozitif olmakla beraber büyüklüklerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Korelasyon analizi sonuçları, sağlık okuryazarlığının alt boyutlarının birbirleri ile güçlü örtüşmesi alt boyutların bireysel performansı yansıttığını ifade etmektedir. Bu sonuç sağlık okuryazarlığı seviyesinin artmasının akılcı ilaç kullanımını desteklediğini ancak ilişkinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımını etkilediği ancak belirleyici tek faktör olmadığı ifade edilebilmektedir.

Çizelge 4.20.: Korelasyon Analizi

Ölçekler	TSOY-Top	TH-BU	TH-BA	TH-BD	TH-BK	HK-BU	HK-BA	HK-BD	HK-BK	Akılcı İlaç Toplam
TSOY-Top	1									
TH-BU	0,939**	1								
TH-BA	0,949**	0,833**	1							
TH-BD	0,841**	0,634**	0,899**	1						
TH-BK	0,948**	0,877**	0,896**	0,810**	1					
HK-BU	0,927**	0,975**	0,827**	0,617**	0,863**	1				
HK-BA	0,943**	0,840**	0,906**	0,828**	0,862**	0,812**	1			
HK-BD	0,967**	0,915**	0,871**	0,758**	0,902**	0,913**	0,927**	1		
HK-BK	0,878**	0,682**	0,895**	0,916**	0,823**	0,672**	0,877**	0,877**	1	
Akılcı İlaç Toplam	0302**	0,202**	0,334**	0,387**	0,175**	0,175**	0,321**	0,235**	0,322**	1

Çizelge 4.21'e göre sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından tedavi ve hizmet/sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, tedavi ve hizmet/sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve tedavi ve hizmet/sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulamanın akılcı ilaç kullanımı için anlamlı birer yordayıcı oldukları görülmektedir (F (3, 354) =37,871; R^2=,243; p<,001). Tedavi ve hizmet/sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ve tedavi ve hizmet/sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme puanlarının yüksek olması, tedavi ve hizmet/sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama puanının düşük olması akılcı ilaç kullanımını olumlu etkilemektedir. Değişkenler akılcı ilaç kullanımı puanlarının toplam varyansının %24'ünü açıklamaktadır. Akılcı ilaç kullanımını anlamlı olarak yordayan değişkenlerin önem sırası ise: Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (β=,80), Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama (β=-,78) ve Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (β=,26) olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.21.: Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımını Yordayıcılığına İlişkin Regresyon Analizi

Model 1	B	sh	β	t	p
Sabit	28,421	1,639		17,345	,000
TH_BU	,516	1,246	,128	,415	,679
TH_BA	4,820	1,417	,685	3,401	,001
TH_BD	2,172	1,267	,265	1,715	,087
TH_BK	-6,031	1,019	-,904	-5,920	,000
HK_BU	-,617	1,089	-,143	-,567	,571
HK_BA	-,129	1,198	-,019	-,107	,915
HK_BD	1,749	1,219	,302	1,434	,152
HK_BK	-,622	1,144	-,081	-,544	,587
Model 2					
Sabit	26,159	1,506		17,368	,000
TH_BA	5,779	1,003	,802	5,760	,000
TH_BD	2,160	,883	,258	2,446	,015
TH_BK	-5,534	,738	-,780	-7,496	,000
R=,493	R^2=,243				
F (3, 354) =37,871	p<.001	*Akılcı İlaç Kullanımı= (,802) x Bilgiyi Anlama + (,258) x Bilgiyi Değerlendirme + (-,780) x Bilgiyi Kullanma*			

Çizelge 4.22.: Araştırma Kapsamında Test Edilen Hipotezlerin Sonuçlarına İlişkin Özet Tablo

Hipotez Kodu	Hipotez Açıklaması	İstatistiksel Test	p Değeri	Sonuç
H1a	Sağlık okuryazarlığı düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.	T Testi	p < 0,05	Kabul edildi
H1b	Sağlık okuryazarlığı düzeyi yaşa göre farklılık göstermektedir.	One-Way ANOVA	p<0,001	Kabul edildi
H1c	Sağlık okuryazarlığı düzeyi medeni duruma göre farklılık göstermektedir.	T Testi	p<0,001	Kabul edildi
H1d	Sağlık okuryazarlığı düzeyi öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir.	One-Way ANOVA	p<0,001	Kabul edildi
H1e	Sağlık okuryazarlığı düzeyi çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.	T Testi	p> 0,05	Reddedildi
H1f	Sağlık okuryazarlığı düzeyi gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.	One-Way ANOVA	p<0,001	Kabul edildi
H1g	Sağlık okuryazarlığı düzeyi sahip olunan çocuk sayısına göre farklılık göstermektedir.	One-Way ANOVA	p<0,001	Kabul edildi
H1h	Sağlık okuryazarlığı düzeyi hanedeki kişi sayısına göre farklılık göstermektedir.	T Testi	p<0,05	Kabul edildi
H1ı	Sağlık okuryazarlığı düzeyi kronik hastalık varlığına göre farklılık göstermektedir.	T Testi	p<0,05	Kabul edildi
H1i	Sağlık okuryazarlığı düzeyi düzenli ilaç kullanımına göre farklılık göstermektedir.	T Testi	p<0,05	Kabul edildi
H1j	Sağlık okuryazarlığı düzeyi danışmadan ilaç kullanımına göre farklılık göstermektedir.	T Testi	p> 0,05	Reddedildi
H1k	Sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlık kurumuna başvuru sayısına göre farklılık göstermektedir.	One-Way ANOVA	p<0,001	Kabul edildi
H1l	Sağlık okuryazarlığı düzeyi genel sağlık durumuna göre farklılık göstermektedir.	Kruskal-Wallis Analizi Testi	p<0,001	Kabul edildi
H2a	Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.	T Testi	p> 0,19	Reddedildi
H2b	Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi yaşa göre farklılık göstermektedir.	One-Way ANOVA	p> 0,067	Reddedildi
H2c	Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi medeni duruma göre farklılık göstermektedir.	T Testi	p> 0,20	Reddedildi
H2d	Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir.	One-Way ANOVA	p> 0,077	Reddedildi
H2e	Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.	T Testi	p> 0,44	Reddedildi
H2f	Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.	One-Way ANOVA	p> 0,28	Reddedildi
H2g	Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi çocuk sayısına göre farklılık göstermektedir.	One-Way ANOVA	p> 0,09	Reddedildi
H2h	Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi hanedeki kişi sayısına göre farklılık göstermektedir.	T Testi	0,023	Kabul edildi
H2ı	Akılcı ilaç kullanımı düzeyi sağlık kurumuna başvuru sayısına göre farklılık göstermektedir.	One-Way ANOVA	0,65	Reddedildi
H2i	Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi kronik hastalık varlığına göre farklılık göstermektedir.	T Testi	0,34	Reddedildi
H2j	Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi düzenli ilaç kullanımına göre farklılık göstermektedir.	T Testi	0,37	Reddedildi
H2k	Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi danışmadan ilaç kullanımına göre farklılık göstermektedir.	T Testi	0,12	Reddedildi
H3	H3: Göçmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, akılcı ilaç kullanımı davranışına yönelik algıları arasında ilişki vardır.	Korelasyon Analizi	P<0,001	Kabul edildi
H4	Göçmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, akılcı ilaç kullanımı davranışına yönelik algılarını etkilemektedir.	Regresyon Analizi (F testi)	p <0 .001	Kabul edildi

5. TARTIŞMA

Bu bölümde elde edilen bulgular ilgili ulusal ve uluslararası literatür ışığında karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların %21,7'sinin bir işte çalıştığı %78,3'ünün ise herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Bu durumun, katılımcıların %71,4'ünü kadınların oluşturması, annelik sorumlulukları, eğitim ve mesleki yetersizlik eksikliği ve göçmen topluluklarında kadın istihdamına yönelik kültürel sınırlılıkların etkisiyle ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir. Araştırmalar, göçmen kadınların "ev bakımı" gibi geleneksel roller sebebiyle işgücü piyasasına katılımlarında daha fazla engelle karşılaştıklarını göstermektedir (152).

Katılımcıların gelir durumları incelendiğinde %72,17 katılımcının gelirinin gidere eşit olduğu, %14,35 kişide gelirin giderden az olduğu ve %13,48 kişide ise gelirin giderden fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların mesleklerini incelediğinde ise çoğunlukla "mavi yaka" olarak adlandırılan işlerde çalıştıkları görülmüştür. Bu durum, göçmen bireylerin düşük vasıflı iş gücü piyasasına dahil olabildiğini ve sınırlı ekonomik kaynağa sahip olduklarını göstermektedir. Gelirin gidere eşit veya daha az olması, sağlıklı yaşam koşullarını sürdürmede, sağlık hizmetlerine erişimde ve akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışları doğrudan etkileyebilecek bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Literatür incelediğinde ekonomik yetersizliklerin sağlık okuryazarlığını ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (5). Ancak Türkiye'de göçmenlere sunulan ücretsiz sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Geçici koruma statüsünde olan göçmenler kamu sağlık sistemine kayıtlı oldukları illerin sağlık tesislerinden acil, birinci basamak, koruyucu ve tedavi edici tüm sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak alabilmektedirler (153). Geçici koruma altındaki kişiler Türkiye Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına dahil edilmektedir. Gelir testine göre "G0" sınıfında olan bireylerin primleri devlet tarafından tamamen karşılanmaktadır (154). Sağlık Bakanlığı ve AFAD iş birliği ile kurulan Göçmen Sağlığı Merkezleri aracılığıyla birinci basamak sağlık hizmetleri (tarama, aşılama, aile hekimliği, sağlık eğitimleri vb.) göçmenlere sunulmaktadır (155). Sunulan bu

hizmetlerle, göçmenlerin sosyoekonomik olarak sınırlı imkanlara sahip olmalarına rağmen devletin belirgin rol üstlendiği görülmektedir. Böylelikle gelirin gidere eşit veya daha az olmasının katılımcılarda bir dezavantaj yaratmadığı öne sürülebilmektedir.

Katılımcılara sağlık durumlarını nasıl algıladıkları sorulduğunda %88,9'u "iyi" olarak değerlendirirken, %6,1'i orta seviye ve %5'i ise kötü olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %75,3'ü kronik hastalığa sahip değilken, %24,7'sinin kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirmesi öznel sağlık algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuçla birlikte, katılımcıların %24,7'sinin kronik bir hastalığının olması algılanan sağlık durumu ile gerçekte olan sağlık durumu arasında fark olabileceğine işaret etmektedir.

Literatürü incelediğimizde ise katılımcıların mevcut sağlık durumunun tersini algılayarak klinik sapmaların olabildiği görülmüştür. Örneğin 18.000 kişi üzerinde öz değerlendirmeli sağlık ölçülmüş, çalışma sonuçlarına göre katılımcıların bazıları mevcut hastalıklarına rağmen sağlık durumlarını iyi olarak görürken, bazılarının ise küçük problemleri büyük olarak algılamakta olduğu görülmüştür (156). Ayrıca göçmenlerin geçmişte yaşadıkları sağlık sistemi ve Türkiye'de karşılaştıkları sistem arasındaki fark da bu algıyı etkileyebilmektedir. DSÖ'nün 2018 yılında yayınladığı bir raporunda ise göçmenlerin sağlık hizmetine sınırlı erişime sahip olan ülkelerden gelmelerinin mevcut sağlık durumlarını olumlu değerlendirmelerinde etkili olabileceği ifade edilmektedir (157).

Katılımcıların son bir yılda kaç defa sağlık hizmeti almak için sağlık kurumuna başvuruda bulunduğu incelendiğinde katılımcıların %24,4'ü 1-2 defa, %31,7'si 3-5 defa, %13,3'ü 6-9 defa ve %30,6'sının 10 defa veya daha fazla kez hastaneye başvuruda bulunduğu belirlenmiştir. Bu durum göçmenlerin sağlık sistemi ile sık temas içinde olduğunu göstermektedir. Ancak kişinin sağlık kurumlarını sık kullanması bilinçli bir kullanım yaptığını anlamına gelmemektedir. Kanada'nın Quebec bölgesinde birincil sağlık hizmetlerinde yürütülen V1SAGES projesi kapsamında gerçekleştirilen bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerin sağlık hizmetlerinden daha sık yararlandıkları belirlenmiştir (158).

Katılımcıların doktora danışmadan kendi kendine ilaç alma durumları incelendiğinde ise %77,2'si kendi başına ilaç aldığını belirtmiştir. Doktora danışmadan en çok kullanılan ilaçların ise ağrı kesiciler (%73,6), soğuk algınlığı (%50,0) ve antibiyotik (%10,0) ilaçları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alemi ve arkadaşlarının 2017'de İstanbul'da Afganlar üzerinde yaptıkları bir araştırmada göçmenlerde hem reçeteli hem de reçetesiz ilaç kullanımı incelenmiş ve reçetesiz ilaç kullanımının göçmenlerde yüksek olduğu görülmüştür (159). Koçyiğit ve arkadaşlarının (188) Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada katılımcıların %48,6'sının reçetesiz antibiyotik kullandığı saptanmıştır.

Doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumları incelendiğinde katılımcılardan 278 (%77,2) kişinin tedavi süresinden önce ilacı bıraktığı belirlenmiştir. Katılımcılar ilacı erken bırakma nedenlerini ise en çok %86,4 ile "iyileşme" durumu olarak ifade etmiştir. Alerji ve ilaçtan fayda görememek de diğer bırakma nedenleri olarak saptanmıştır. İlaç uyumsuzluğu olarak adlandırılan bu durumun hastalık kontrolü ve uzun vadede sağlığa olan etkilerinin olumsuz olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür.

Murad ve arkadaşlarının (189) yaptığı bir çalışmada akut koroner sendrom sonrası hastalar incelenmiş ve taburcu olduktan sonra hastanın ilacı erken bırakmasının hem kısa vadede hem de uzun vadede hastaneye tekrar yatışları artırdığı saptanmıştır. Koçyiğit ve arkadaşlarının (188) Tıp Fakültesi öğrencilerinin antibiyotik kullanımı üzerinde yaptığı bir çalışmada katılımcıların yalnızca %32,3'ünün tedavi süresine uydukları saptanmıştır.

Katılımcıların %77,2'sinin ilacı kullanırken son kullanma tarihine dikkat ettiği saptanmıştır. Yuvarani ve arkadaşlarının (220) yaptığı çalışmada katılımcıların yalnızca %32,6'sının ilacın son kullanma tarihine dikkat ettiklerini, geri kalan kullanıcıların ise ilaçların son kullanma tarihi kontrolünün düzensiz olduğunu saptamışlardır.

Çalışmada katılımcıların %67,2'sinde mükemmel düzey, %14,7'sinde yeterli düzey, %13,3'ünde ise sorunlu/ sınırlı düzey, %4,8'sinde ise yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip oldukları saptanmıştır. TSOY-32 toplam puan

ortalaması 43,55 olarak bulunmuştur. Bu değer mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına karşılık gelmektedir. Bu bulgudan hareketle katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiye erişebilme, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve uygulama süreçlerinde yeterli oldukları söylenebilmektedir. Hastalıklardan korunma sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma ve uygulama ortalamasının 3,77 ile diğer alt boyutlardan yüksek olması katılımcıların önleyici sağlık davranışlarını uygulamaya eğilimli olduklarını göstermektedir.

Türkiye ve dünya geneline bakıldığında sağlık okuryazarlığı düzeyinin genellikle düşük olduğu görülmektedir. Bu açıdan çalışma sonucunda elde edilen ortalamanın yüksek olması dikkat çekmektedir. Bu farkın temel nedeni olarak, örneklemi oluşturan grubun sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırılması ve sağlıkla ilgili farkındalıklarını artırma çalışmalarının yoğun bir biçimde yürütülmesinin etki edebileceği düşünülmektedir. Ayrıca sağlık kurumlarına yıl içinde daha fazla başvurma ve ana dillerinde hizmet alabilme imkânı, teknolojinin ilerlemesi ile sağlık kaynaklarının etkin kullanımının sağlık okuryazarlığı puanlarının yüksek olmasına katkı sağlamış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların %69,4'ünün akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Akılcı ilaç kullanımının toplam puan ortalaması 35,29 olarak hesaplanmıştır. 35 puan ve üzeri puana sahip katılımcılar akılcı ilaç kullanımını benimsemiş olduklarını göstermektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, halkın akılcı ilaç kullanım düzeyinin orta veya sınırlı düzeyde olduğu görülmüştür. Örneğin Bozdemir ve Filiz'in (190) Türkiye'de akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışları belirlemek için son on yılda yapılan araştırmalar sistematik derleme yöntemi ile analiz etmiş, çalışma sonucuna göre hasta ve hasta yakınlarının akılcı ilaç kullanma bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Özellikle doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı ve başka bir hastadan tavsiye edilen ilacın kullanımı gibi davranışların olduğu saptanmıştır.

Çalışmada sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Tedavi ve hizmet/sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama, hastalıklardan korunma/ sağlıkla

ilgili bilgiye ulaşma ve hastalıklardan korunma/ sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme alt boyutlarında anlamlı farklılıklar görülmüştür. Alt boyutlar incelendiğinde erkeklerin kadınlardan daha yüksek puana sahip olduğu görülmüştür.

Literatür bu konuda tutarsız sonuçlar bildirmekle birlikte, son sistematik derlemeler ve ampirik çalışmalar cinsiyetin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olduğunu; ancak etki yönünün ve büyüklüğünün örneklem özellikleri, kullanılan ölçek ve toplumsal faktörlere göre değişiklik gösterdiğini ortaya koymaktadır (160,161). Bazı çalışmalarda erkeklerin bilgiye erişme ve bilgiyi uygulama alt boyutlarından daha yüksek puanlar aldığı; buna karşın kadınların e-sağlık kullanımında veya genel okuryazarlıkta üstünlük gösterdiği saptanmıştır (162). Türkiye'de yapılan çalışmalar ise hem kadın lehine hem de cinsiyete göre fark olmayan sonuçlar bildirdiğinden, yerel sosyo-demografik koşulların ve ölçüm aracı farklılıklarının bulguları etkilediği düşünülmektedir (163). Chakraverty ve arkadaşlarının çalışmasında göçmen bireylerin sağlık okuryazarlığının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Kadınların %65 ile erkeklerden daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte homojen örneklem üzerinde yapılan çalışmalarda kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (167).

Çalışmaya katılan katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı analiz edilmiştir. Analiz sonucuna göre tüm alt boyutlarda bekar bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi evli bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalar sonucunda bekar bireylerin daha yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olma nedeni sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve kullanma konusunda bağımsız davranabilmeleri olarak açıklanmıştır. Ayrıca bekar bireylerin dijital sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olması ve bilgi arama davranışlarını da aktif sürdürebilmeleri bu durumu açıklayabilir (165). Çalık ve Kolaç (166)' ın bir çalışmasında yetişkin hastaların acil servis kullanma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi incelenmiştir. Çalışma sonucunda evli bireylerin bekarlara kıyasla daha düşük sağlık okuryazarlığa sahip olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde uluslararası çalışmalar incelendiğinde bekar

bireylerin daha fazla sağlık bilgisi araştırdığı ve dijital sağlık kaynaklarını daha aktif kullandığı ifade edilmektedir (167).

Yaş gruplarına göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri analiz edilmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Bu farklılığın da ağırlıklı olarak 25 yaş altı grubun diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek ortalamalara sahip olmasından kaynaklandığı ortaya konulmuştur. Bu bulgu, özellikle bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve uygulama ile ilgili alt boyutlarda genç katılımcıların daha yüksek performans gösterdiğini işaret etmektedir. Literatür incelendiğinde benzeri sonuçlarla karşılaşılmıştır. Yaş ilerledikçe genel sağlık okuryazarlığı ve elektronik/dijital sağlık okuryazarlığı düzeylerinde düşüşler bildirilmiştir. Dolayısıyla daha genç bireylerin sağlık bilgisine erişme ve bilgiyi kullanma becerileri konusunda avantajlı olduğu kabul edilebilmektedir. Bu durum, genç bireylerin dijital kaynaklara daha yüksek erişimi, teknoloji kullanımındaki rahatlığı ve çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışındaki yaygınlıkla açıklanabileceği düşünülmektedir.

Cheeser ve arkadaşlarının bir çalışmasında, ileri yaşın hem geleneksel hem de elektronik/dijital sağlık okuryazarlığı seviyelerinde daha düşük düzeylerle ilişkilendiğini göstermektedir; bu nedenle yaş artışıyla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyinde azalma olması beklenen bir eğitimsel/sağlık iletişimi sorunu olarak görüldüğü ifade edilmektedir. Son yıllardaki çalışmalar (özellikle 2020 sonrası) elektronik sağlık okuryazarlığının yaşla negatif ilişkisi olduğunu göstermektedir. Yaşlıların sağlık bilgisine erişimini etkileyen faktörlerin (cihaz bilgisi, sosyal destek, eğitim düzeyi vb.) bu düzeyi etkilediği ifade edilmiştir (168).

Araştırmada katılımcıların çalışma durumlarının sağlık okuryazarlık durumları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Tüm sağlık okuryazarlığı alt boyutları incelendiğinde çalışan ve çalışmayan bireyler arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bu sonuçla bireylerin istihdam edilme durumlarının sağlık okuryazarlığı üzerinde doğrudan etki etmediği görülmektedir. Literatür incelendiğinde örneğin Ayaz ve arkadaşlarının (191) bir çalışmasında, çalışma durumunun sağlık okuryazarlığı üzerinde belirleyici bir faktör olmadığı ifade dilmiştir. Bu bulgu çalışmamızın bulguları ile paralellik göstermektedir. Uluslararası

literatür incelendiğinde ise çalışma durumunun sağlık okuryazarlığı ile net bir ilişkisi olmadığı görülmektedir. Örneğin, Danimarka'da yapılmış bir çalışmada çalışan ve çalışmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı bir fark görülmemiştir (171).

Gelir durumu değişkeni açısından ölçek alt boyutlarında alınan puanlarda tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<.05$). Farklılığın kaynağı incelendiğinde, geliri giderinden fazla olan bireylerin, geliri giderine denk ve özellikle geliri giderinden az olan bireylerden anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı belirlenmiştir. Bu durum, gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, literatürdeki önceki araştırmalarla paralellik göstermektedir. Stormacq ve arkadaşları (169) gelir düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve gelir düzeyi düşük bireylerde sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve uygulama becerilerinin sınırlı olduğunu saptamışlardır. Türkiye örnekleminde yapılan bir çalışmada da benzeri sonuçlar elde edilmiştir. Okyay ve arkadaşlarının (148) bir çalışmasında, gelir düzeyi yükseldikçe bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin anlamlı biçimde arttığı bildirilmiştir. Bu durum, yüksek gelirli bireylerin hem sağlık hizmetlerine erişimde hem de dijital bilgi kaynaklarını kullanmada daha avantajlı olmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca gelir düzeyi yüksek bireylerin sağlıkla ilgili eğitim, beslenme, ilaç kullanımı ve yaşam tarzı tercihlerinde daha bilinçli davranabilmelerinin sağlık okuryazarlık seviyesi ve akılcı ilaç kullanımını artmasını sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmada sahip olunan çocuk sayısına göre tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu sonuç, katılımcıların ebeveynlik durumlarının sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımları üzerindeki etkisini göstermektedir. Çocuk sahibi olmayan bireylerin genel olarak çocuğu olan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek ortalama puanlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, çocuk sayısı arttıkça bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve akılcı ilaç kullanımı tutumlarının azaldığını göstermektedir.

Literatür incelendiğinde ebeveyn olmanın sağlık okuryazarlığını etkilediği, özellikle çok çocuk sahibi olan bireylerin sağlık bilgilerini takip etme, bilgilerini

güncel tutma ve uygulama konusunda zorluklar yaşadığı görülmüştür. Örneğin Zhang ve arkadaşlarının bir çalışmasında, çocuk sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı seviyesinin de anlamlı biçimde azaldığı, bu durumun da zaman kısıtlılığı ve stresle ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (170). Stormacq ve arkadaşlarının (169) yaptığı bir çalışmada ise ebeveynlerin sağlıkla ilgili bilgiye erişiminde dijital beceriler, gelir ve eğitim düzeyi gibi değişkenlerin önemli rol oynadığını ve çok çocuklu ailelerde bu faktörlerin bir araya gelerek sağlık iletişimini zorlaştırdığı ortaya konmuştur. Ayrıca Chesser ve arkadaşları (192) tarafından yapılan sistematik derleme çalışmasında, bakım sorumluluğu yüksek bireylerde (birden fazla çocuğa sahip ebeveynlerde) sağlık okuryazarlığının düşük seyrettiği görülmüştür.

Çalışmada katılımcıların hanedeki kişi sayısına göre sekiz alt boyutun altısında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Bulgularla birlikte sonucunda hanede yaşayan kişi sayısının bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda hanede 4 kişi ve daha az sayıda hanede yaşayanların sağlık okuryazarlığı alt boyut ortalamaları 5 kişi ve daha fazla yaşayan bireylerden yüksek çıkmıştır. Daha az kişinin yaşadığı hanelerde bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye bağımsız erişebilmesi ve sağlık bilgilerini değerlendirip uygulama fırsatına sahip olabilmesi de bir diğer neden olarak düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde daha kalabalık ailelerde yaşayan bireylerin, aile içi sorumluluklar ve paylaşılan sağlık kararı gibi durumlar nedeniyle sağlık bilgisine erişim, anlama ve uygulama becerilerinde farklılık olabileceği görülmektedir. Örneğin bir çalışmada kalabalık hanelerde yaşayan bireylerin sağlık davranışlarını koordine etmede, bilgiye ulaşma ve anlamada zaman ve kaynak kısıtlığı yaşayabileceği ifade edilmiştir (171). Benzeri bir sonuç Türkiye'de yapılan bir çalışmada ortaya çıkmıştır. Çalışma sonucuna göre hanedeki kişi sayısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında farklılık olduğu saptanmıştır (166).

Araştırmada katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastalıklardan korunma/ sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutundaki farklılığın sebebi olarak bireylerin hastalıklardan korunma ve sağlık bilgilerini uygulamada benzer

tutumlar sergilemesinin ve kronik rahatsızlığı olan bireylerin tedavi ve bakım süreçlerine yoğunlaşmalarından koruyucu ve önleyici davranışları daha az önemsemelerinin neden olduğu düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde ise benzer bulgulara rastlanılmıştır. Ulusal düzeydeki raporlar ve meta-analizler**,** kronik hastalık varlığı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin tutarsız olduğunu; bazı çalışmalar kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının daha düşük ya da sorunlu düzeylerde seyrettiğini göstermektedir (172). İstanbul'da bir eğitim-araştırma hastanesinde yapılan kesitsel çalışmada ise kronik hastalığı olan 307 hasta üzerinde e-sağlık okuryazarlığı ve hasta aktivasyonu düzeyleri incelenmiş, yaş, hastalık süresi ve sayısı gibi değişkenlerle sağlık okuryazarlığının alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar bulunduğu rapor edilmiştir (173). Nutbeam yaptığı bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma becerileri daha yüksek görülürken, hastalıklardan korunma davranışlarının çoğu zaman arka planda kaldığını belirtmiştir (23).

Katılımcıların düzenli ilaç kullanıp kullanmama durumlarının sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Düzenli ilaç kullanan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düzenli ilaç kullanmayanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışma sonucuna göre sekiz alt boyutun yedisinde anlamlı farklılıkların olduğu saptanmıştır. Yalnızca hastalıklardan korunma/ sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma alt boyutunda sınırda bir değer bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde benzer sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Örneğin, hipertansiyon hastalarında ilaç uyumunun araştırıldığı bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düşük olan katılımcıların ilaç uyumunda sorunların olduğu görülmüştür (174). 2024 yılında 65 yaş ve üzeri bireyler üzerinde yapılmış bir çalışmada ilaç uyumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yine 2024 yılında yapılan bir çalışmada hastalıktan dolayı düzenli ilaç kullanımı olması gereken kişilerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve düzenli ilaç kullanımı düşük çıkmıştır (175). 2021 yılında Çin'de yaşlı hastalar üzerinde yapılmış bir çalışmada düzenli ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı arasında güçlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (176). Hyvert ve arkadaşları tarafından sağlık

okuryazarlığı ve ilaç uyumu arasındaki ilişkinin incelendiği 27 çalışma incelenmiş ve çoğu çalışmada sağlık okuryazarlığı ve düzenli ilaç kullanımı arasında pozitif ilişki görülmüştür. Bazı çalışmalarda ise ilişki saptanmamıştır (177).

Araştırmamızda katılımcıların danışmadan ilaç kullanma durumları incelenmiş ve sağlık okuryazarlığı alt boyutları ve toplam puanları karşılaştırılmıştır. Danışarak ilaç kullanan katılımcıların alt boyut ve toplam puanları danışmadan ilaç kullananlara kıyasla daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. En düşük p değeri TSOY toplam puanındadır. Dolayısıyla danışmadan ilaç kullanma davranışının sağlık okuryazarlığı üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, hekime danışmadan ilaç kullanma durumunun sağlık okuryazarlığı düşük olanlarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (86). Şenlik ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kendi kendine ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlık seviyesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (178).

Sağlık kurumuna başvuru sayısı değişkenine göre katılımcılar arasında sağlık okuryazarlığı düzeylerinde neredeyse tüm alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Sağlık kurumuna 1-2 defa başvuran grubun ortalamasının daha sık başvuran gruplara göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Akılcı ilaç kullanımı toplam puanı ile hastaneye başvuru sayısı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Yani sağlık kurumlarına sık başvurunun akılcı ilaç kullanımını arttırmadığı görülmektedir.

Literatür incelendiğinde multimorbidite (birden fazla kronik hastalığa sahip olma) ile düşük sağlık okuryazarlığının ilişkilendirildiği ve bu bireylerin daha fazla sağlık hizmeti kullandığı görülmektedir (179). Örneğin, İstanbul'da göçmenler üzerinde yapılan bir araştırmada e- sağlık okuryazarlığı ve antibiyotik kullanım durumları incelenmiş ve düzeyin farklılaşmasında medeni durum, yaş, eğitim durumu, kronik hastalığa sahip olma vb. faktörlerin belirleyici olduğunu vurgulanmıştır (139).

Çalışmada sağlık durumuyla (iyi/ orta/ kötü) sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında ve sağlık okuryazarlığı toplam skorunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Ancak akılcı ilaç kullanımı toplam puanında gruplar arası anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sağlık durumunu iyi olarak tanımlayan katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi edinme, anlama ve kullanma kapasitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Akılcı ilaç toplam puanında bir farklılığın görülmemesi ise katılımcının genel sağlık durumuna göre akılcı ilaç kullanımının değişmediğini göstermektedir.

Literatür incelendiğinde bulguları destekleyen çalışmaların olduğu görülmektedir. Örneğin Çin'de yapılan bir çalışmada kişinin sağlık okuryazarlığı seviyesi yükseldikçe sağlık durumunu daha anlamlı düzeyde değerlendirdiği gözlemlenmiştir (180). Yine Brezilya'da yapılan bir çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi üç kategoriye ayrılmış ve sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan katılımcıların kendi sağlık durumunu daha iyi değerlendirdiği saptanmıştır (181). Aygun ve arkadaşlarının (182) yaptığı bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi ile genel sağlık davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile öz sağlık durumu değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır.

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı toplam puanının sosyodemografik değişkenlerden sadece hanede yaşayan kişi sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Hane halkı büyüklüğü ve akılcı ilaç kullanımı durumu literatürde incelendiğinde büyük nüfuslu evlerde fazladan ilaç bulundurma eğilimi ve çoklu kişi tarafından erişilebilir olması akılcı ilaç kullanım ölçütlerinde düşüşe neden olabilmektedir (183). Özkan yaptığı bir çalışmada geniş aile yapısına sahip toplumlarda evde ilaç bulundurma ve ortak ilaç kullanımı eğiliminin yüksek olduğu, bu durumun da akılcı ilaç kullanımını kötü etkileyebilecek sonuçlar doğurabileceği ifade edilmiştir (92). Bu durum hane halkı dinamiklerinin sağlık davranışları üzerinde belirleyici bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Literatürde ilaç kullanım sıklığı ve ilaç tüketim hacmi incelendiğinde kadınların özellikle reçeteli ilaçları daha fazla kullandığı raporlanmıştır. Ancak akılcı ilaç kullanımı davranışının cinsiyetler arasında her zaman tutarlı farklılık göstermediği yani kadınların daha yüksek ilaç tüketimi gösterirken, rasyonel kullanım davranışının farklı bir dağılım gösterebildiği görülmüştür (184).

Kronik hastalık sahibi olmak ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu konuda literatür incelendiğinde bu bulguyu destekleyen çalışmalar olduğu görülmüştür. Örneğin, 65 yaş ve üzeri çoklu ilaç kullanımı olan kişiler üzerinde yapılan bir analizde akılcı ilaç kullanımı ve kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (185). Düzenli ilaç kullanımı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kaya ve arkadaşlarının bir çalışmasında düzenli ilaç kullanımının akılcı ilaç kullanım durumunu etkilemediği ifade edilmiştir (186).

Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından bazılarının göçmenlerin akılcı ilaç kullanımını anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (TH-BA) ve Tedavi ve Hizmet/Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (TH-BD) düzeyleri arttıkça akılcı ilaç kullanımının da arttığı görülmektedir. Yani göçmen bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri doğru şekilde anlayıp değerlendirebildiklerinde ilaçları daha bilinçli ve doğru biçimde kullanabildikleri yorumu yapılabilmektedir. Ancak tedavi ve hizmet/sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama TH-BK alt boyutunun negatif yönde (β=-0.780) çıkması, çelişkili gibi görünse de aslında çalışmaya önemli bir içgörü sunmaktadır.

Bu sonuç, sağlık bilgisini uygulamaya döken katılımcıların her zaman akılcı ilaç kullanımı göstermediğini, yani uyguladıkları sağlık davranışının bilgi temelli değil aslında alışkanlık temelli olabileceğini göstermektedir. Göçmenlerin kültürel sağlık inanışlarının, önceki deneyimlerinin veya akraba/komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma alışkanlıklarının, bilgiyi doğru uygulasalar bile akılcı kullanım ilkeleriyle çelişebileceği düşünülmektedir. Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiye sahip olma veya erişebilme imkanına rağmen reçetesiz ilaç alma, kendine tedavi uygulama eğilimi vb. davranışlarla bazen sağlık profesyonellerine danışmadan hareket ettikleri belirtilmektedir. Bu durumun da bilgiyi kullanma davranışının artmasına rağmen akılcı ilaç kullanımının azalmasına yol açabileceği düşünülmektedir

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

18 yaş üzeri göçmenlerde sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı düzeyi arasındaki ilişkinin ve sosyodemografik değişkenlere göre bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin araştırıldığı bu çalışmada elde edilen bulgulara göre göçmenlerin Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin toplam puanı mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığı olarak ifade edilen değere denk gelen 43,55 olarak tespit edilmiştir. Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden alınan ortalama puan ise 35,29 olarak tespit edilmiştir. 35 puan ve üzeri bir sonuç bireylerin akılcı ilaç akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olduğu sonucunu göstermektedir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeyi ve akılcı ilaç kullanımının farklılaşmadığı ancak hane kişi sayısından etkilendiği görülmüştür.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puanı ve tüm alt boyutlar arasında pozitif ilişkinin olduğu saptanmıştır. Bu bulgudan hareketle, sağlık okuryazarlığı toplam puanının tedavi ve hizmet kullanımı alt boyutlarıyla paralel biçimde yükseldiği ifade edilebilmektedir. Akılcı ilaç kullanımı toplam puanı ile sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasında pozitif korelasyonlar görülmekle beraber büyüklüklerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgudan hareketle sağlık okuryazarlığı seviyesinin artmasının akılcı ilaç kullanımını desteklediği ancak ilişkinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla akılcı ilaç kullanımını etkileyen faktörlerin çeşitlilik gösterdiği, sağlık okuryazarlığı düzeyinin tek belirleyici olmadığı değerlendirilmektedir.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Göçmen grubunda erkeklerin sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında kadınlardan daha yüksek puan almasının, göç sürecinin ilk aşamalarında erkeklerin resmî kurumlarla (göç idaresi, sağlık taramaları, çalışma izinleri) daha sık temas kurmalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Erkeklerin iş gücüne daha hızlı dahil olmaları ve zorunlu sağlık kontrollerinden geçmeleri, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma ve uygulama becerilerini artırabilmektedir. Ayrıca dil yeterliliğinin genellikle erkeklerde daha yüksek olması, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve değerlendirme alt boyutlarında ek bir avantaj

sağlamaktadır. Buna karşılık göçmen kadınların ev içi sorumlulukları, ulaşım ve erişim güçlükleri, bazı kültürel normlar ve dijital erişim kısıtlılıkları nedeniyle sağlık bilgisine erişim fırsatlarının daha sınırlı kaldığı düşünülmektedir.

Çalışmada göçmenlerin sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Analiz sonucuna göre tüm alt boyutlarda bekar bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi evli bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Bekar bireylerin dijital sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olması ve bilgi arama davranışlarını da aktif sürdürebilmelerinin bu farklılığın meydana gelmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı alt boyutlarının hanedeki kişi sayısına göre gruplar arasında farklılık incelendiğinde 4 kişi ve daha az olan gruplarda sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksekken, 5 kişi ve daha fazla yaşayan bireylerde daha düşük okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım seviyesi görülmüştür. Bu duruma kalabalık hanelerde yaşayan kişi sayısının fazla olmasının aile içi sorumlulukların artmasına, bilgiye bağımsız erişme ve uygulayabilme imkanını kısıtlamasına neden olduğuyla ilişkilendirilebilir.

Araştırmada katılımcıların kronik hastalığa sahip olup olmama durumları ve düzenli ilaç alıp almama durumları sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Düzenli ilaç kullanım ve kronik hastalığa sahip olma durumlarında sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından alınan puanların düşük olduğu görülmüştür. Kronik hastalığı olan katılımcıların düzenli ilaç kullanımının daha fazla olmasının bu sonuca yol açabileceği düşünülmektedir.

Başvuru sayısı değişkenine ve sağlık durumu (iyi/ orta/ kötü) değişkenine göre sağlık okuryazarlığı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu saptanmıştır. Yapılan analizde de sağlık durumunu iyi olarak tanımlayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ancak akılcı ilaç kullanımı toplam puanında gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sağlık kurumuna daha az başvuruda bulunan hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesinin de yüksek olması katılımcının aldığı hizmetten verim aldıkça tekrar eden başvurularının azalmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Sağlık durumunu iyi olarak tanımlayan katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi edinme, anlama ve kullanma

kapasitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Akılcı ilaç kullanımı toplam puanında bir farklılığın görülmemesi ise katılımcının genel sağlık durumuna göre akılcı ilaç kullanımının değişmediğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan grubun kendi ifadelerine göre okuryazar olmayan katılımcılar da teknolojik imkanlar sayesinde sesli olarak telefona soru sorup cevap alabilmektedirler. Şikayetlerini yapay zekaya anlatınca hastalıkları için hangi bölüme randevu alacaklarını öğrenebilme ve sağlıkla ilgili bilgileri öğrenmede faydalı kullanımlar yapabilmektedirler. Ancak kimi hastalar ise grip, soğuk algınlığı gibi şikayetleri için sağlık kurumuna gitmeden nasıl iyileşebileceklerini sorup eczaneden reçetesiz ilaç almaya gittiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum akılcı ilaç kullanımının sınırda bir değer çıkmasını destekleyen bir ifade olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların çok uzun zamandır Türkiye'de yaşıyor olması Türkçe dilini rahatça anlayıp konuşabilmelerini sağlamıştır. Sunulan sağlık hizmetinin katılımcıların ihtiyaçlarına göre tasarlanması ve bu amaçla sağlık merkezlerinin kurulması, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi olabilmelerine katkı sağlamaktadır. Ayrıca aşılama, bağışıklama, anne/ bebek beslenmesi, sağlık eğitimi danışmanlığı gibi daha pek çok hizmetin sunuluyor olması, katılımcıların sağlık okuryazarlık ve akılcı ilaç kullanım düzeyinin yüksek olmasını desteklediği düşünülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda araştırmanın önerileri:

- Hekime danışmadan ilaç kullanımının azaltılmasına yönelik farkındalık kampanyaları, eğitimler ve sistemsel müdahalelerin (e-reçete hatırlatıcıları, eczane-izleme sistemleri vb.) sağlanması planlanabilir.
- Sadece bilgi vermeye odaklı değil, uygulamada da davranış değişikliği sağlayacak eğitim programları geliştirilebilir.
- İleri yaş grupları için erişilebilir ve anlaşılabilir eğitim stratejileri uygulamaya koyulabilir. Örneğin, basit içerikli broşürlerin hazırlanması, göçmen sağlığı merkezlerinde düzenlenen kısa eğitimler ve yüz yüze danışmanlıklar etkili olabilir.
- Çok çocuklu ebeveynlere yönelik hazırlanmış, kolay erişilebilir ve zamandan bağımsız öğrenme materyallerinin (mobil uygulama içerikleri, kısa eğitim videoları, çevrim içi modüller hazırlanarak) hazırlanması

sağlanabilir. Bu yaklaşımlar çocuklu ailelerin sağlık davranışlarını güçlendirebilir.

- Web tarayıcı, yapay zekâ programları ve sosyal medya aracılığıyla erişilen doğruluğu net olmayan bilgilerin önüne geçmek için sağlık mercileri tarafından onaylanmış, erişilebilir bilgi kaynakları (doğrulanmış mobil uygulamalar, resmî web sayfaları) yaygınlaştırılabilir.
- Gelecekte yapılacak çalışmalarda, farklı illerde daha geniş örneklemlerle ve nitel yöntemler kullanılarak göçmenlerde sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin daha kapsamlı biçimde incelenmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. International Organization for Migration. (2024). *World migration report 2024: Latest global trends and challenges in human mobility*. IOM.
2. UNHCR. (2025). *Republic of Türkiye annual results report 2024*. https://www.unhcr.org/media/republic-tuerkiye-annual-results-report-2024
3. F., K., & Yılmaz, E. S. (2021). Sağlık politikası analizi: Göçmen sağlığı kapsamında Suriyeli sığınmacılar. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 119–128.
4. Sosyologer. (2021). Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişim süreçlerini belirleyen unsurlar. https://www.sosyologer.com
5. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. 259–267.
6. Sağlık Bakanlığı. (2025). *Sıhhat Projesi – Sağlık hizmetleri*. https://sihhatproject.saglik.gov.tr/tr-107805/saglik hizmetleri.html?utm_source=chatgpt.com
7. World Health Assembly. (1986, October 25–29). *Conference of experts on the rational use of drugs, Nairobi, Kenya*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/162006
8. World Health Organization. (2025, July 4). *Rational use*. https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/medicines-selection-ip-and-affordability/medicines-policy/rational-use
9. Tontuş, H. (2014). Sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlığa ve sağlık hizmetleri kullanımına etkileri (No. 19).
10. Mancuso, J. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative approach.
11. Örnek, M. (2014). Sağlık okuryazarlığı. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış*.
12. Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 1–10.
13. Malloy-Weir, L. J. C., & Cooper, M. (2016). A review of health literacy: Definitions, interpretations and implications for policy initiatives. *Journal of Public Health Policy, 37*(3), 334–352. https://doi.org/10.1057/s41271-016-0009-1
14. World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary of terms*. Geneva, Switzerland.

15. Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International, 13*(4), 349–364. https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349

16. American Medical Association. (1999). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA, 281*, 552–557.

17. P., J., & Schulz, N. K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, 4–11.

18. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*.

19. Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promotion International, 24*(3), 285–296.

20. McQueen, D. V., Kickbusch, I., Potvin, L., Pelikan, J. M., Balbo, L., & Abel, T. (2007). *Health and modernity: The role of theory in health promotion*. Springer.

21. Pleasant, A. (2014). Advancing health literacy measurement: A pathway to better health and health system performance. *19*(12), 1481–1496.

22. Davis, T. C., Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M., & Glass, J. (2002). Health literacy and cancer communication. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 52*(3), 134–149. https://doi.org/10.3322/canjclin.52.3.134

23. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 2072–2078.

24. DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine, 19*(12), 1228–1239.

25. Pawlak, R. (2005). Economic considerations of health literacy. *Nursing Economics, 23*(4), 173–180.

26. Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. 159–173.

27. Kanj, M., & M. W. (2009). Promoting health and development: Closing the implementation gap. Paper presented at the 7th Global Conference on Health Promotion, 26–30 October 2009.

28. Benziger, A. M. E., & Gaziano, T. A. (2016). The global burden of disease study and the preventable burden of NCD. *Global Heart, 11*(4), 393–397. https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.08.002

29. McQueen, D. V., & Kickbusch, I. (2007). Health and modernity: The role of theory in health promotion. *International Journal of Epidemiology, 36*(2), 226–228. https://doi.org/10.1093/ije/dym001

30. Sheridan, S. L., Halpern, D. J., Viera, A. J., Berkman, N. D., Donahue, K. E., & Crotty, K. (2011). Interventions for individuals with low health literacy: A systematic review. *Journal of Health Communication, 16*(sup3), 30–54. https://doi.org/10.1080/10810730.2011.605433

31. Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., & Clark, W. S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine, 13*(12), 791–798. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00234.x

32. Weiss, H. F., Mays, M. Z., Martz, W. C., Castro, K. M., DeWalt, D. A., & Pignone, M. P. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine, 3*(6), 514–522. https://doi.org/10.1370/afm.405

33. National Work Group on Literacy and Health. (1998). *Communicating with patients who have limited literacy*. Chicago, IL: American Medical Association Foundation.

34. Geboers, B., Reijneveld, S. A., Koot, J. M., & van Dijk, L. (2015). The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: A systematic meta-review. *BMC Public Health, 15*, 903. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2253-9

35. Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K., Simonsick, M., … McCarroll, S. E. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly: The Health, Aging, and Body Composition Study. *Journal of General Internal Medicine, 21*(8), 806–812. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00479.x

36. Shahid, K. A., McInnes, C., Lewis, M., Rehman, A., Javed, S., Qureshi, A., … Sadeghi, M. H. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: A multicenter cohort study. *BMC Health Services Research, 22*, 1234. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08234-1

37. Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International, 20*(3), 195–203. https://doi.org/10.1093/heapro/dai032

38. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., … Brand, H.-E. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*, 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

39. Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V., & McCormack, L. (2012). The health literacy skills framework. *Journal of Health Communication, 17*(sup2), 30–54. https://doi.org/10.1080/10810730.2012.713442

40. European Centre for Disease Prevention and Control. (2014). *Transferability of health promotion and health education approaches between non-communicable and communicable diseases*. ECDC.

41. Pawlak, R. (2005). Economic considerations of health literacy. *Nursing Economics, 173–180*.

42. Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Reports*.

43. Health Literacy Connection. (2016). What influences health literacy? https://www.healthliteracyconnections.com

44. Tao, L. H., Wang, S. S., Peng, T., Chen, L., & Ma, Y. (2024). Current status and influencing factors of health literacy among older adults in combined medical and nursing care institutions: A cross-sectional study. *Journal Name, Volume*(Issue), pages.

45. Guzys, D. D., Kitson, G. K., & Donnelly, N. D. (2015). Health literacy: A concept analysis. *BMC Public Health, 15*, 230. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1536-5

46. CHCS. (2024). Identifying limited health literacy. https://www.chcs.org/resource/identifying-limited-health-literacy

47. Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine, 10*(10), 537–541. https://doi.org/10.1007/BF02640361

48. ACSQHC. (2013). *Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality*.

49. IOM. (2013). *Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary*. The National Academies Press.

50. Pelikan, J. M., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2014). Measuring comprehensive health literacy in general populations: Validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study. Paper presented at the 6th Annual Health Literacy Research Conference, USA.

51. Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & C. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine, 25*(6), 391–395.

52. Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine, 10*(10), 537–541. https://doi.org/10.1007/BF02640361

53. Parker, D. A., Baker, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. E. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. *Journal of the American Medical Association, 292*(14), 1829–1830. https://doi.org/10.1001/jama.292.14.1829

54. Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine, 21*(8), 878–883. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x

55. HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member states: The European Health Literacy Survey HLS-EU.* http://www.health-literacy.eu

56. Aras, Z., & Temel, A. B. (2017). Sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi.

57. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması* (P. Okyay & F. Abacıgil, Eds.). Sağlık Bakanlığı Yayınları.

58. Parker, R. (2009). Measuring health literacy: What? So what? Now what. In *Measures of health literacy: Workshop summary* (pp. 91–98).

59. U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *National action plan to improve health literacy.* U.S. Government Printing Office.

60. Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion.* The National Academies Press.

61. Nielsen-Bohlman, L. P., & Kindig, K. D. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion.* The National Academies Press.

62. United Nations Economic and Social Council. (2009). *High-level segment of ECOSOC statements.* Geneva.

63. Sentell, T., Baker, K. K., Onaka, A., & Braun, K. (2011). Low health literacy and poor health status in Asian Americans and Pacific Islanders in Hawai'i. In *pp. 279–294.*

64. European Commission. (2007). *Together for health: A strategic approach for the EU 2008–2013 (White Paper, COM(2007) 630 final).*

65. Institute of Medicine. (2013). *Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary.* The National Academies Press.

66. Doris, S., G., & Hurrelmann, K. (2020). Implementation of the National Action Plan Health Literacy in Germany—Lessons learned. *MDPI.*

67. Australian Government Department of Health. (2025). Improving health literacy and educating health professionals about safer medicine use. https://www.health.gov.au/news/improving-health-literacy-and-educating-health-professionals-about-safer-medicine-use

68. T. S. B. (2012). *2013–2017 stratejik planı.* http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/ stratejikplan20132017/index.html

69. Timetürk. (2016, October 2). Sağlık okuryazarlığı eğitici eğitimi programı başladı. https://www.timeturk.com/ajans/saglik-okuryazarligi-egitici-egitimi-programi-basladi/haber-358403

70. T. S. B. (2020). Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçüldü. https://sggm.saglik.gov.tr/tr,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html

71. Yener, D. (2025, April 7). Sağlık Bakanlığından "Sağlık Okuryazarlığı" için yeni eylem planı. https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakanligindan-saglik-okuryazarligi-icin-yeni-eylem-plani/3530232

72. Pleasant, A. (2013). Health literacy around the world: Part 2, health literacy efforts within the United States and a global overview. National Academies of Sciences.

73. Parker, R. (2000). Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International.*

74. Baker, H. J., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons.

75. Vernon, J. A., Trujillo, A., Rosenbaum, S., & DeBuono, B. (2008). Low health literacy: Implications for national health policy. http://npsf.org/askme3/pdfs/case_report_

76. U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *National action plan to improve health literacy.* https://health.gov/our-work/national-health-initiatives/health-liter

77. Institute for Public Health. (2020). *National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2019: Non-communicable diseases, healthcare demand, and health literacy—Key findings.* Ministry of Health Malaysia.

78. National Network of Libraries of Medicine. (2013). Health literacy. http://nnlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html

79. Schaeffer, H. K., et al. (2021). Health literacy in Germany: Findings of a representative follow-up survey. *Deutsches Ärzteblatt International.*

80. Haun, D. P., et al. (2012). Measurement variation across health literacy assessments: Implications for assessment selection in research and practice.

81. World Health Organization. (2013). *Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being (Short Version).*

82. Apfel, F., & The WHO Regional Office for Europe. (2013). *Health literacy: The solid facts.* Copenhagen: World Health Organization.

83. Rowlands, G. (2014). Health literacy: Ways to maximise the impact and effectiveness of vaccination information.

84. Bo, A., et al. (2014). National indicators of health literacy: Ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers—A population-based survey among Danish adults.

85. Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study.

86. Berkman, N. D., et al. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review.

87. Dinh, B. A., et al. (2020). Health literacy profiles of adults with multiple chronic diseases: A cross-sectional study using the Health Literacy Questionnaire.

88. Spring, H. (2020). Health literacy and COVID□19.

89. Woods, N. A. U. M., et al. (2023). Health literacy, health outcomes and equity: A trend analysis based on a population survey. *Journal of Primary Care & Community Health.*

90. Özdemir, A. Z., & H., N. B. (2010). Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Education Research,* 464–477.

91. Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. (2016). Ankara ili bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü kişilerin sağlık okuryazarlığı ve belirleyicilerinin saptanması. Gazi Üniversitesi.

92. Özkan, S. (2018). Evde ilaç bulundurma ve ilaçların akılcı kullanımı: Bir toplum sağlığı sorunu. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi,* 45–52.

93. Sağlık-Sen. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

94. Rang, H. P., et al. (2011). *Rang & Dale's pharmacology.* Elsevier Health Sciences.

95. Akıcı, A., & K., Y. (2013). Sosyal Güvenlik Kurumu çalışanlarının akılcı ilaç kullanımındaki etkin rolü ve farmakoekonomi. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı.

96. Şimşek, M. A., & Özata, M. M. (2008). Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri: Hekimlerin rasyonel ilaç kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.*

97. Gürhan, B. (2016). *Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanım ilkeleri açısından değerlendirilmesi* (Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi.

98. IQVIA. (2023). *Market prognosis.* IQVIA Institute for Human Data Science.

99. IQVIA. (2024). *Global use of medicines 2024: Outlook to 2028.* IQVIA Institute for Human Data Science.

100. OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators.* https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

101. OECD. (2025). *Pharmaceutical consumption: Antibiotics (J01) (Data set).* OECD Data Explorer.

102. Brahma, C. W., Dey, B., & Olivier, V. A. S. D. B., et al. (2010). Antimicrobial resistance in developing countries. In *pp. 505–524.*

103. World Bank. (2009). *A practical approach to pharmaceutical policy.* World Bank Publications.

104. Management Sciences for Health. (1997). *Managing drug supply: The selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals.* Kumarian Press.

105. Mehta, S., & Gogtay, N. J. (2005). From the pen to the patient: Minimising medication errors. *Journal of Postgraduate Medicine.*

106. Chaturvedi, V. P. M. A. G., & Chaturvedi, A. A. C. (2019). Rational drug use – As common as common sense? *Medical Journal Armed Forces India,* 273–276.

107. Acar, A., & Yeğenoğlu, S. (2005). Akılcı ilaç kullanımı penceresinde farmakoekonomi ve hastane formülerleri. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi.*

108. World Health Organization. (2004). *Rational use of medicines by prescribers and patients.* WHO.

109. World Health Organization. (2004). *WHO medicines strategy: Countries at the core 2004–2007.* WHO.

110. Mariam, A. H. R. Y., & Bobasa, E. M. (2015). Evaluating rational drug use with the help of World Health Organization's core indicators in Bule Hora Hospital. *European Journal of Therapeutics,* 108–113.

111. Başaran, N. F. (2012). Patients' experience and perspectives on the rational use of drugs. *Patient Preference and Adherence.*

112. Bayraktar, B. (2024). Rational drug use and community pharmacy. *Pharmata.*

113. Ekenler, Ş., & K. D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 44–55.

114. Afriyie, D. K., & Tetteh, R. (2014). A description of the pattern of rational drug use in Ghana Police Hospital. *International Journal of Pharmacy and Pharmacology.*

115. World Health Organization. (2002). *Promoting rational use of medicines: Core components (WHO policy perspectives on medicines No. 5).* WHO.

116. World Health Organization. (2002). *Promoting rational use of medicines: Core components.* WHO.

117. Hogerzeil, H. (1995). Promoting rational prescribing: An international perspective. *British Journal of Clinical Pharmacy,* 1–6.

118. Singh, T. B. B. G., & S. S. (2019). A prescription audit using the World Health Organization-recommended core drug use indicators in a rural hospital of Delhi.

119. Panda, A. P. S. M. G., & J., M. (2016). Drug-related problems associated with self-medication and medication guided by prescription: A pharmacy-based survey, 515–521.

120. Pirmohamed, M. J. S., et al. (2004). Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: Prospective analysis of 18,820 patients. *BMJ (British Medical Journal),* 15–19.

121. Jain, S. U. P. G., et al. (2015). A systematic review of prescription pattern monitoring studies and their effectiveness in promoting rational use of medicines. *Perspectives in Clinical Research.*

122. World Health Organization. (2011). *National essential drug policy including rational use of medicines.* WHO, Jaipur, Rajasthan, India.

123. Shehnaz, S. I. A. A. K., & K. N. (2014). A systematic review of self-medication practices among adolescents, 467–483.

124. Soleymani, F. A. F. M. A., & A. M. (2013). A survey on the factors influencing the pattern of medicine's use: Concerns on irrational use of drugs, 59–63.

125. Alghadeer, S. A. K. B., et al. (2018). Self-medication with antibiotics in Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal,* 719–724.

126. Machowska, A., & Stålsby Lundborg, C. (2019). Drivers of irrational use of antibiotics in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health.*

127. Yılmaz, M., Güler, N., Güler, G., & Kocataş, S. (2011). Bir grup kadının ilaç kullanımı ile ilgili bazı davranışları: Akılcı mı? *Cumhuriyet Medical Journal,* 266–277.

128. Lal, L. S., & V., R. P. (2010). Evaluation of rational use of medications in the United States. *Journal of Primary Care & Community Health,* 62–68.

129. Wirtz, V. J., et al. (2017). Essential medicines for universal health coverage.

130. Mirza, Z. (2008). Thirty years of essential medicines in primary health care. *Eastern Mediterranean Health Journal,* S74–S81.

131. World Health Organization. (2011). *National essential drug policy including rational use of medicines.* WHO, Jaipur.

132. Atif, M. M. I. D. D., et al. (2019). Essential medicine list, policies, and the World Health Organization. In *Encyclopedia of Pharmacy Practice and Clinical Pharmacy* (pp. 239–249). Elsevier.

133. World Health Organization. (2017). *The selection and use of essential medicines: Report of the WHO Expert Committee (including the 20th WHO Model List of Essential Medicines and the 6th Model List of Essential Medicines for Children).* WHO Technical.

134. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. (2024). *Akılcı ilaç kullanımı bülteni.*

135. Demir, C., & Şahin, B. (2022). Türkiye'de uygulanan ilaç politikaları konusunda paydaşların görüş ve tercihlerinin çok kriterli karar verme yöntemi (Electre III) ile değerlendirilmesi. *Sosyal Güvence Dergisi,* 565–589.

136. İlhan, S. Ö. Y. M. T. H., & U., D. A. (2022). Evaluation of irrational drug use of individuals over the age of 18 who applied to a university hospital. *Turkish Journal of Medical Sciences,* 484–493.

137. Isler, A. O. P. G. A. H., & K., O. (2022). Health literacy levels of individuals between 18–65 years old and its effect on rational drug use. *Eurasian Journal of Family Medicine,* 127–135.

138. Ekenler, Ş., & Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları (Individuals' knowledge and practices about rational drug use). *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 44–55.

139. Değer, M. S. S. M. A., & A. M. (2023). Rational drug and antibiotic use, e-health literacy, and related factors among Syrian immigrants: A cross-sectional study. *Antibiotics.* MDPI.

140. Hatipoğlu, S., & Özyurt, B. C. (2016). Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. *Taf Preventive Medicine Bulletin,* 1–8.

141. Srinivasan, C. (1999). Trained quacks: An Indian drug tragedy. *Issues in Medical Ethics.*

142. Mulwa, N. C. O. G. O. N. S., et al. (2015). Patterns of prescribing practices in Makueni County Referral Hospital, Kenya. *African Journal of Pharmacology and Therapeutics.*

143. Erku, D. A. M. A. B., & A., B. S. (2017). Inappropriate use of antibiotics among communities of Gondar Town, Ethiopia: A threat to the development of antimicrobial resistance. *Antimicrobial Resistance & Infection Control,* 1–7.

144. Yin, C. H. X. S. K. M. X., & F., T. (2022). Knowledge and behavior in rational drug use among college students in Zunyi City. *Risk Management and Healthcare Policy,* 121–131.

145. Yazıcıoğlu, Y., & Erdoğan, S. (2004). *Örneklem büyüklüğü hesaplama yöntemleri.* Detay Yayıncılık.

146. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023, May 3). Göçmen sağlığı merkezleri. https://ankaraism.saglik.gov.tr/tr-278313/gocmen-sagligi-merkezleri.html

147. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2023). https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/gsm.html

148. Okyay, P. A. F., & H. H. (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği-32.*

149. Demirtaş, Z. D. G. A. M. S. R., et al. (2018). Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenirliği. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi.*

150. Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). Sage Publications.

151. Sheskin, D. J. (2020). *Handbook of parametric and nonparametric statistical procedures* (6th ed.). CRC Press.

152. Nordic Council of Ministers. (2025). *Deep dive 2: Inclusion of immigrant women.*

153. Durmaz, N. U. B. B. S., & E. T. (2023). A refugee mother's perspective: Healthcare satisfaction and access to health services as an immigrant in Turkey. *İstanbul Kuzey Klinikleri.*

154. Aıda. (2025, July 29). *Health care. In Country report: Content: Temporary protection: Health care.* https://asylumineurope.org/reports/country/turkiye/content-temporary-protection/health-care/

155. Tengilimoğlu, D. Z. A. B. F. E. H., & Y. M. (2021). Refugees' opinions about healthcare services: A case of Turkey. *MDPI.*

156. Wu, S. W. R., et al. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: A population based study. *BMC Public Health.*

157. World Health Organization. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European region: No public health without refugee and migrant health.* WHO Regional Office for Europe.

158. Couture, É. M., M.-C. F. M., & H. C. (2017). The relationship between health literacy and quality of life among frequent users of health care services: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes.*

159. Alemi, M. S., et al. (2017). Determinants of health care services utilization among first generation Afghan migrants in Istanbul. *International Journal of Environmental Research and Public Health.*

160. Gonçalves-Fernández, M. L. (2025). Health literacy in healthy adults: A systematic review of levels and determinants. *Atencion Primaria.*

161. Sun, X. H., et al. (2022). Gender differences in factors associated with the health literacy of hospitalized older patients with chronic diseases: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health.*

162. Heizomi, H. I. Z., et al. (2020). Gender differences in the associations between health literacy and medication adherence in hypertension: A population-based survey in Heris County, Iran. *Vascular Health and Risk Management,* 157–166.

163. Gökşen, A. E. Z., & İ., K. G. (2022). Investigation of health literacy by gender in individuals receiving physiotherapy and rehabilitation services. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation,* 205–213.

164. Karaca, Ö., & A., D. G. (2024). En bilimleri öğretmenlerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi,* 28–47.

165. Huh, K. M., et al. (2025). Cross-sectional analysis of sociodemographic factors associated with self-reported and knowledge-based health literacy in Korea using KNHANES. *KNHANES Scientific Report.*

166. Çalık, M. N., & K. (2025). Yetişkin hastaların sağlık okuryazarlık düzeyine göre acil servisi kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi.*

167. Chakraverty, B. A. A. A. S. Ü. M. I. S. N. W. C. K. E., D. (2022). Gender differences of health literacy in persons with a migration background: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.*

168. Jiang, X. W. L. L., et al. (2024). The level of electronic health literacy among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health.*

169. Stormacq, W. J., & V. D. C. B. S. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International.*

170. Zhang, X. H., & J. H. (2022). Association between number of children and parental health literacy: Evidence from a population-based study in China. *BMC Public Health.*

171. Friis, M. H. T., et al. (2016). Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: A population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ Open.*

172. Sakarya Üniversitesi. (2023). *Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeyi: Meta-analiz ve ulusal rapor değerlendirmesi.* Enstituoıs Veri Tabanı.

173. Yılmaz, E., & Aydın, S. (2022). Kronik hastalığı olan bireylerde e-sağlık okuryazarlığı ve hasta aktivasyonu arasındaki ilişki. *İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi,* 245–253.

174. Guo, A. J. H. M. J. Z. W. Z. Y. G. X., & Y. D. (2023). Impact of health literacy and social support on medication adherence in patients with hypertension: A cross-sectional community-based study. *BMC Cardiovascular Disorders.*

175. Vater, M. D. A., & J. S. (2024). Evaluation of health literacy and its association with medication adherence and quality of life in childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Lupus.*

176. Wang, W. L. W. Z. Z., & M. Y. (2023). Association between medication literacy and medication adherence and the mediating effect of self-efficacy in older people with multimorbidity. *BMC Geriatrics.*

177. Hyvert, S. Y. A. L. H. J. V. E. C. R. D. C. D. F. H., & J.-D. A. (2023). Association between health literacy and medication adherence in chronic diseases: A recent systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy,* 38–51.

178. Şenlik, Z. B. (2023). Kendi kendine ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili özelliklerin saptanması. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi,* 4–17.

179. Chauhan, A. L.-J. F. G. D. G. C. D. Z. J. K. A. M. P. D. W. A. F. M. S. V. D. A. M., & P. S. (2024). Unravelling the role of health literacy among individuals with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.*

180. Nie, X. L. Y. L. C. W. J., & L. L. (2021). The association between health literacy and self-rated health among residents of China aged 15–69 years. *American Journal of Preventive Medicine.*

181. Tutu, R. A. A. E. E. K. J., & O.-B. D. (2025). Health literacy levels and self-rated health in the state of Delaware: A cross-sectional study. *Discover Health Systems.*

182. Aygun, O., & C. S. (2021). The relationship between general health behaviors and general health literacy levels in the Turkish population. *Health Promotion International.*

183. Yimer, A. M. G., & K. M. H. (2024). Household storage and disposal of unused and expired medicines in Dessie, Ethiopia: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health.*

184. Loikas, W. B. V. E. M., & D. (2013). Differences in drug utilisation between men and women: A cross-sectional analysis of all dispensed drugs in Sweden. *BMJ Open.*

185. Yay, E., & Y. H. E. (2023). Rational drug use knowledge levels of individuals aged 65 and over with multiple drug use. *Turk J Fam Pract,* 29–35.

186. Kaya, A. G. F. (2025). Rational drug use and the disposal cost of unused medications within house; A descriptive-cross-sectional study. *BMC Public Health.*

187. Kavuncuoğlu, D., Koşan, Z., Yılmaz, S., & Vançelik, S. (2023). Health literacy levels and affecting factors among adults in Northeast Anatolia. *Journal of Surgery and Medicine, 7*(1), 20–25. https://doi.org/10.28982/josam.1062817

188. Koçyiğit, H., Akgöz, A. B., Bolat, S. M., & Baykan, Z. (2020). Evaluation of the knowledge, attitudes and behaviours of the first-year medical students at Erciyes University about rational antibiotic usage. *Journal Name, Volume*(Issue), page range.

189. Murad, H., Basheikh, M., Zayed, M., Albeladi, R., & Alsayed, Y. (2022). The association between medication non-adherence and early and late readmission rates for patients with acute coronary syndrome. *International Journal of General Medicine, Volume*(Issue), page range.

190. Bozdemir, E., & Filiz, M. (2021). Türkiye'de akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranış belirlemeye yönelik yapılan çalışmaların sistematik derlemesi. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*

191. Ayaz-Alkaya, S., & Öztürk, F. O. (2021). Health literacy levels of women and related factors in Turkey. *Journal of Nursing Research*

192. Chesser, A. K., Keene Woods, N., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology & Geriatric Medicine, 2*, 1–12. https://doi.org/10.1177/2333721416630492

8. EKLER

EK 1: GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

"Göçmenlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Kamu Hastaneleri Örneği" isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni çalışmanın gerçekleştirileceği grup olan 18 yaş üzeri göçmen birey olmanızdır. Bu çalışma, akademik amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında Prof. Dr. Türkan YILDIRIM sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı 18 yaş üzeri göçmenlerde sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu araştırmaya katılımınız tamamen isteğinize bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmadan çekilmede veya araştırmaya katılmamakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, değerlendirmelere katılmanıza gerek yoktur. Aynı şekilde çalışmayı yürüten öğretim üyesi çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun durum belirlenecektir. Çalışmaya katılmanız halinde sorumluluklarınız, değerlendirme formlarını cevaplamaktır.

Çalışmada kullanılacak olan anket, kişisel ve sosyo-demografik bilgiler ile sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı ölçekleri olmak üzere 3 kısımdan oluşacaktır. Çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyinizi ölçmek için Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyomu tarafından geliştirilen, güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Sağlık Bakanlığı'nca yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılacaktır. Ölçek 2 boyuttan (tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve 32 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddelere ilişkin katılım düzeyleri "1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor, 5 = Fikrim yok" şeklinde puanlandırılmaktadır. Daha sonra akılcı ilaç kullanımı düzeyinizi ölçmek için Demirtaş ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen ve

geçerlilik ve güvenilirliği Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından yapılan Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği kullanılacaktır. Ölçek 21 madde ve tek bir alt boyuttan oluşmaktadır.

Formları cevaplamanız yaklaşık olarak 5 dakika sürecektir. Çalışmamızın sağlığınız açısından herhangi bir riski yoktur. Araştırmada yer almanız ile 18 yaş üzeri göçmenlerde sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı düzeyi arasındaki ilişki incelenecek olup ayrıca göçmenlerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı algılarının çeşitli sosyo-demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum vb. gibi) açısından farklılık gösterip göstermediği de araştırılacaktır. Ayrıca bu konuda araştırma yapacak olan bireylere yol göstermiş olacaksınız.

Size bu konuda herhangi bir ödeme yapılmayacağı gibi, sizden de bu araştırma kapsamında herhangi bir ücret istenmeyecektir. Sizin araştırmaya katılımınız isteğe bağlıdır ve sizin istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışmada araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır. Ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde etik kurullar ve resmi makamlar inceleyebilir. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde alan literatüründe yayınlanabilecektir. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirilecektir. Araştırmaya 350 bireyin dahil edilmesi ön görülmektedir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin kullanılması için araştırma yürütücüsüne izin veriyorum ve bu araştırmaya katılma davetini hiçbir zorlama ve baskı olmadan gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının;	Araştırmacının;
Adı-soyadı:	Adı-soyadı:
Telefon:	İmza:
İmza:	Tarih:

EK 2: ANKET SORULARI

GÖÇMENLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ İLE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sayın Katılımcı

Bu anket, "Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli yüksek lisans tez çalışmamda kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Çalışmanın amacı sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu çerçevede çalışmada iki farklı ölçek ve sosyo-demografik, sağlık ve hastalıklara ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sorulara verilecek cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak, kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacaktır. Ankete gösterdiğiniz ilgi ve yardımlarınız için çok teşekkür ederim. Saygılarımla.

Sinem YILDIZ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

1. BÖLÜM

1. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

2. Yaşınız: ( ) 25'ten küçük ( ) 26-35 ( ) 36-45 ( ) 46-55
( ) 56-65 ( ) 66-75 ( ) 76 ve üzeri

3-Öğrenim Durumunuz:
( ) Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul ( ) İlköğretim/Ortaokul
( ) Lise ( ) Ön lisans ( ) Lisans ( ) Yüksek lisans/Doktora

4. Medeni durumunuz ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Ayrılmış/Dul

5. Şu an çalışıyor musunuz? ( )Evet ( ) Hayır

6.Mesleğiniz nedir:
( ) Ev Hanımı ( ) Kamuda çalışan ( ) Özel sektörde çalışan ( ) Serbest meslek
( ) Emekli ( ) Diğer……

7. Sahip olunan çocuk sayısı
( ) Çocuğum yok ( ) 1 Çocuk ( ) 2 Çocuk ( ) 3 Çocuk
( ) 4 Çocuk ve daha fazla

8. Hanede yaşayan kişi sayısı …… kişi

9. Ailenizin aylık gelir gider oranını nasıl değerlendirirsiniz?

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

10. Genel olarak sağlığınız nasıldır?

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

11. Tanısı konulmuş kronik bir hastalığınız (diyabet, hipertansiyon, astım, vb.) var mı?

( ) Var ( ) Yok (Cevabınız hayır ise 13. Soruya geçiniz)

12. Tanısı konulmuş kronik hastalığınız nedir? Lütfen belirtiniz. ……..……

13.Hastalandığınızda genellikle ilk başvurduğunuz yer neresidir?

( ) Göçmen sağlığı merkezi ( ) Devlet hastanesi ( ) Özel hastane ( ) Üniversite hastanesi

( ) Eczane ( ) Diğer (belirtiniz)……

14.Son bir yılda herhangi bir sağlık hizmeti sunucusuna kaç defa başvurdunuz?

( ) 1-2 defa ( ) 3-5 defa ( ) 6-9 defa ( ) 10 defa ve daha fazla

15. Düzenli ilaç kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

16. Doktora danışmadan ilaç kullanır mısınız?

( ) Evet ( ) Hayır (Cevabınız hayır ise 18. Soruya geçiniz).

17. Doktora danışmadan en sık hangi ilaçları kullanırsınız? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Ağrı kesiciler
- Ateş düşürücüler
- Antibiyotikler
- Soğuk algınlığı ilaçları
- Mide-sindirim sistemi ilaçları
- Vitamin mineral takviyeleri
- Psikiyatrik ilaçlar
- Diğer (belirtiniz)……

18. Doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bıraktığınız olur mu?

( ) Evet ( ) Hayır (Cevabınız hayır ise 21. Soruya geçiniz).

19. Verilen ilacı bitirmeden bırakma sebebiniz nedir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz).

- İyileşme
- Unutkanlık /kullanmaktan sıkılma
- Fazla ilaç içmemek için
- Fayda görmediğini düşünme
- Alerji
- Diğer (belirtiniz)……

20. Evde kullanılmayan artmış veya yedek amaçlı saklanan ilaç/ilaçlar var mıdır?

( ) Evet ( ) Hayır

21. İlaçları kullanmadan önce "son kullanma tarihine" bakar mısınız?

( ) Evet ( ) Hayır

22. Son kullanma tarihi geçmiş ilaçları kullandınız mı?

( ) Evet (Nedeni:……..) ( ) Hayır ( ) Bazen (Nedeni:…….)

23.Daha önce "Sağlık Okuryazarlığı" eğitimi aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

24. Eğitim aldıysanız nereden aldınız?.....

25. Daha önce "Akılcı İlaç Kullanımı" eğitimi aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

26.Eğitim aldıysanız nereden aldınız?.....

2. BÖLÜM: TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-32)

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

No	**Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız <u>aşağıdakileri yapmak</u> sizin için ne derece kolay/zordur?**	**Çok Kolay**	**Kolay**	**Zor**	**Çok Zor**	**Fikrim Yok**
1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					

No	**Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız <u>aşağıdakileri yapmak</u> sizin için ne derece kolay/zordur?**	**Çok Kolay**	**Kolay**	**Zor**	**Çok Zor**	**Fikrim Yok**
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

3. BÖLÜM

AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve size uygun kutucuğu işaretleyiniz.

No	Önermeler	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1	Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.			
2	Benzer şikayetleri olan bir yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.			
3	Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.			
4	İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.			
5	Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.			
6	İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.			
7	İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.			
8	İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.			
9	Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.			
10	Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.			
11	İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.			
12	Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.			
13	Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.			
14	İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.			
15	Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.			
16	Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.			
17	İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.			
18	Çok sayıda ilaç kullanmak değil, yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.			
19	Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.			
20	Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.			
21	Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.			

EK 3: ANKET KULLANIM İZNİ

Re: Anket Kullanım İzni

ZD zeynep demirtaş
Kime Sinem YILDIZ

Yanıtla | Tümünü Yanıtla | İlet | ...
19.02.2024 Pzt 16:13

akılcı ilaç ölçeği.docx
13 KB

Merhaba,
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Akılcı ilaç kullanımı ölçeği ektedir.
Ölçeğe verilen cevaplar Evet:2 puan, Bilmiyorum:1 puan, Hayır:0 puan şeklinde puanlanmaktadır.
2, 5, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20. maddeler ters önerme olup tam tersi puanlanmaktadır.
Ölçekten alınan puanlar arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi artmaktadır.
Ölçek için kestirim değeri 34 puan olarak belirlendi.
35 puan ve üzeri akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olarak değerlendirilebilir veya ölçekten alınan puan arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi artıyor olarak değerlendirilebilir.
İyi çalışmalar dilerim

Sinem YILDIZ ‹ , 19 Şub 2024 Pzt, 07:47 tarihinde şunu yazdı:

> Sayın Hocam
>
> Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi Sinem Yıldız. Yüksek Lisans Tez danışmanım Prof. Dr. Türkan Yıldırım ile yapacağımız tez çalışmamda geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Akılcı İlaç Kullanım Ölçeğini kullanmak için izninizi istiyorum.
>
> Saygılarımla

Re: Anket Kullanım İzini

PO PINAR OKYAY
Kime Sinem YILDIZ
Bilgi

Yanıtla | Tümünü Yanıtla | İlet | ...
15.02.2024 Per 19:45

Bu iletinin görüntülenme şekliyle ilgili bir sorun varsa, iletiyi web tarayıcıda görüntülemek için buraya tıklayın.

TSOY32.docx
20 KB

Merhaba Sevgili Sinem,

Öncelikle ölçeğimize göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz.
SOY ile ilgili 2 adet ölçeğimiz var.
Bunlardan ilki Avrupa SOY Türkçe uyarlaması ASOY. Siz bunu kullanmak istiyorsanız Prof. Dr. Filiz Abacıgil hocamıza başvurmanız gerekiyor.

Ama Türkiye SOY yani TSOY'u kullanmak istiyorsanız, ben yetkiliyim; uygundur.
Ölçeği kullanmanız amacına hizmet etmek olur.
Ekte ölçek ile bilgi ve aşağıda da daha detaylı bir puanlama paylaşıyorum.
Umarım yeterli olur.
Selamlar.

Pınar

Ölçekte yer alan kodlamalar 1-çok kolay, 2-kolay, 3-zor, 4-çok zor, 5 fikrim yok şeklinde
öncelikle üstte yer alan kodlamalar şeklinde girdiyeseniz onları tekrar kodlamak gerekli 1-4, 2-3, 3-2, 4-1 şeklinde ve 5 seçeneğini işaretleyenleri de kayıp veri şeklinde tanımlamalısınız
indeks hesaplaması için de veritabanınızda Sağlık Bakanlığı dökümanın ilk sayfasındaki (ölçek çalışmasının 79. sayfası) tablodaki gibi her bir alt boyut için ortalamaları hesaplamalısınız (eğer 5 seçeneğini kayıp veri şeklinde tanımlamaz da 0 şeklinde girerseniz ortalama hesabında göz önüne alınacak ve ortalamaları düşürecektir, o nedenle 5 seçeneğini işaretleyenlerin hesap yaparken boş şekilde yeniden kodlandığından emin olunuz)

EK 4: GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU TEZ ÖNERİSİ KABUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.12.2024-430872

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yazı İşleri Birimi

Sayı : E-62602371-730.03.02--430872 26.12.2024
Konu : Yönetim Kurulu Kararı

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 18 Aralık 2024 tarih ve 241 (30) sayılı toplantısında alınan karar kapsamında; Sağlık Yönetimi Doktora Programı öğrencisi Sinem YILDIZ'ın "Tez Başlığı Değişikliği" önerisi kabul edilmiştir. Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 4395 sayılı Yönetim Kurulu Kararının Ek'te gönderildiği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Onur GENÇ
Enstitü Müdürü V.

Ek:Yönetim Kurulu Kararı

Dağıtım:
Gereği:
Gsbe Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığına
Bilgi:
Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 18.12.2024
Toplantı Sayısı : 241(30)
Karar Sayısı : 00004395

Sağlık Yönetimi doktora programı öğrencisi Sinem YILDIZ' ın tez başlığı değiştirme önerisi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 18.12.2024 tarih 241(30) sayılı oturumunda oy birliğiyle kabul edildi.

Öğrencinin:

Adı Soyadı	Statüsü	Tez Başlığı Değişikliği
Sinem YILDIZ	Doktora	**Eski Tez Başlığı :** Göçmenlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasında İlişkinin İncelenmesi: Göçmen Sağlık Merkezinde Bir Uygulama **Yeni Tez Başlığı :** Göçmenlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasında İlişkinin İncelenmesi: Kamu Hastaneleri Örneği

YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Onur GENÇ
Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Ali ALBAY
Üye

Prof. Dr. Yalçın OZKAN
Üye

Prof. Dr. Simel AYYILDIZ
Üye

Prof. Dr. Hatice AYHAN
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Okan Ali AKSOY
Üye

Tolga KAYA
Enstitü Sekreteri

EK 5: ETİK KURUL İZNİ

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 07.01.2025
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 07.01.2025
TOPLANTI SAATİ : 13:00 (toplantı online yapılmıştır)
TOPLANTI NO : 2025/01
PROJE/ KARAR NO : 2025/51 (Değerlendirilme Tarihi: 07.01.2025)

Üniversitemiz Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Türkan YILDIRIM'ın sorumlu araştırmacı, Sinem YILDIZ'ın yardımcı araştırmacı olduğu, 2025/51 kayıt numaralı, **"Göçmenlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Kamu Hastaneleri Örneği"** başlıklı **yüksek lisans tezi** proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Unvanı ve Adı/Soyadı	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR	Üye	
5	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN	Üye	
6	Prof. Dr. Hüseyin Levent YAMANEL	Üye	
7	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU	Üye	
8	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ	Üye	TOPLANTIYA KATILMADI (İSTİRAHATLİ)
9	Prof. Dr. Dilek YILDIZ	Üye	
10	Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU	Üye	
11	Prof. Dr. Umut BEYLİK	Üye	
12	Prof. Dr. Onur ERDEM	Üye	
13	Doç. Dr. Mehmet Talay KÖYLÜ	Üye	
14	Prof. Dr. Serkan PEKÇETİN	Üye	
15	Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK	Üye	
16	Doç. Dr. Sait YEŞİLLİK	Üye	
17	Doç. Dr. Nezehat Özgül ÜNLÜER	Üye	
18	Dr. Öğr. Üyesi Fatih NAMAL	Üye	

EK 6: İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZNİ

17.02.2025-449477

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı

Sayı : E-90739940-799-268512265
Konu : Sinem YILDIZ (Tez Çalışması)

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İlgi : Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığının 11.02.2025 tarihli ve E-51381736-771-267837345 sayılı yazısı.

Üniversiteniz Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Sinem YILDIZ' ın ***"Göçmenlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle Aktif İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Kamu Hastaneleri Örneği"*** konulu tez çalışması talebine ilişkin Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin cevabi yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Söz konusu çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla ilgili kurumda yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Fatih TEKİN
Müdür a.
Sağlık Hizm. Başkan Yrd.

Ek: Üst Yazı