SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİĞİNİ

4- 6 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ANTİBİYOTİK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: EYÜPSULTAN'DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ

Dr. Ezgi Sancaroğlu Yavuzer

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2025

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

4- 6 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ANTİBİYOTİK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: EYÜPSULTAN'DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ

Dr. Ezgi Sancaroğlu Yavuzer

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2025

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye 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.

Ezgi Sancaroğlu
Yavuzer
22.07.2025

TEŞEKKÜR

Başta eğitim sorumlum ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e; akademik rehberliği, güven verici tutumu ve yol göstericiliği için en içten teşekkürlerimi sunarım.

Rotasyonlarım süresince ilgi ve bilgilerini bizden esirgemeyen tüm klinik şeflerimize ve uzman meslektaşlarıma;

Ve araştırmanın yürütülmesi için gerekli izni sağlayarak çalışmanın hayata geçmesine katkı sunan İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne teşekkür ederim.

Şişli Etfal Aile Hekimliği programına dahil olmamda doğrudan etkisi olan, mesleki yolculuğumun yönünü değiştiren ve sonrasında kendi yolunu da cesurca yeniden inşa eden değerli arkadaşım Uzm. Dr. Osman Sağsöz'e;

Etfal'e yerleştiğimi bana haber verdiği anda, 'iyi ki eşkıdemim olmuş' dediğim; ilk günümden son günüme kadar hep yanımda olan Dr. Bilge Babakişi'ye,

Tez sürecinde beni motive eden ve ilerlememi sağlayan Uzm. Dr. Ziya Köseoğlu'na;

Zorlu dönemleri birlikte aştığımız, mesleki olduğu kadar kişisel olarak da yanında olmaktan güç aldığım, yalnızca bir kardeş değil, bir yoldaş ve akıl ortağı olarak gördüğüm Dr. Ulaş Atakan Sancaroğlu'na;

Bu yolculuk boyunca sabrı, desteği ve teşvikiyle beni mutlu etmeye devam eden hayat arkadaşım Ömercan Yavuzer'e;

Ve akademik hayatım boyunca beni hep anlayışla dinleyen, daima yanımda olan sevgili annem Hemşire Ayşe Sancaroğlu ve babam Anestezi Teknikeri Murat Sancaroğlu'na tüm içtenliğimle teşekkür ederim..

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR iv
İÇİNDEKİLER v
TABLOLAR LİSTESİ vii
ŞEKİLLER LİSTESİ ix
SİMGELER VE KISALTMALAR x
ÖZET xi
ABSTRACT xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
1.1 GİRİŞ 1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI 2
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 4
2.2. AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI 8
2.2.1. Anne Baba Antibiyotik Algıları Ölçeği 9
3. GEREÇ VE YÖNTEM 11
3.1. ARAŞTIRMA TÜRÜ VE TASARIMI 11
3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM 11
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 12
3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ 13
3.5. VERİLERİN ANALİZİ 14
4. BULGULAR 16
4.1. DEMOGRAFİK VE DİĞER ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR 16
4.2. ABANA ÖLÇEĞİ VE TSOY-32 ÖLÇEĞİ PUANLARINA DAİR BULGULAR 25
5. TARTIŞMA 67
5.1. GENEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI 68
5.1.1. Cinsiyet ile İlişkinin Değerlendirilmesi 69
5.1.2. Eğitim Durumu ile İlişkinin Değerlendirilmesi 70
5.1.3. Gelir Grupları ile İlişkinin Değerlendirilmesi 71
5.1.4. Çalışma Durumu ile İlişkinin Değerlendirilmesi 71
5.1.5. Meslek ile İlişkinin Değerlendirilmesi 72
5.1.6. Medeni Durum ile İlişkinin Değerlendirilmesi 73
5.1.7. Sağlık Okuryazarlığı ile Evde Çocuğa Bakım Verebilecek Kişinin Bulunması 74
5.1.8. Sağlık Sigortası Olma Durumu ile İlişkisinin Değerlendirilmesi 74

5.1.9. Yaş ile İlişkinin Değerlendirilmesi 75
5.2. ANTİBİYOTİK ALGISI DÜZEYİ İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI 76
5.2.1. Cinsiyet ile İlişkinin Değerlendirilmesi 77
5.2.2. Eğitim Durumu ile İlişkinin Değerlendirilmesi 77
5.2.3. Gelir Grupları ile İlişkinin Değerlendirilmesi 77
5.2.4. Çalışma Durumu ile İlişkinin Değerlendirilmesi 78
5.2.5. Meslek ile İlişkinin Değerlendirilmesi 79
5.2.6. Cinsiyet ile İlişkinin Değerlendirilmesi 79
5.2.7. Medeni Durum ile İlişkinin Değerlendirilmesi 80
5.2.8. Antibiyotik Algısı ile Evde Çocuğa Bakım Verebilecek Kişinin Bulunması 80
5.2.8. Sağlık Sigortası Olma Durumu ile İlişkisinin Değerlendirilmesi 81
5.2.9. Yaş ile İlişkinin Değerlendirilmesi 82
5.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE EBEVEYNLERİN ANTİBİYOTİK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 84
5.5. ÇALIŞMANIN GÜCÜ VE SINIRLILIKLARI 92
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 93
7. KAYNAKLAR 95

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Anne ve Babaların Antibiyotik Algıları (ABANA) Ölçeği ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği–32 (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut İndeks Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler (n=297) 25

Tablo 2. Katılımcıların TSOY İndekslerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı (n=297) 26

Tablo 3 ABANA Alt Boyutlarının Normalize Ortalamaları 29

Tablo 4. Sağlık Bilgisine Ulaşma Yöntemlerine İlişkin Yanıtların Dağılımı (ABANA Bilgi Arama Alt Boyutu) 31

Tablo 5. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (n=297) 33

Tablo 6. Katılımcıların ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (n=297) 34

Tablo 7. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297) 35

Tablo 8. ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297) 37

Tablo 9. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297) 39

Tablo 10. ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297) 40

Tablo 11. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297) 42

Tablo 12. Katılımcıların ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297) 43

Tablo 13. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması (n=297) 44

Tablo 14. ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması (n=297) 48

Tablo 15. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297) 49

Tablo 16. Katılımcıların ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297) 51

Tablo 17. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Çocuğunuz hastalandığında evde bakım sağlayabilecek biri var mı?" Sorusuna Göre Karşılaştırılması (n=297) 52

Tablo 18. Katılımcıların ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Çocuğunuz hastalandığında evde bakım sağlayabilecek biri var mı?" Sorusuna Göre Karşılaştırılması (n=297) 53

Tablo 19. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Sağlık sigortanız var mı?" Sorusuna Göre Karşılaştırılması (n=297) . 54

Tablo 20. ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Sağlık sigortanız var mı?" Sorusuna Göre Karşılaştırılması (n=297) 55

Tablo 21. TSOY Ölçeği ve Alt Boyutlarına Göre Kronik Hastalık ve İlaç Kullanımı Sorusuna Verilen Yanıtlar (n=297) 56

Tablo 22. ABANA Ölçeği ve Alt Boyutlarına Göre Kronik Hastalık ve İlaç Kullanımı Sorusuna Verilen Yanıtlar (n=297) 57

Tablo 23. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=297) 58

Tablo 24. Katılımcıların "Çocuğunuz hastalandığında evde bakım sağlayabilecek biri var mı?" Değişkenine Göre Antibiyotik Kullanımı ve Sağlık Hizmeti Başvurularına İlişkin Davranışlarının Karşılaştırılması (n=297) 60

Tablo 25. ABANA ve TSOY Ölçeği Puanları ile Katılımcıların Yaşları ve Çocuklarına İlişkin Sağlık Hizmeti Kullanımı Arasındaki Korelasyonlar (n=297) 62

Tablo 26. ABANA ve Alt Boyutları ile TSOY-32 Ölçeği İndeksleri Arasındaki Korelasyonlar (n=297) 64

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Katılımcıların Yaş Dağılımı 16

Şekil 2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı 17

Şekil 3. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı 17

Şekil 4. Katılımcıların Gelir Durumu Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı 18

Şekil 5. Katılımcıların Çalışma Durumları 18

Şekil 6. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı 19

Şekil 7 .Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı 19

Şekil 8. Katılımcıların Çocuk Hastalandığında Evde Bakım Sağlayacak Kişi Sorusu Yanıt Dağılımı 20

Şekil 9. Katılımcıların Sağlık Sigortası Dağılımı 20

Şekil 10. Katılımcıların "Kronik Hastalık/Sürekli İlaç Kullanımı" Dağılımı 21

Şekil 11. Katılımcıların Çocuklarının Düzenli Olarak Katıldıkları Etkinlik Türlerinin Frekans Dağılımı 21

Şekil 12 .Katılımcıların Reçetesiz Antibiyotik Temini Hakkında Görüşleri 22

Şekil 13. Son 1 Yılda Antibiyotik Kullanım Sayıları 23

Şekil 14. Antibiyotik Yarım Bırakma Nedenleri 23

Şekil 15. Son 1 Yıl İçinde Acil Servis Başvuru Sıklığı 24

Şekil 16. Son 1 Yıl İçinde Acil Servis Dışı Sağlık Hizmeti Birimi Başvuru Sayıları 24

Şekil 17. HLS-EU sınıflamasına göre Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri 27

Şekil 18: Tedavi ve Hizmet İndeksine Göre Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırması 28

Şekil 19. HK-SG İndeksine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi 29

Şekil 20. ABANA Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Normalize Ortalamaları 30

Şekil 21. ABANA Alt Boyutları ile TSOY-32 Alt Boyutları Arasındaki Anlamlı Korelasyonların Isı Haritası 66

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABANA : Anne Baba Antibiyotik Algıları Ölçeği

ADHF :Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık

ATC-DDD :Anatomik-Terapötik-Kimyasal Sınıflandırma Sistemi / Tanımlanmış Günlük Doz (Defined Daily Dose)

DSÖ :Dünya Sağlık Örgütü

ECDC :Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (European Centre for Disease Prevention and Control)

HLS-EU-Q :European Health Literacy Survey Questionnaire

NAAL :Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi (National Assessment of Adult Literacy)

NVS :En Yeni Yaşamsal Belirteç (Newest Vital Sign)

REALM : Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

TSOY :Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

TSOY-HK :Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Alt İndeksi

TSOY-TH : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Tedavi Hizmetleri Alt İndeksi

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, 4–6 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile antibiyotik kullanımına ilişkin algıları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tasarımdaki araştırma, İstanbul Eyüpsultan Göktürk Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 4–6 yaş arası çocuğu olan 297 ebeveyn ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Anne-Baba Antibiyotik Algıları Ölçeği (ABANA) kullanılmış; veriler çevrimiçi ve yüz yüze anket yoluyla toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 26.0 programında tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizleri, t-testi, ANOVA ve post-hoc testlerle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların TSOY indeks puanı 33,63±8,60 olarak hesaplanmıştır. HLS-EU sınıflamasına göre "yeterli" düzeydedir. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı ile antibiyotik algısı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.328$; $p<0.001$). Eğitim düzeyi, gelir durumu arttıkça hem TSOY hem de ABANA puanlarının yükseldiği görülmüştür. Sağlık çalışanlarının antibiyotik algı ve sağlık okuryazarlığı puanları diğer gruplara göre daha yüksektir. TSOY-HK/SG "Bilgiyi kullanma" becerisi, TSOY alt boyutları arasında en düşük puanlanan alan olmuştur. ABANA ölçeğinde "Bilgi arama" puanı en düşük puanı almıştır. Ayrıca, çocuğu hastalandığında evde bakım sağlayabilecek birinin varlığı, antibiyotik algısı puanını yükselten ve acil servis başvurusunu düşüren bir faktör olarak öne çıkmıştır.

Sonuç: Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı antibiyotik algısı ile orta düzeyde ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı müdahaleleri düşük gelir grubu ve düşük eğitim seviyesi gruplarına hedeflenerek gerçekleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Antibiyotik Algısı, ABANA, TSOY-32, Ebeveyn, Aile Hekimliği

ABSTRACT

Aim: This study aims to evaluate the relationship between parents' health literacy levels and their perceptions regarding antibiotic use in children aged 4 to 6. The research investigates how parents' abilities to access, understand, and apply health-related information influence antibiotic use behaviors in their children.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 297 parents registered at Eyüpsultan Göktürk Family Health Center in Istanbul. Data were collected using the Turkey Health Literacy Scale (TSOY-32) and the Parental Perceptions of Antibiotics Scale (PAPA), through both online and face-to-face surveys. The data were analyzed using SPSS 26.0, applying descriptive statistics, correlation analyses, t-tests, ANOVA, and post-hoc tests.

Results: The participants' HLS-TR index score was calculated as 33.63±8.60, which corresponds to an "adequate" level according to the HLS-EU classification. A positive and statistically significant relationship was found between parents' health literacy and their perception of antibiotics ($r=0.328$; $p<0.001$). As the level of education and income increased, both HLS-TR and PAPA scores also increased. Health professionals had higher scores in both antibiotic perception and health literacy compared to other groups. Among the subdimensions of the HLS-TR, the "Applying information" skill received the lowest score. In the PAPA scale, the "Information seeking" subdimension had the lowest score. Additionally, the presence of someone at home to care for the child when ill emerged as a factor that increased the perception of antibiotics and reduced emergency department visits.

Conclusion: Parents' health literacy is moderately associated with their perception of antibiotics. Health literacy interventions should be targeted toward low-income and low-education groups.

Key Words: Health Literacy, Antibiotic Perception, PAPA, TSOY-32, Parents, Family Medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 GİRİŞ

Çocukluk çağı enfeksiyon hastalıkları, özellikle 0-6 yaş arası çocuklar için önemli bir morbidite kaynağıdır. Türkiye Sağlık Araştırması 2022 verilerine göre, 0-6 yaş grubunda en sık görülen hastalıklar arasında üst solunum yolu enfeksiyonları (%31,3), ishal (%29,4) ve alt solunum yolu enfeksiyonları (%6,9) yer almaktadır(1). Bu yaş grubunda bağışıklık sisteminin henüz tam gelişmemiş olması, viral enfeksiyonlara yatkınlığı artırmaktadır(2).

Üst solunum yolu enfeksiyonlarının büyük bir bölümü viral etkenlere bağlı gelişmesine rağmen, özellikle çocukluk döneminde bu tür enfeksiyonlara karşı antibiyotik kullanımı oldukça yaygındır(3). Özellikle okul öncesi dönemde 4-6 yaş çocuklar evden çıkarak diğer çocuklarla temas etmektedir. Bu dönemde çocukların enfeksiyonlarının doğru yönetimi önemlidir.

Gereksiz antibiyotik kullanımı, yalnızca bireysel düzeyde tedavi başarısızlığı ve yan etki riskini artırmakla kalmamakta, aynı zamanda toplum genelinde antibiyotik direncine katkıda bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), antibiyotik direncini modern tıbbın karşılaştığı en büyük küresel tehditlerden biri olarak tanımlamaktadır ve direnç nedeniyle 2050 yılına kadar yılda 10 milyon ölüme ulaşılabileceği öngörülmektedir(4). 2019 yılı verilerine göre antibiyotik direncine bağlı doğrudan ölümler 1,27 milyon olarak tahmin edilmiştir (4).

Bu küresel tehdide karşı Türkiye'de de çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı, 2013 yılında aldığı kararla antibiyotiklerin reçetesiz satışını yasaklamış ve akılcı antibiyotik kullanımı konusunda halkı bilinçlendirmeye yönelik kampanyalar başlatmıştır (5). Ancak, Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) verileri, Türkiye'nin antibiyotik tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında en yüksek oranlardan birine sahip olduğunu göstermektedir(6). Sağlık Bakanlığı 2024 yılında aile hekimlerinin antibiyotik reçeteleme oranlarını düşürmeyi teşvik etmek için ödeme yapmak üzere yönetmelik değişikliği yapmıştır(7). Bu değişikliğe göre başta antibiyotik olmak üzere antiinflamatuar ilaç ve proton pompa inhibitörleri reçeteleme oranı çalıştığı ildeki hekimlerden düşük olan hekimler, ayrı ayrı her ilaç grubu için teşvik ödemesi almaktadır.

Literatürde ebeveynlerin antibiyotik beklentilerinin klinik endikasyon düşük olsa bile hekimlerin antibiyotik reçetesi yazma davranışları ile ilişkili olduğuna yönelik bulgular mevcuttur. Hekimler memnuniyeti sürdürmek için algıladıkları bu antibiyotik beklentilerini karşılamak yönünde baskı hissedebilmektedir(8). Sağlık Bakanlığının yeni yönetmelik değişikliği akılcı ilaç kullanımının yanında hastaların hekimden memnuniyetini de bir başka ödeme kalemi olarak düzenlemektedir(9). Bu nedenle ebeveynlerin antibiyotik algısını değerlendirmek buna yönelik müdahale yöntemleri belirlemek aile hekimlerinin gündemindeki bir konudur(10).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Literatür, düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin daha fazla morbidite yaşadığını, sağlık kaynaklarını daha az etkin kullandığını ve sağlıkla ilgili kararlarda daha çok hata yaptığını göstermektedir(10,11)

Bu bağlamda ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, çocukların enfeksiyon yönetiminde yeri olduğu düşünülebilir. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile antibiyotik algılarının değerlendirilmesi halk sağlığı ve aile hekimliği disiplini açısından öneme sahiptir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, 4-6 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile antibiyotik algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Alt Amaçlar:

- Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığını alt boyutlarıyla (bilgiye ulaşma, değerlendirme, uygulama) analiz etmek,
- Ebeveynlerin antibiyotik algısını alt boyutlarıyla (bilgi ve inançlar, davranışlar, bilgi arama, uyum, farkındalık) değerlendirmek,
- Sağlık okuryazarlığı alt boyutları ile antibiyotik algısının belirli alt boyutları arasındaki ilişkileri istatistiksel olarak incelemektir.

Araştırma Hipotezleri:

- H_1: 4-6 yaş çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile antibiyotik algısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- H_0: 4-6 yaş çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile antibiyotik algısı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Araştırma sonuçları sağlık okuryazarlığı müdahalelerini akılcı antibiyotik kullanımı açısından desteklemek üzere aile hekimliği disiplini uygulayıcıları ve halk sağlığı uzmanları tarafından kullanılabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık okuryazarlığı" kavramı literatürde ilk kez 1974 yılında Scott Simonds'un "Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika" başlıklı makalesinde kullanılmıştır(12-15). Kavram, başlangıçta bireyin sağlığını koruyabilmesi için sahip olması gereken temel beceriler olarak tanımlanmıştır. Ancak bu erken dönem tanım, 1993 yılında Nutbeam ve Wise tarafından daha kapsamlı hale getirilmiş; sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşabilme, bu bilgileri anlayabilme ve edindiği bilgiler doğrultusunda uygun sağlık davranışları geliştirebilme yetisi olarak tanımlanmıştır(14,15). Bu yaklaşım, günümüzde kabul gören sağlık okuryazarlığı tanımlarının temelini oluşturmuştur.

Kavram, özellikle 2003 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 16 yaş ve üzeri hanelerde yaşayan 18000 ve federal hapishane mahkumlarından 1200 kişiyi kapsayan geniş tabanlı bir sağlık okuryazarlığı araştırması sonrasında gerçekleştirilen **National Assessment of Adult Literacy (NAAL)** araştırması ile literatürde geniş bir yer bulmuştur. Bu araştırmada klinik- önleme- sağlık sisteminin yönlendirilmesini kapsayan üç sağlık alanına odaklanmaktaydı. Klinik alanda, sağlık hizmeti sağlayıcısı ve hasta arasındaki etkileşim, teşhis tedavi gibi faaliyetler değerlendirilirken, önleme alanı sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, erken müdahale ve özbakım konularını kapsamaktaydı. Sağlık bakım sisteminin nasıl çalıştığı bireysel haklar ve sorumlulukları anlamayı da sağlık okuryazarlığının bir parçası olarak değerlendirmiştir. Örneklemdeki çeşitlilik sayesinde kişilerin sağlık bilgilerini anlama kavrama düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı için geliştirdikleri ölçeğin tutarlılığı ve araştırmanın sonuncunda sosyodemografik özelliklerle ortaya çıkardıkları ilişkiler sayesinde sağlık sistemleri için geliştirilmesi gereken odak noktaları ortaya çıkarmıştır (14,15,16).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık okuryazarlığını; iyi sağlığı ve refahı teşvik edecek ve sürdürecek şekilde bilgi ve hizmetlere erişebilmek, bunları anlayabilmek, değerlendirebilmek ve kullanabilmek olarak tanımlamaktadır(17). 1986 Yılında Ottowa'da gerçekleştirilen "Birinci Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Sempozyumu" sağlığın geliştirilmesi için çok paydaşlılığın atılan ilk adımlarından biri olmuştur(18). İlk toplantının 30. Yılında (2016) gerçekleştirilen en son toplantıda, "sağlık

okuryazarlığı"'nın ülkelerin birbirlerini desteklemesi gereken üç ana temadan[1] biri kabul edilecek kadar önemsendiği ve güncelliğini koruduğu görülmektedir(18).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalar göstermektedir ki, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kötü sağlık çıktıları arasında güçlü bir ilişki mevcuttur. Örneğin yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyi düşük, acil servis başvuruları daha sık, ameliyat/ operasyon sonrası komplikasyon (yeniden hastaneye yatıştan ölüme varan) oranı daha yüksek ve kalp yetmezliği gibi kronik hastalıklarının yönetimi daha kötüdür(19-23).

Düşük sağlık okuryazarlığı yalnızca gelişmekte olan ülkelerin değil gelişmiş ülkelerin de sorunları arasındadır. 2015'te Sorensen ve arkadaşları tarafından yayınlanan **Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (European Health Literacy Survey – HLS-EU** düşük sağlık okuryazarlığının 2 kişiden birini etkilediğini göstermektedir(24). Düşük sağlık okuryazarlığının sağlık sistemi üzerinde maliyetinin hesaplandığı sistematik analiz sağlık sistemi düzeyinde, düşük sağlık okuryazarlığının ek maliyetlerinin yıllık toplam sağlık hizmeti maliyetinin %3 ila %5'i arasında değişebildiği gösterilmiştir(25).

Sağlık okuryazarlığı, Sørensen ve arkadaşları tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu adına yapılan çalışmada "okuryazarlıkla ilişkili olarak bireyin günlük yaşamında sağlıkla ilgili kararlar alabilmesi, sağlığını koruyup geliştirebilmesi ve hastalıkları önleyebilmesi amacıyla gerekli olan bilgiyi elde etme, anlama, değerlendirme ve kullanma becerisi, istekliliği ve yeterliliği" olarak tanımlanmış ve sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek üzere **Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (European Health Literacy Survey – HLS-EU ölçeği** geliştirilmiştir(30).

Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla farklı testler de bulunmaktadır. Bu araçlar bilimsel araştırmalarda kullanılan terminolojiyi ve toplumların sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlemenin yanında sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri tespit edebilmek amacıyla kullanılmaktadır.

Davis ve çalışma arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilen **Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)** testi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde, hasta eğitimi süreçlerinde ve tıbbi araştırma alanlarında bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini tahmin etmeye yönelik ilk tarama aracı olarak tasarlanmıştır. Bu test, özellikle

[1] Diğer temalar, "iyi yönetişim" ve "sağlıklı şehirler" olarak belirlenmiştir.

düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyleri tanımlamak ve sınırlı okuma becerilerine sahip kişileri uygun eğitim düzeyine yönlendirmek amacıyla oluşturulmuş, 125 tıbbi terimden oluşan bir kelime tanıma ölçeğidir. Daha kısa ve pratik bir uygulama sunan REALM-S, Davis ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilmiş ve 66 kelimelik versiyonuyla literatüre kazandırılmıştır (26).

En Yeni Yaşamsal Belirteç (Newest Vital Sign - NVS), bireyin hem okuma hem de anlama becerilerini değerlendiren bir sağlık okuryazarlığı ölçüm aracıdır. 2005 yılında Weiss ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek, yaklaşık 3 ila 6 dakika süren kısa bir uygulamayla, katılımcıya sunulan bir dondurma besin etiketi üzerinden yöneltilen altı sorudan oluşmaktadır. NVS, okuryazarlığın yanı sıra temel düzeyde hesaplama, okuma ve kavrama becerilerini de ölçmektedir. TOFHLA testi ile anlamlı düzeyde korelasyon göstermesi ve İngilizce ile İspanyolca versiyonlarının bulunması, bu testin önemli avantajları arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, iyi düzeyde ve sınırda sağlık okuryazarlığı olan bireyler arasındaki ayrımı her zaman net olarak ortaya koyamaması, yöntemin sınırlılıklarından biri olarak değerlendirilmektedir (27).

Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi (National Assessment of Adult Literacy – NAAL), 16 yaş ve üzeri Amerikan vatandaşlarının İngilizce okuryazarlık düzeylerini ölçmeyi amaçlayan, ülke genelinde temsili nitelikte yürütülmüş kapsamlı bir araştırmadır. Amerika Birleşik Devletleri Eğitim Bakanlığı'na bağlı Ulusal Eğitim İstatistikleri Merkezi (National Center for Education Statistics – NCES) tarafından desteklenen bu çalışma, yetişkin okuryazarlığını değerlendirme alanındaki en geniş ölçekli ulusal veri setini sunmaktadır. NAAL kapsamında yer alan Sağlık Okuryazarlığı Bileşeni, yetişkin bireylerin sağlıkla ilgili belgeler ve formlar üzerindeki okuryazarlık becerilerini kullanma yetilerini ölçen ilk ulusal düzeyde değerlendirme olma özelliğini taşımaktadır. Bu bileşen aracılığıyla, bireylerin sağlık bilgilerini anlama ve uygulama kapasitesine dair kapsamlı veriler elde edilmiştir (16).

Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults – TOFHLA), Parker ve çalışma arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiş olup, yetişkin bireylerin sağlıkla ilişkili bilgileri işlevsel biçimde kullanma yeterliliklerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Test, sağlık okuryazarlığını iki temel alanda değerlendirmektedir: **okuma-anlama** ve **sayısal beceriler**. TOFHLA'nın tam formu; 50 maddelik boşluk doldurma sorusu ile 17 sayısal sorudan oluşur ve uygulama süresi

yaklaşık 18 ila 30 dakika arasında değişmektedir. Okuma bölümünde, bireyin verilen sağlıkla ilgili ifadeleri uygun biçimde tamamlaması beklenir; bu kısım bireyin yazılı sağlık materyallerini anlama ve yorumlama becerisini değerlendirir. Sayısal bölümde ise bireyin reçeteleri, laboratuvar sonuçlarını ya da randevu fişlerini okuyup anlaması ve bu bilgilere dayalı hesaplamaları doğru şekilde yapması istenir. Bu bölüm, sağlıkla ilgili temel aritmetik becerilerin değerlendirilmesine yöneliktir TOFHLA'nın hem İngilizce hem de İspanyolca versiyonları mevcuttur. Ayrıca, uygulama süresini kısaltmak amacıyla geliştirilen kısa formu (S-TOFHLA) da yaygın biçimde kullanılmaktadır. Bu test, sağlık okuryazarlığını çok boyutlu olarak değerlendirebilen güçlü bir araç olarak kabul edilmektedir (28,29).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire – HLS-EU-Q), 2012 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiş, öz bildirim esasına dayalı bir değerlendirme aracıdır. 15 yaş ve üzeri bireyler için tasarlanan bu ölçek, sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik kapsamlı bir yapı sunmaktadır. Toplam 47 maddeden oluşan HLS-EU-Q, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini içeren süreçlerdeki yeterliliklerini değerlendirmeyi amaçlar. Ölçeğin kavramsal çerçevesi, hastalıktan korunma, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların tedavisi olmak üzere üç ana sağlık alanında, yukarıda belirtilen dört bilişsel beceriyle birleşerek 12 boyutlu bir yapı ortaya koyar. Ölçeğin güvenirliği yüksek düzeyde olup, Cronbach alfa katsayısı 0,97 olarak belirlenmiştir. Bu durum, ölçeğin iç tutarlılığının oldukça güçlü olduğunu ve sağlık okuryazarlığını değerlendirme açısından güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir (28-30).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nın kavramsal çerçevesine dayanarak geliştirilmiş, toplum temelli özelliklere uyarlanmış bir sağlık okuryazarlığı ölçüm aracıdır. Ölçek, bireylerin sağlık bilgilerine ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini değerlendirmeyi amaçlamakta; bu dört işlem basamağı, sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere üç tematik alanla kesişmektedir. Bu yapı doğrultusunda oluşturulan TSOY-32, toplam 32 maddeden oluşmakta ve bireylerin sağlıkla ilgili karar alma süreçlerindeki yeterliliklerini çok boyutlu biçimde ölçmektedir. Geçerlilik ve

güvenilirlik çalışması Okyay ve Abacıgil tarafından 2016 yılında yapılmış, Cronbach's Alpha katsayısı 0,927 olarak bildirilmiştir (31).

2.2. AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), akılcı ilaç kullanımını; bireylerin klinik gereksinimlerine uygun ilaçları, yeterli dozda, uygun sürede ve en düşük maliyetle almaları olarak tanımlamaktadır (32). Bu yaklaşım, günümüzde 'Tek Sağlık' (One Health) konsepti ile bütünleşmiş bir biçimde değerlendirilmektedir. Tek Sağlık yaklaşımı, insan, hayvan ve çevre sağlığının birbirine bağlı olduğunu kabul ederek özellikle antimikrobiyal direnç gibi küresel sorunlarla mücadelede disiplinler arası iş birliğini ön plana çıkarmaktadır. Zoonotik hastalıkların tarihsel temelleri 19. yüzyılda Rudolf Virchow'un insan ve hayvan sağlığı arasındaki ilişkiyi tanımlamasıyla atılmış, Calvin Schwabe'nin 'tek tıp' kavramı ile desteklenmiştir. 2004 yılında oluşturulan Manhattan İlkeleri ve 2015'te başlatılan Küresel Antimikrobiyal Direnç Sürveyans Sistemi (GLASS), bu yaklaşımın somut örneklerindendir (35).

Antibakteriyel dirençle mücadele kapsamında, Türkiye'de 2014 yılında yürürlüğe giren "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı (2014–2017)" ile antibiyotiklerin akılcı kullanımı öncelikli müdahale alanı olarak tanımlanmıştır (36). Bu çerçevede, farkındalık artırma, eğitim, izleme ve değerlendirme başlıklarında çeşitli uygulamalar hayata geçirilmiştir.

ATC-DDD (Defined Daily Dose) metodolojisine göre yapılan hesaplamalarda, 2011 yılında ülkemizde ayaktan tedavi gören hastalar için 1.000 kişi başına düşen günlük antibiyotik tüketimi 42,28 birim olarak belirlenmiştir (37,38). Aynı yıl, aile hekimleri tarafından elektronik ortamda düzenlenen reçetelerin %34,94'ünde antibiyotik yer almıştır (37-39). Akılcı antibiyotik kullanımına yönelik uygulamaların etkisiyle, 2018 yılı itibarıyla tüketim oranı 30,86 birime, antibiyotik içeren reçete oranı ise %24,55'e gerilemiştir (39).

OECD tarafından 2023 yılında yayınlanan rapora göre antibiyotik direnci nedeniyle meydana gelen ölüm 79.000 iken Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri'nden sonra 2. Sırada (23 281 ölüm) yer almaktadır (40). Bu veri ülkemizde antibiyotik direnci sorununu aile hekimleri, halk sağlığı uzmanları, enfeksiyon hastalıkları uzmanları ile

birlikte veteriner hekimler, tarım endüstrisi uygulayıcıları gibi çoklu paydaşlarla gündemde tutmayı gerektirir.

Akılcı antibiyotik kullanımının temel ilkesi; öncelikle antibiyotik ihtiyacını doğru belirlemektir. Daha sonra uygun ilacın seçimi, doğru doz, yol ve sürede uygulanması, tedavi etkinliğinin ve yan etkilerinin izlenmesi ile maliyet-etkinliğin gözetilmesi gelmektedir (41,42). Ancak klinik kararların yalnızca hekim bilgisinden değil, hastaların ve özellikle hasta çocuğun ebeveynlerin beklentilerinden de etkilendiği görülmektedir. Literatürde çocuk sağlığı hekimlerinin, hasta veya ebeveyn memnuniyetini koruma amacıyla gereksiz antibiyotik reçeteleyebildikleri çalışmalar vardır. Aralık 2022'ye kadar yayınlanmış çalışmaların dahil edildiği bir sistematik inceleme ve metaanaliz çalışmasında ebeveynlerin yarısından fazlasının (%55,3) üst solunum yolu şikayetlerinde antibiyotik beklentisi olduğu gösterilmiştir (42).

2.2.1. Anne Baba Antibiyotik Algıları Ölçeği

Antibiyotiklerin uygun olmayan şekilde kullanımı, antibiyotik direnci, yan etki sıklığında artış ve ekonomik yük gibi sonuçları nedeniyle, küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Özellikle çocukluk çağında antibiyotik kullanımının yaygın olması, bu yaş grubunda ebeveynlerin antibiyotiklere yönelik tutum ve algılarının araştırılmasını gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, Anne ve Babaların Antibiyotik Algıları Ölçeği (ABANA), ebeveynlerin antibiyotik konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. Ölçeğin özgün formu, Alumran ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Türkçeye uyarlama çalışması 2018 yılında Denizli ilinde gerçekleştirilmiştir (43).

Çalışma, Denizli il merkezindeki ilkokullarda öğrenim gören çocukların anne ve babalarıyla yürütülmüş, metodolojik ve kesitsel bir araştırma tasarımı benimsenmiştir. Veri toplama süreci Nisan–Mayıs 2018 döneminde yürütülmüştür. Katılımcılara, sosyodemografik özelliklerini ve sağlıkla ilişkili durumlarını sorgulayan 15 soruluk bir anketin yanı sıra, 31 maddeden oluşan, 5'li Likert tipi ABANA Ölçeği uygulanmıştır. Ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır: Bilgi ve İnançlar, Davranışlar, Bilgi Arama, Uyum ve Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF). Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, ebeveynin daha olumlu antibiyotik algısına sahip olduğunu göstermektedir (minimum 31, maksimum 155 puan) (43).

Uyarlama çalışmasında öncelikle ölçeğin dil geçerliliği ve kapsam geçerliliği uzman görüşleriyle değerlendirilmiş, ardından açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri (AFA ve DFA) gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin güvenirliği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları ile test edilmiştir. Ölçeğin özgün formundaki 26. maddenin Türkçe uyarlamada davranış alt ölçeğinden çıkarılarak uyum alt ölçeğine aktarılması, iç tutarlılığı anlamlı biçimde artırmıştır. Bu düzenleme sonrasında tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0,79, alt ölçekler için ise 0,63 ile 0,86 arasında bulunmuştur.

Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları, ölçeğin beş faktörlü yapısının iyi düzeyde uyum gösterdiğini ortaya koymuştur (SRMR=0,058; GFI=0,90; RMSEA=0,059; CFI=0,95; NNFI=0,93). Katılımcıların ölçekten aldığı ortalama toplam puan 119,0 ± 14,7 olarak saptanmıştır. Regresyon analizine göre, ailede sağlık çalışanı bulunması, babanın eğitim düzeyinin lise ve üzeri olması, ebeveynin uzun süre il merkezinde yaşamış olması, çocuğun sosyoekonomik olarak daha avantajlı bölgede okuması, ailenin algılanan gelir düzeyinin giderine eşit veya fazla olması ve çocuğun son bir yılda daha az sayıda soğuk algınlığı geçirmiş olması, daha yüksek antibiyotik algısı ile ilişkili bulunmuştur.

Tüm bu bulgular, ABANA Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanmış halinin ebeveynlerin antibiyotik algılarını ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçek, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesinde ve toplum düzeyinde akılcı antibiyotik kullanımına yönelik müdahalelerin planlanmasında etkili biçimde kullanılabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA TÜRÜ VE TASARIMI

Bu araştırma, 4–6 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile antibiyotik algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlayan, kesitsel, tanımlayıcı ve ilişkisel türde bir nicel çalışmadır. Araştırma, 15.05.2025-30.06.2025 tarihleri arasında İstanbul Eyüpsultan Göktürk Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı ebeveynler ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)** ve antibiyotik bilgi ve algısını ölçmek amacıyla **Anne Baba Antibiyotik Algıları (ABANA) Ölçeği** kullanılarak toplanmıştır. Çalışmada elde edilen veriler istatistiksel analizler ile değerlendirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Bu araştırmanın evrenini, İstanbul ili Eyüpsultan ilçesinde bulunan Göktürk Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 4–6 yaş arası çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Araştırmanın planlandığı ve gerekli izinlerin alınmaya başlandığı 2025 yılı Şubat ayı itibarıyla, Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bu yaş grubundaki çocuk sayısı esas alınarak ve her çocuk için yalnızca bir ebeveynin çalışmaya dahil edileceği öngörüsüyle, evren büyüklüğü **1282 ebeveyn** olarak belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğü, %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile yapılan hesaplama sonucunda **296 kişi** olarak belirlenmiştir. Araştırmada, olasılıklı olmayan örnekleme yöntemlerinden **kolayda örnekleme** yaklaşımı kullanılmıştır.

Çalışmaya katılacak ebeveynlere, Göktürk Aile Sağlığı Merkezi'ne izlem, aşı, muayene gibi nedenlerle başvurduklarında veya telefonla davet edildiklerinde sözlü olarak çalışmaya katılım teklif edilmiş; katılmayı kabul eden gönüllü bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

Ayrıca, Göktürk bölgesine yönelik sosyal medya gruplarında (örneğin "*Newsgöktürk"* ve "*Göktürk'te İş Arayanlar"* adlı Facebook grupları) duyurular yapılmış ve çevrimiçi anket formuna gönüllü katılım sağlanmıştır. Göktürk semtinde yalnızca bir Aile Sağlığı Merkezi bulunması nedeniyle, sosyal medya duyurularına yanıt veren gönüllü katılımcıların büyük çoğunluğunun araştırma evreni ile örtüştüğü

değerlendirilmiştir. Aile Sağlığı Merkezi'nin iç mekân panolarına QR kod içeren afişler de asılarak hem çevrimiçi hem de yüz yüze katılım desteklenmiştir.

Böylece örneklem hem merkeze başvuran bireylerden hem de sosyal medya ve yerel duyurular yoluyla gönüllü olarak katılan bireylerden oluşmuştur.

Veri toplama sürecinde toplam **300 ebeveynden** anket yoluyla veri toplanmış; eksik, tutarsız veya hatalı veri içeren 3 katılımcı çalışma dışı bırakılarak analizler **297 kişi** üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Dahil Edilme Kriterleri:

- 4–6 yaş arası çocuğu bulunan ebeveynler,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireyler.

Hariç Tutulma Kriterleri:

- Dahil edilme kriterlerini sağlamayan bireyler,
- Anket formunu eksik, tutarsız veya hatalı dolduran katılımcılar.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Katılımcılara, literatür taranarak oluşturulmuş veri toplama formu aracılığıyla anket uygulanmıştır. Anket formu; sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, sağlık sigortalılığı durumu) içeren soruların yanı sıra, çocuğun düzenli olarak katıldığı etkinlikler (kreş, anaokulu, oyun grubu vb.), son bir yılda çocuk için acil servise başvuru sayısı, aynı dönemde antibiyotik kullanım sıklığı ve acil dışı sağlık kurumlarına (aile sağlığı merkezi, çocuk hastalıkları polikliniği vb.) başvuru sayısı gibi sağlık hizmeti kullanımına dair verileri içermektedir. Ayrıca katılımcılara; kendisinin veya çocuğunun kronik hastalığı ya da sürekli ilaç kullanımını gerektiren bir durumu olup olmadığı, çocuk hastalandığında evde bakım verebilecek bir kişinin bulunup bulunmadığı, antibiyotiklerin reçetesiz temin edilmesini isteyip istemedikleri ve antibiyotik tedavisini yarım bırakma nedenlerine ilişkin sorular yöneltilmiştir. Bu formun ardından, katılımcılara **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)** ve **Anne ve Babaların Antibiyotik Algıları Ölçeği (ABANA)** uygulanmıştır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32 (TSOY-32):

Bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve kullanma yeterliliklerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, 32 maddeden oluşan bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında yapılmış ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanmıştır. Ölçek, "Tedavi ve Hizmet" ile "Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi" olmak üzere iki alt boyut içermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha katsayısı 0,927 olarak bildirilmiş olup, bu değer yüksek derecede güvenilirlik göstermektedir.

Anne ve Babaların Antibiyotik Algıları Ölçeği (ABANA):

Ebeveynlerin antibiyotiklere ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan ölçek, Türkçeye Özdemir ve Ergin tarafından uyarlanmış ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2018 yılında gerçekleştirilerek 2023 yılında yayımlanmıştır. Ölçek; "Bilgi ve İnançlar", "Davranışlar", "Bilgi Arama", "Uyum" ve "Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF)" olmak üzere beş alt boyuttan oluşan 24 maddelik Likert tipi bir yapıya sahiptir. Türkçe formun genel Cronbach's Alpha katsayısı 0,78 olarak belirlenmiştir. Alt boyutlara ait iç tutarlılık katsayıları ise 0,46 ile 0,84 arasında değişmektedir ve bu değerler, ölçeğin kabul edilebilir düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Yüz yüze veri toplama kapsamında, Göktürk Aile Sağlığı Merkezi'ne çocuğunun izlemi, aşı uygulaması veya muayene amacıyla yada kendisi için herhangi bir nedenle başvuran kişilere 4-6 yaş çocuğu olup olmadığı sorularak çalışmaya katılım teklif edilmiş, gerekli bilgilendirme yapılmış ve gönüllülük esasına göre sözlü onam alınmıştır. Katılımcılara, anketin araştırmacı tarafından uygulanması veya bireysel olarak doldurulması seçenekleri sunulmuştur. Basılı formun ilk sayfasında, etik kurul onayı alınmış bilgilendirilmiş onam formu yer almakta olup, bu form katılımcı tarafından imzalanarak onaylanmıştır. Soruların araştırmacı tarafından yöneltilmesini tercih eden bireylere anket, yüz yüze uygulanmıştır. Ayrıca aynı süreçte, Aile Sağlığı Merkezi tarafından randevu ile çağrılan ebeveynlere de katılım teklifinde bulunulmuştur.

Çevrim içi veri toplama kapsamında, araştırma hakkında bilgi içeren duyurular Göktürk bölgesine hitap eden sosyal medya platformlarında (örneğin Newsgöktürk

İnstagram hesabı ve Göktürk'te İş Arayanlar adlı Facebook grupları) paylaşılmış; gönüllü katılımcılar çevrim içi anket formuna yönlendirilmiştir. Ayrıca, Aile Sağlığı Merkezi'nin çocuk izlem ve aşılama odalarındaki panolara yerleştirilen karekodlar aracılığıyla da çevrim içi erişim sağlanmıştır. Çevrim içi anketler, Google Forms platformu üzerinden yürütülmüştür. Anket formunun ilk sayfasında etik kurul onayı alınmış bilgilendirilmiş olur formuna yer verilmiş; bu sayfada yer alan "4–6 yaş arasında çocuğunuz var mı?" sorusu ile dahil edilme kriterlerine uygunluk değerlendirilmiştir. Bu soruya "hayır" yanıtı veren katılımcıların ankete devam etmesi sistem tarafından engellenmiştir.

Veri toplama süreci boyunca toplam **300** ebeveynden anket yoluyla veri toplanmış; eksik, tutarsız veya hatalı veri içeren üç katılımcı çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak analizler**, 297** kişilik örneklem üzerinden gerçekleştirilmiştir.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel analizlere başlamadan önce, veri girişinin doğruluğunu kontrol etmek amacıyla frekans analizi yapılmış; yanlış ya da eksik girilen veriler düzeltilmiştir. Sonrasında, ABANA toplam puanı, TSOY toplam puanı ile TSOY alt boyut indeks puanları hesaplanmış; ayrıca TSOY puanlarından sağlık okuryazarlığı düzeyleri belirlenmiştir.

İstatistiksel analizlerin tümü IBM SPSS Statistics sürüm 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma (Ort±SS), kategorik değişkenler ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak raporlanmıştır.

TSOY toplam ve alt boyut indeks puanlarının dağılımı, normallik varsayımı açısından incelenmiş; çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) değerlerinin standart hataya oranlarının ±3,29 aralığında bulunması nedeniyle normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (Mayers, 2013).

TSOY toplam ve alt boyut indeks puanları ile ABANA toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir.

İki bağımsız grup karşılaştırmalarında, parametrik varsayımlar sağlandığında bağımsız örneklemler t-testi; sağlanmadığında ise Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Üç veya daha fazla grup karşılaştırmalarında, parametrik varsayımlar sağlandığında tek

yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) kullanılmış; anlamlı fark saptanan durumlarda Bonferroni post-hoc testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Parametrik varsayımların sağlanmadığı çok gruplu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H testi tercih edilmiş; anlamlı fark bulunan değişkenlerde Dunn's post-hoc testi uygulanmıştır.

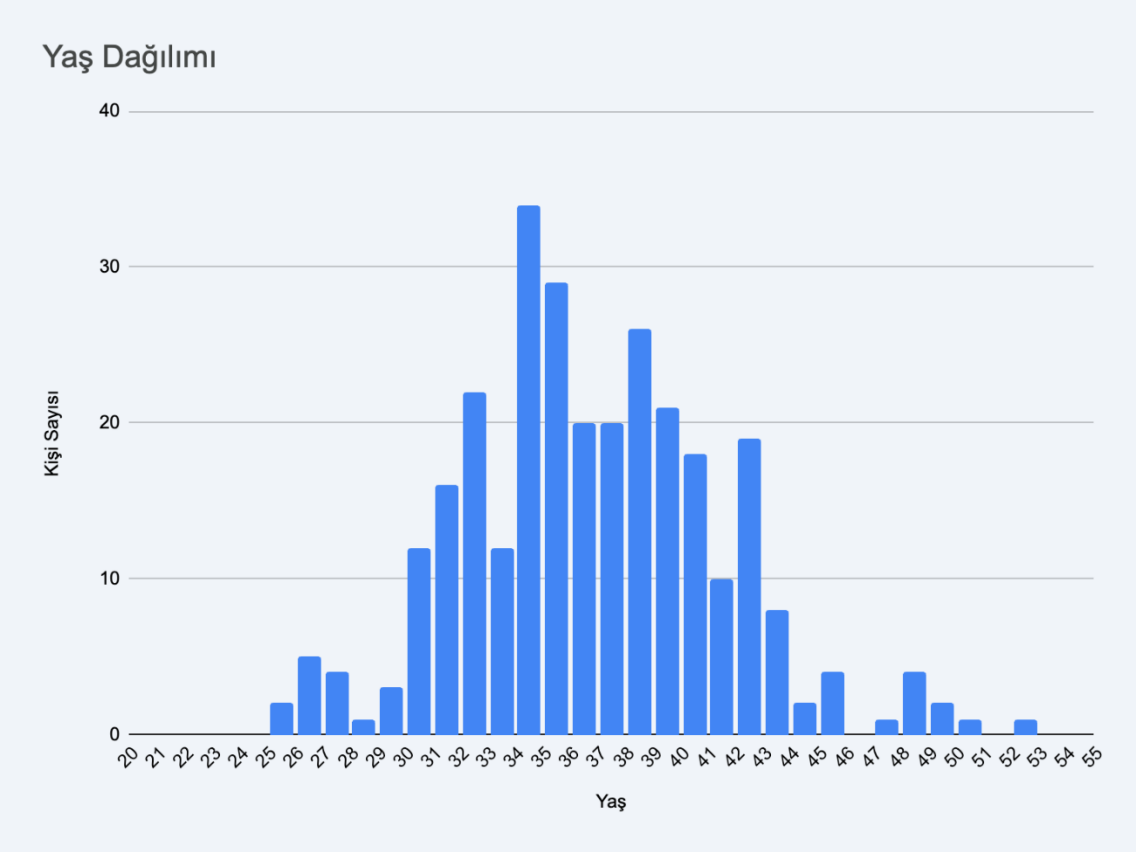
Kategorik veriler arasındaki ilişkiler Pearson Ki-kare testi ile analiz edilmiş; beklenen hücre frekanslarının düşük olduğu durumlarda ise Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde gerçekleştirilen ABANA toplam, TSOY toplam ve alt boyut indeks çalışmasında elde edilen verilerin istatistiksel sonuçlarına ait bulgulara yer verilmiştir. Bulgular bölümünün ilk kısmında katılımcıların demografik ve diğer özelliklerine ilişkin frekans dağılımlarına yer verilmiştir. İkinci bölümünde ise katılımcıların ABANA toplam, TSOY toplam ve alt boyut indeks ölçeğinden aldıkları puanların ve sağlık okur yazarlığı düzeyi gruplarının demografik değişkenler açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

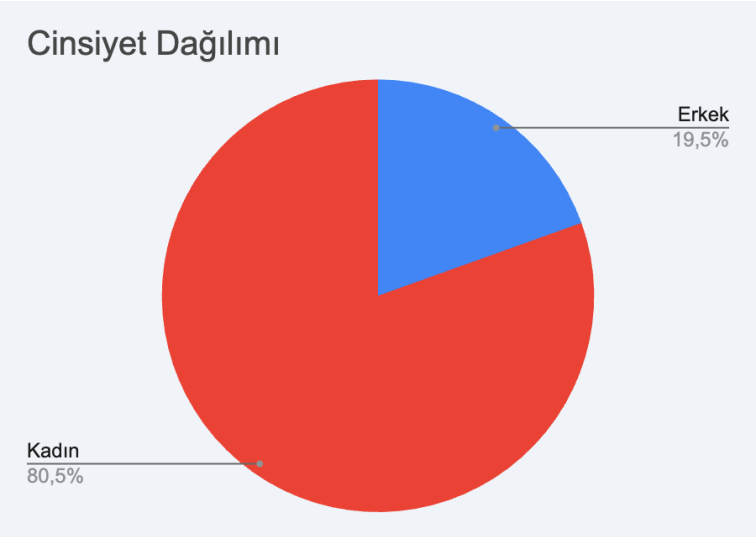
4.1. DEMOGRAFİK VE DİĞER ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan toplam 297 bireyin yaş ortalaması 36,28±4,71 yıl olup, yaş aralığı 25 ile 52 yıl arasında değişmektedir (Şekil 1).



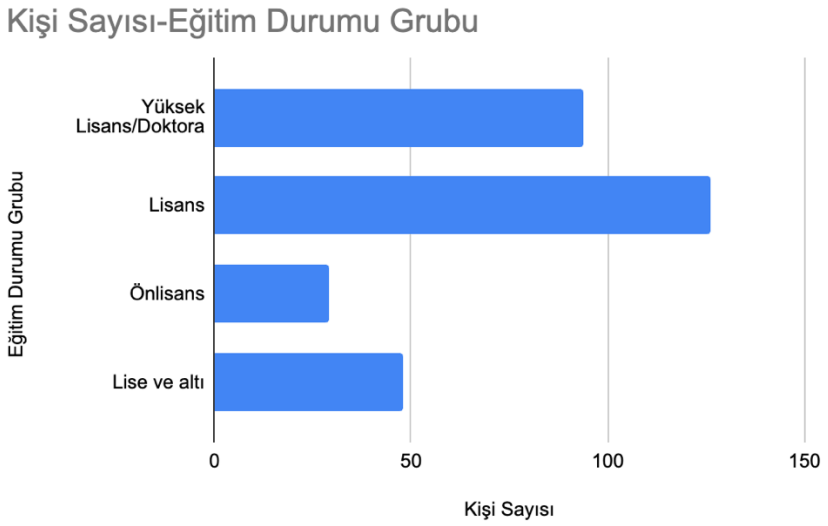
Şekil 1. Katılımcıların Yaş Dağılımı

Katılımcıların %80,5'i (n=239) kadın, %19,5'i (n=58) erkektir (Şekil 2).



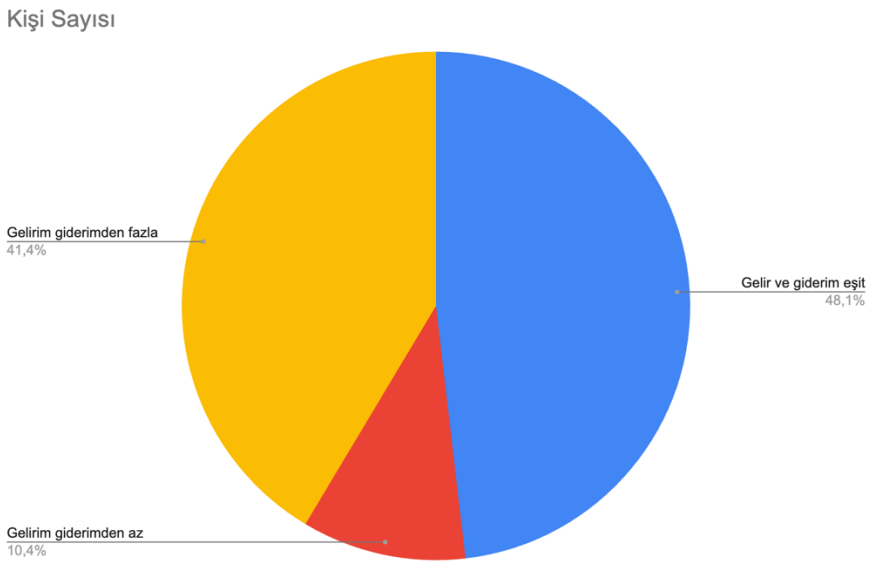
Şekil 2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Eğitim düzeyi dağılımına göre, katılımcıların %42,4'ü (n=126) lisans, %31,6'sı (n=94) lisansüstü, %16,2'si (n=48) lise ve altı, %9,8'i (n=29) ise ön lisans mezunudur (Şekil 3).



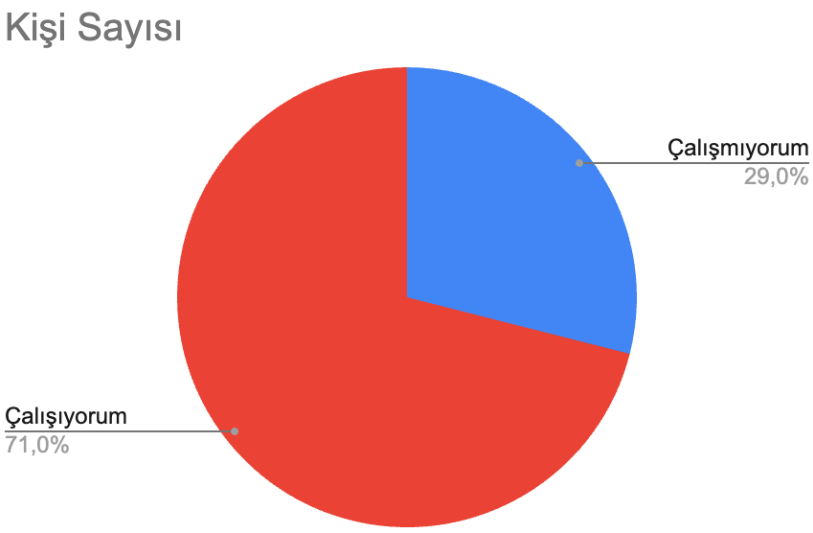
Şekil 3. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Gelir durumu açısından, %41,4'ü (n=123) gelirinin giderinden fazla olduğunu, %48,1'i (n=143) gelir ve giderinin eşit olduğunu, %10,4'ü (n=31) ise gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir (Şekil 4).



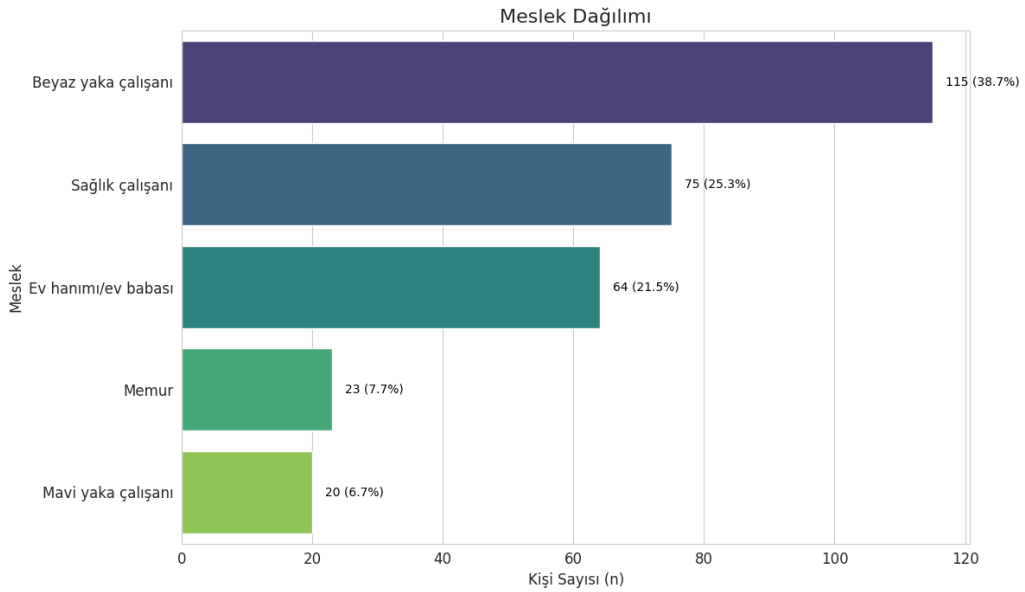
Şekil 4. Katılımcıların Gelir Durumu Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Katılımcıların %71,0'ı (n=211) çalıştığını, %29,0'ı (n=86) ise çalışmadığını ifade etmiştir (Şekil 5).



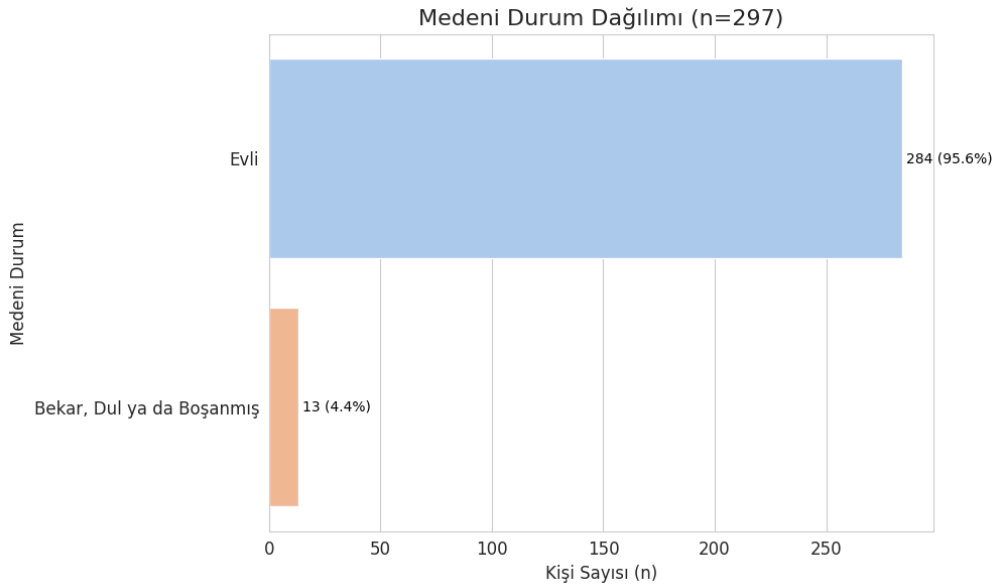
Şekil 5. Katılımcıların Çalışma Durumları

Meslek dağılımı incelendiğinde, %38,7'si (n=115) beyaz yaka çalışanı, %25,3'ü (n=75) sağlık çalışanı, %21,5'i (n=64) ev hanımı/ev babası, %7,7'si (n=23) memur ve %6,7'si (n=20) mavi yaka çalışanıdır (Şekil 6).



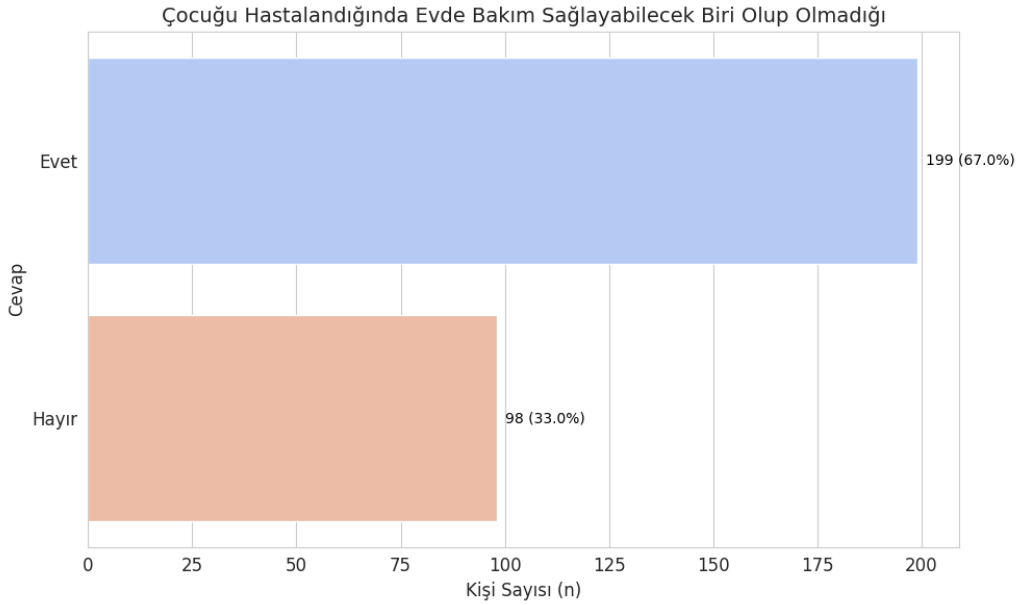
Şekil 6. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Medeni durum açısından katılımcıların büyük çoğunluğu evlidir (%95,6; n=284), %4,4'ü ise (n=13) bekar, dul ya da boşanmıştır (Şekil 7).



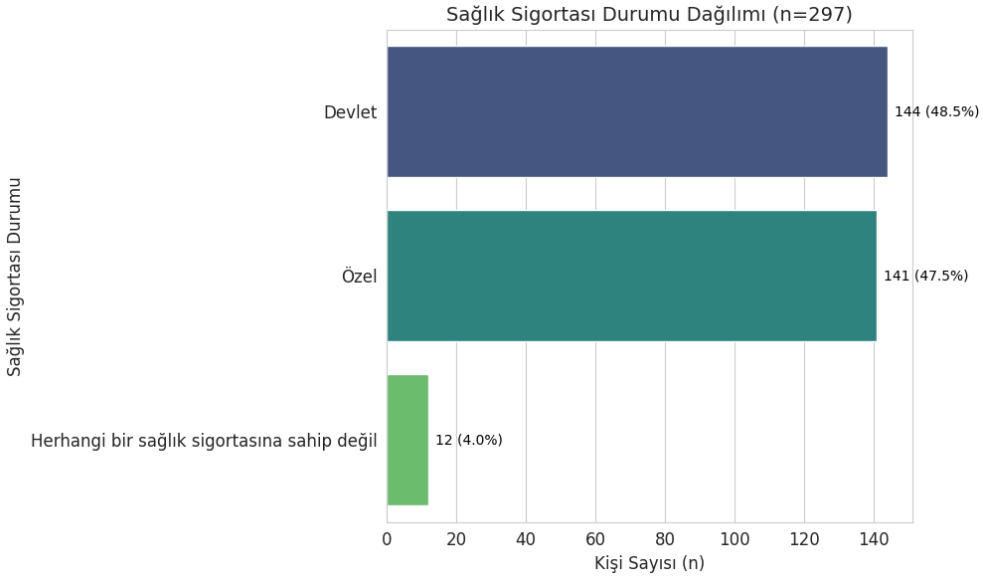
Şekil 7 .Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Çocuğu hastalandığında evde bakım sağlayabilecek birinin olup olmadığı sorusuna %67,0'ı (n=199) "evet", %33,0'ı (n=98) ise "hayır" yanıtını vermiştir (Şekil 8).



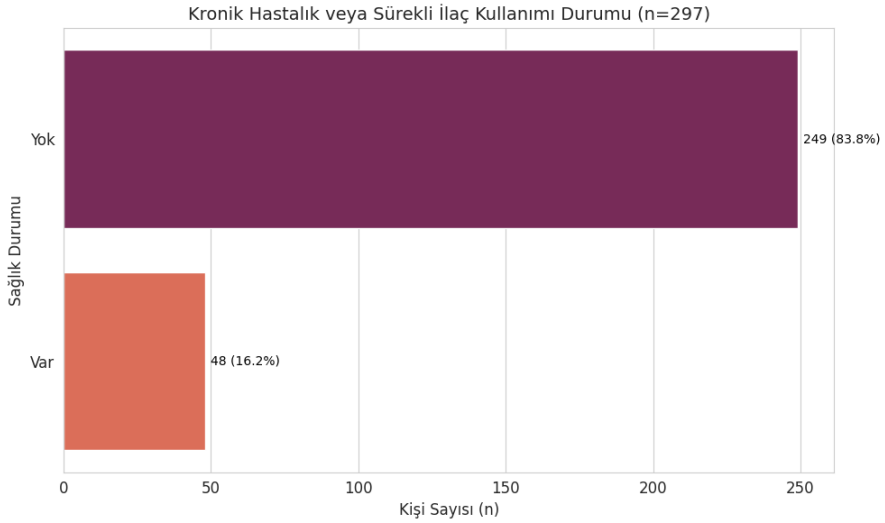
Şekil 8. Katılımcıların Çocuk Hastalandığında Evde Bakım Sağlayacak Kişi Sorusu Yanıt Dağılımı

Sağlık sigortası durumuna göre katılımcıların %48,5'inin (n=144) devlet, %47,5'inin (n=141) özel sağlık sigortası bulunduğu; %4,0'ının (n=12) ise herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmadığı belirlenmiştir (Şekil 9).



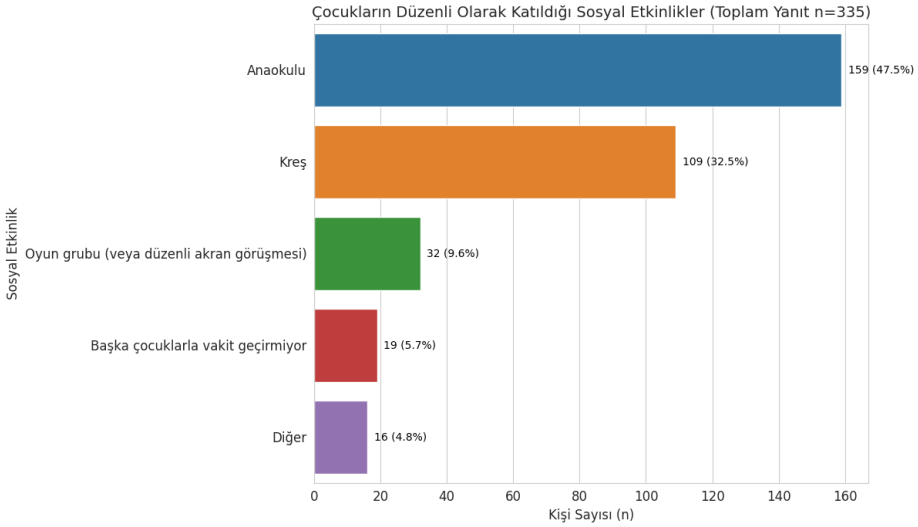
Şekil 9. Katılımcıların Sağlık Sigortası Dağılımı

Kendisinin veya çocuğunun, kronik hastalık veya sürekli ilaç kullanmasını gerektiren bir sağlık durumu sorusuna katılımcıların %16,2'si (n=48) "var", %83,8'i (n=249) "yok" yanıtını vermiştir (Şekil 10).



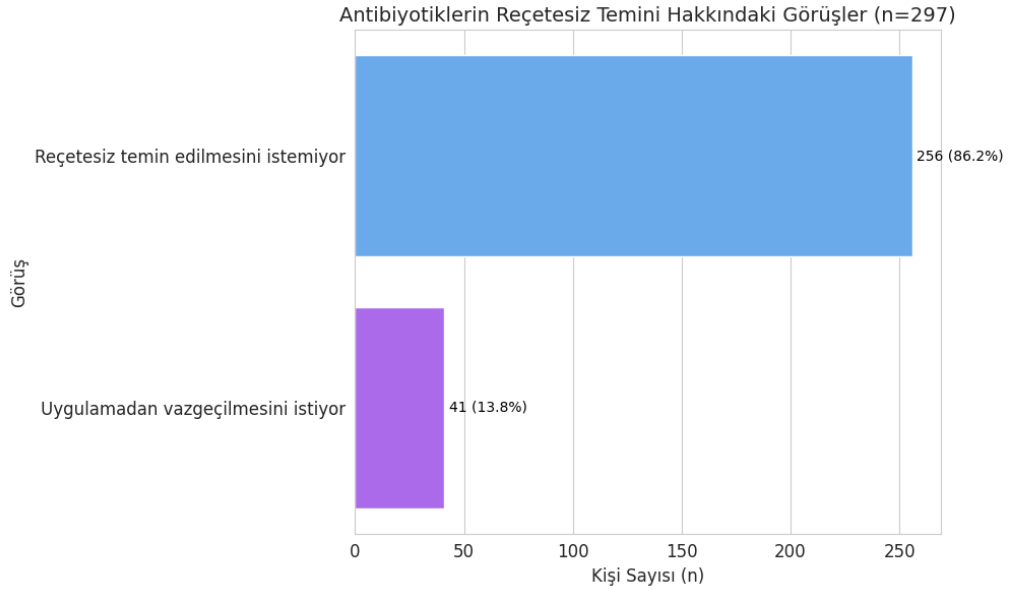
Şekil 10. Katılımcıların "Kronik Hastalık/Sürekli İlaç Kullanımı" Dağılımı

Katılımcıların çocuklarının düzenli olarak katıldığı sosyal etkinlikler arasında %47,5'i (n=159) anaokulu, %32,5'i (n=109) kreş, %9,6'sı (n=32) oyun grubu (veya düzenli akran görüşmesi), %5,7'si (n=19) başka çocuklarla vakit geçirmediğini, %4,8'i (n=16) ise diğer seçenekleri işaretlemiştir. Bu madde çoklu yanıt içerdiğinden toplam yanıt sayısı örneklem sayısını aşmaktadır (n=335), (Şekil 1.)



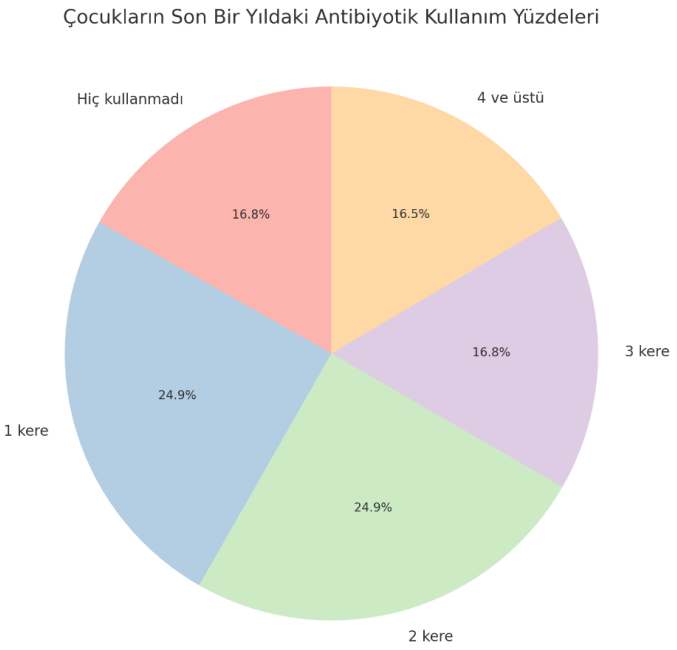
Şekil 11. Katılımcıların Çocuklarının Düzenli Olarak Katıldıkları Etkinlik Türlerinin Frekans Dağılımı

Şekil 12'de görüldüğü gibi katılımcıların %86,2'si (n=256) antibiyotiklerin eskisi gibi reçetesiz temin edilmesini istemediğini belirtirken, %13,8'i (n=41) bu uygulamadan vazgeçilmesini istemektedir.



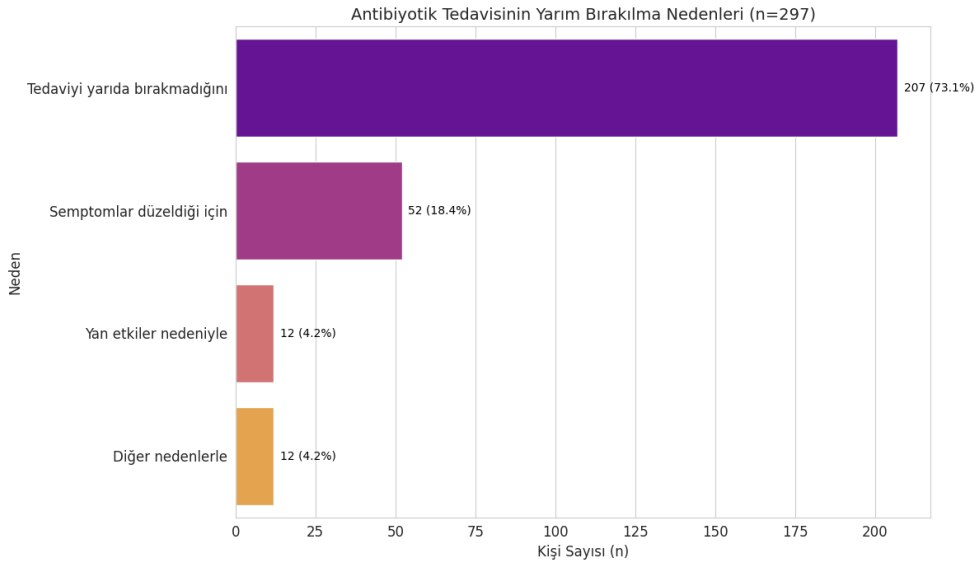
Şekil 12 .Katılımcıların Reçetesiz Antibiyotik Temini Hakkında Görüşleri

Son bir yıl içinde çocukların antibiyotik kullanım sıklığı incelendiğinde, katılımcıların %16,8'i (n=50) hiç antibiyotik kullanmadığını, %24,9'u (n=74) bir kez, %24,9'u (n=74) iki kez, %16,8'i (n=50) üç kez, %16,5'i (n=49) ise dört veya daha fazla kez antibiyotik kullandığını belirtmiştir (Şekil 13). Ortalama antibiyotik kullanım sayısı 2,08±1,74 olup, medyan değer 2,0 (0,0–10,0) olarak hesaplanmıştır.



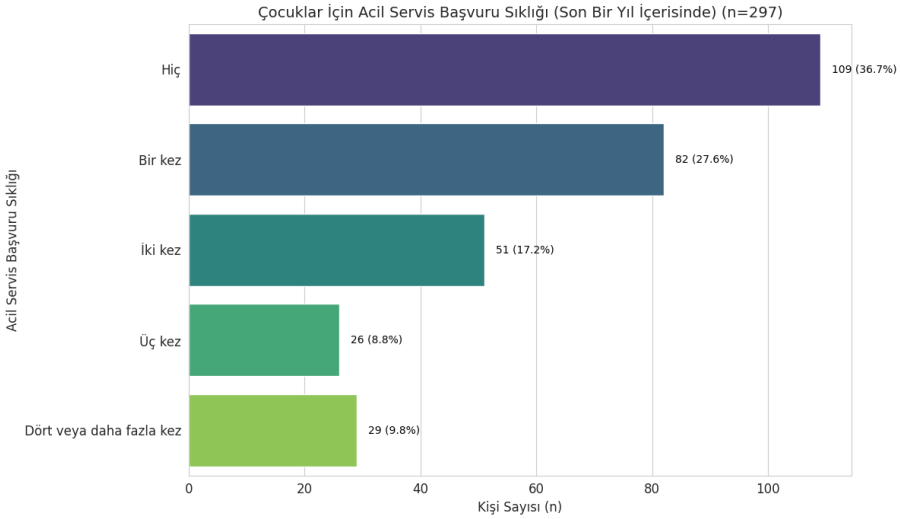
Şekil 13. Son 1 Yılda Antibiyotik Kullanım Sayıları

Antibiyotik tedavisinin yarım bırakılma nedenlerine bakıldığında, %73,1'i (n=207) tedaviyi yarıda bırakmadığını ifade etmiştir. Tedaviyi yarıda bırakan katılımcıların %18,4'ü (n=52) semptomlar düzeldiği için, %4,2'si (n=12) yan etkiler nedeniyle ve %4,2'si (n=12) diğer nedenlerle tedaviyi sonlandırdığını bildirmiştir (Şekil 14)..



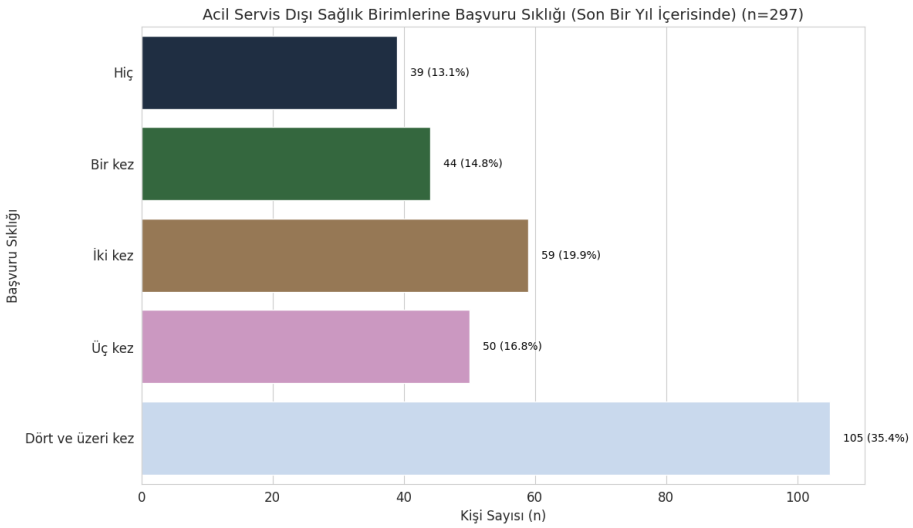
Şekil 14. Antibiyotik Yarım Bırakma Nedenleri

Son bir yıl içerisinde çocukları için acil servise başvuru sıklığı değerlendirildiğinde, katılımcıların %36,7'si (n=109) hiç başvurmadığını, %27,6'sı (n=82) bir kez, %17,2'si (n=51) iki kez, %8,8'i (n=26) üç kez ve %9,8'i (n=29) dört veya daha fazla kez başvurduğunu belirtmiştir (Şekil 15). Acil servis başvuru sayısı ortalama 1,49±2,04, medyanı 1,0 (0,0–15,0) olarak bulunmuştur.



Şekil 15. Son 1 Yıl İçinde Acil Servis Başvuru Sıklığı

Acil servis dışı sağlık birimlerine (aile sağlığı merkezi, çocuk hastalıkları polikliniği vb.) başvuru sıklığında ise %13,1'i (n=39) hiç başvurmadığını, %14,8'i (n=44) bir kez, %19,9'u (n=59) iki kez, %16,8'i (n=50) üç kez ve %35,4'ü (n=105) dört ve üzeri kez başvurduğunu ifade etmiştir. Bu başvuruların ortalaması 3,19±2,73, medyanı ise 3,0 (0,0–20,0) olarak saptanmıştır (.



Şekil 16. Son 1 Yıl İçinde Acil Servis Dışı Sağlık Hizmeti Birimi Başvuru Sayıları

4.2. ABANA ÖLÇEĞİ VE TSOY-32 ÖLÇEĞİ PUANLARINA DAİR BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Anne ve Babaların Antibiyotik Algıları (ABANA) Ölçeği ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği–32 (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut İndeks Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler (n=297)

Değişkenler	n	Min.	Maks.	Ort.	SS
ABANA Toplam	297	68,00	151,00	120,38	16,09
ABANA-Bilgi ve inançlar	297	15,00	50,00	39,05	7,81
ABANA-Davranışlar	297	8,00	25,00	21,20	3,28
ABANA-Bilgi arama	297	7,00	35,00	23,71	5,30
ABANA-Uyum	297	7,00	25,00	20,56	3,82
ABANA-Antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF)	297	4,00	20,00	15,86	2,68
TSOY İndeks	297	10,94	50,00	33,63	8,60
TSOY-TH İndeks	297	,00	50,00	35,35	8,79
TSOY-TH Bilgiye Ulaşma İndeks	288	,00	50,00	38,31	8,52
TSOY-TH Bilgiyi anlama İndeks	283	8,33	50,00	37,71	8,43
TSOY-TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	272	4,17	50,00	32,77	9,66
TSOY-TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	280	12,50	50,00	37,05	9,30
TSOY-HK/SG İndeks	297	6,25	50,00	31,92	9,46
TSOY-HK/SG Bilgiye ulaşma İndeks	278	8,33	50,00	35,91	9,51
TSOY-HK/SG Bilgiyi anlama indeks	281	8,33	50,00	35,74	9,34
TSOY-HK/SG Bilgiyi değerlendirme indeks	272	8,33	50,00	31,72	10,52
TSOY-HK/SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	282	8,33	50,00	28,89	9,98

n=Sayı, %=Frekans, Medyan=Ortanca, Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma

Tablo 1'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin Anne ve Babaların Antibiyotik Algıları Ölçeği toplam puan ortalaması 120,38±16,09 olarak bulunmuştur (min=68,00; maks=151,00). Bu bulgu, katılımcıların antibiyotiklere yönelik genel algılarının yüksek düzeyde olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin alt boyutlarına göre; "Bilgi ve İnançlar" alt boyutunun ortalaması 39,05±7,81, "Davranışlar" alt boyutunun 21,20±3,28, "Bilgi Arama" alt boyutunun 23,71±5,30, "Uyum" alt boyutunun 20,56±3,82 ve "Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF)" alt boyutunun ise

15,86±2,68 olduğu belirlenmiştir. İlgili boyutlarda katılımcıların puanları max-min değerlerine göre Tablo 3'te normalize ortalamaların hesaplanması ile incelenecektir.

Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam indeks puanı ortalama 33,63±8,60 (min=10,94; maks=50,00) olarak hesaplanmıştır. HLS-EU sınıflamasına göre bu değer, bireylerin genel sağlık okuryazarlığının "yeterli" düzeyde olduğunu göstermektedir. TSOY-32 ölçeği, "Tedavi ve Hizmet (TSOY-TH)" ve "Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi (TSOY-HK/SG)" olmak üzere iki ana boyuttan oluşmaktadır. TSOY-TH indeks puanı **35,35±8,79** olup alt boyutlara göre ortalamalar sırasıyla "Bilgiye Ulaşma" için 38,31±8,52, "Bilgiyi Anlama" için 37,71±8,43, "Bilgiyi Değerlendirme" için 32,77±9,66 ve "Bilgiyi Kullanma/Uygulama" için 37,05±9,30'dur. TSOY-HK/SG indeks puanı ise 31,92±9,46 olup alt boyut puanları "Bilgiye Ulaşma"da 35,91±9,51, "Bilgiyi Anlama"da 35,74±9,34, "Bilgiyi Değerlendirme"de 31,72±10,52 ve "Bilgiyi Kullanma/Uygulama"da 28,89±9,98 olarak saptanmıştır. Tüm boyutlarda sağlık okuryazarlığı düzeylerinin **orta-yüksek düzeyde** olduğu görülmekle birlikte, özellikle "Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi" bağlamında yer alan "Bilgiyi Kullanma/Uygulama" boyutunda elde edilen düşük ortalama puan, bireylerin edindikleri sağlığın korunması ve geliştirilmesine dair bilgiyi sağlık davranışına dönüştürme konusunda yetersizlik yaşayabileceğini düşündürmektedir.

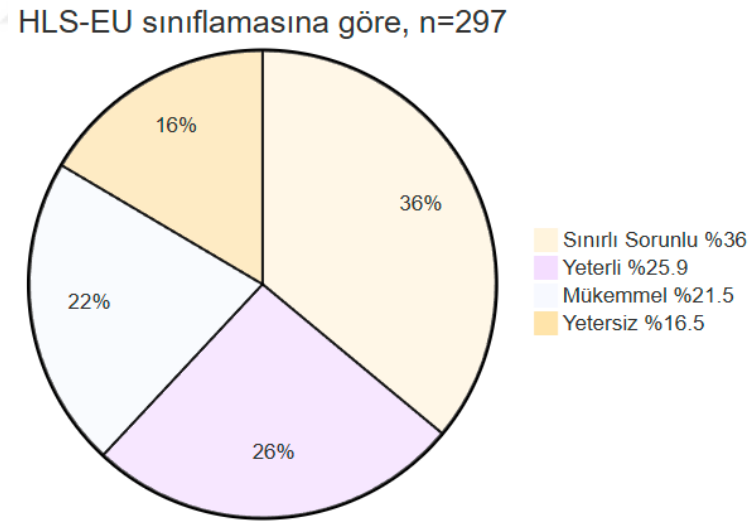
Tablo 2. Katılımcıların TSOY İndekslerine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı (n=297)

	Yetersiz SOY	**Sorunlu Sınırlı SOY**	**Yeterli SOY**	**Mükemmel SOY**
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
TSOY İndeks Toplam	49 (16,5)	107 (36)	77 (25,9)	64 (21,5)
TSOY-Tedavi ve Hizmet indeks	33 (11,1)	82 (27,6)	107 (36)	75 (25,3)
Bilgiye Ulaşma İndeks	21 (7,3)	23 (8)	155 (53,8)	89 (30,9)
Bilgiyi anlama İndeks	25 (8,8)	30 (10,6)	146 (51,6)	82 (29)
Bilgiyi değerlendirme İndeks	70 (25,7)	54 (19,9)	105 (38,6)	43 (15,8)
Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	39 (13,9)	23 (8,2)	139 (49,6)	79 (28,2)
TSOY- Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi indeks	78 (26,3)	87 (29,3)	80 (26,9)	52 (17,5)

Bilgiye Ulaşma İndeks	43 (15,5)	43 (15,5)	115 (41,4)	77 (27,7)
Bilgiyi anlama İndeks	44 (15,7)	53 (18,9)	115 (40,9)	69 (24,6)
Bilgiyi değerlendirme İndeks	92 (33,8)	36 (13,2)	101 (37,1)	43 (15,8)
Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	123 (43,6)	44 (15,6)	89 (31,6)	26 (9,2)

1. Not. TSOY: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği. Yetersiz = 0–25, Sorunlu = >25–33, Sınırlı = >33–42, Yeterli = >42–50 puan aralıklarına karşılık gelmektedir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) genel indeks puanlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri değerlendirildiğinde, %16,5'inin (n=49) yetersiz, %36,0'ının (n=107) sorunlu–sınırlı, %25,9'unun (n=77) yeterli ve %21,5'inin (n=64) mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir (Şekil 4). Genel indekste yeterli ve mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin oranı %47,4'tür. Yetersiz ve sorunlu-sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin oranı %52,5'tir.

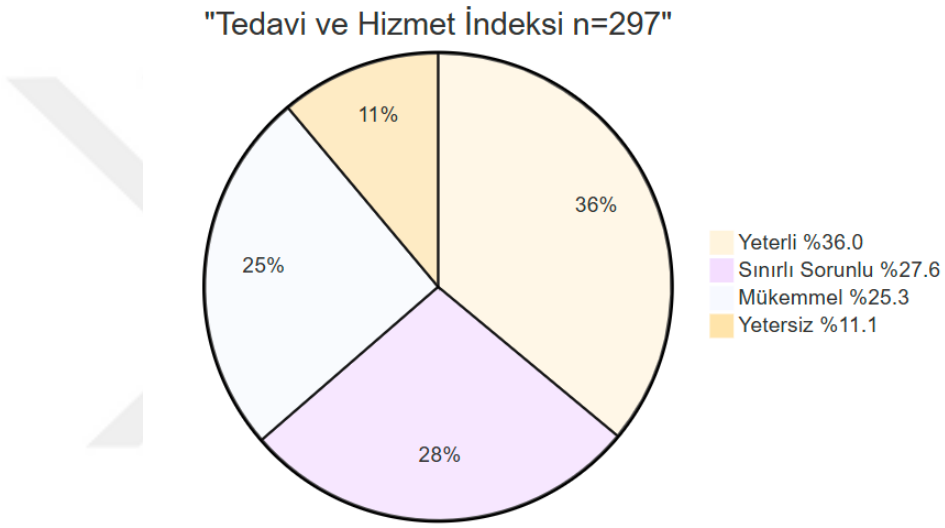


Şekil 17. HLS-EU sınıflamasına göre Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Tedavi ve hizmet boyutuna ilişkin sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelendiğinde, katılımcıların %11,1'i (n=33) yetersiz, %27,6'sı (n=82) sorunlu, %36,0'ı (n=107) yeterli ve %25,3'ü (n=75) mükemmel düzeyde yer almıştır(Şekil 4.). Bu boyutta yüksek düzeyde (yeterli+mükemmel) sağlık okuryazarlığına sahip olanların oranı %61,3'tür.

Tedavi ve hizmet boyutuna ait süreçler düzeyinde dağılım incelendiğinde:

- “Bilgiye ulaşma” sürecinde %53,8’i (n=155) yeterli, %30,9’u (n=89) mükemmel;
- “Bilgiyi anlama” sürecinde %51,6’sı (n=146) yeterli, %29,0’u (n=82) mükemmel;
- “Bilgiyi değerlendirme” sürecinde ise yalnızca %15,8’i (n=43) mükemmel düzeyde olup, %25,7’si (n=70) yetersiz düzeyde yer almıştır.



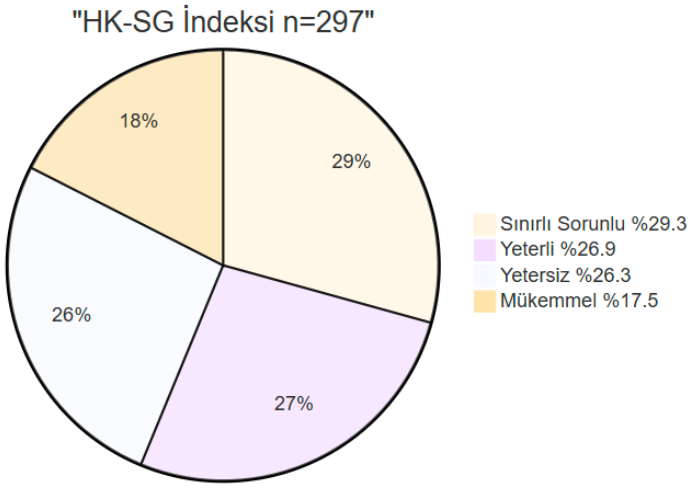
Şekil 18: Tedavi ve Hizmet İndeksine Göre Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırması

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunda, %26,3’ü (n=78) yetersiz, %29,3’ü (n=87) sorunlu, %26,9’u (n=80) yeterli ve %17,5’i (n=52) mükemmel düzeyde sınıflanmıştır. Bu boyutta yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip birey oranı, tedavi ve hizmet boyutuna kıyasla daha yüksektir (Şekil 5.).

Bu boyuta ilişkin süreçlerde ise;

- “Bilgiye ulaşma” sürecinde %41,4’ü (n=115) yeterli, %27,7’si (n=77) mükemmel;
- “Bilgiyi anlama” sürecinde %40,9’u (n=115) yeterli, %24,6’sı (n=69) mükemmel;
- “Bilgiyi değerlendirme” sürecinde %33,8’i (n=92) yetersiz;

- “Bilgiyi kullanma/uygulama” sürecinde ise yetersiz düzeydeki bireylerin oranı %43,6 (n=123) ile en yüksek düzeye ulaşmıştır.



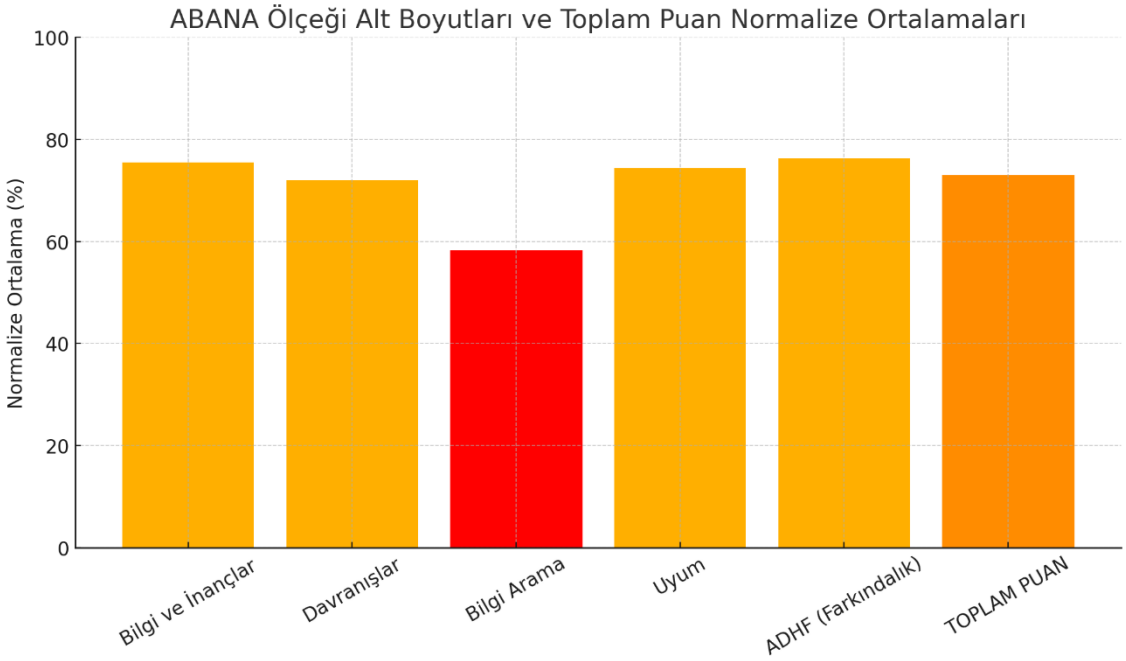
Şekil 19. HK-SG İndeksine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Tablo 3 ABANA Alt Boyutlarının Normalize Ortalamaları

Alt Boyut	Min	Maks	Ort.	Normalize Ortalama (%)
ABANA Toplam	68	151	120,38	63,38%
Bilgi ve İnançlar	15	50	39,05	68,71%
Davranışlar	8	25	21,30	77,06%
Bilgi Arama	7	35	23,71	59,00%
Uyum	7	25	20,56	75,33%
Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık	4	20	15,86	74,13%

Tablo 3’te ABANA ölçeği toplam ve alt boyutlarından alınan ortalama puanlar, karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiş ve katılımcıların antibiyotikle ilişkili olarak en düşük puan aldıkları konunun belirlenebilmesi amacıyla normalize ortalama hesaplanarak incelenmiştir. Normalize ortalama, (Ortalama Puan – Minimum Puan) / (Maksimum Puan – Minimum Puan) formülü ile hesaplanmış ve yüzde değere dönüştürülerek her bir alt boyutta katılımcıların ortalama düzeyde ne kadar başarı gösterdiği ortaya konulmuştur.

Bu değerlendirmeye göre, katılımcıların Davranışlar (örneğin: geçmişte antibiyotik tedavisini daha iyi hissettiği için bırakmak, reçetesiz eczaneden antibiyotik almak, ihtiyaç olur diye evde antibiyotik bulundurmak, yüksek ateşli olan çocuğa birkaç gün reçetesiz antibiyotik vermek gibi davranışları), Uyum (hekimin verdiği antibiyotik reçetesine uyumla ilişkili davranışlar) ve Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık alt boyutlarında görece yüksek düzeyde olumlu yaklaşımlara sahip oldukları görülmektedir. Buna karşılık, en düşük normalize ortalamanın Bilgi Arama alt boyutunda yer aldığı tespit edilmiştirŞekil X. Bu alt boyut, ebeveynlerin antibiyotik kullanımı ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşma yollarını (eczacı, hemşire, internet, aile bireyleri gibi) değerlendiren ifadelerden oluşmaktadır. Bu durum bilgi kaynaklarını belirleyen sorulara daha yakın bir bakışı gerektirmektedir.



Şekil 20. ABANA Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Normalize Ortalamaları

Tablo 4. Sağlık Bilgisine Ulaşma Yöntemlerine İlişkin Yanıtların Dağılımı (ABANA Bilgi Arama Alt Boyutu)

Soru	Katılıyorum / Kesinlikle Katılıyorum (%)	Fikrim Yok / Kararsızım (%)	Katılmıyorum / Kesinlikle Katılmıyorum (%)
A10. Sağlığımla ilgili bilgileri eczacıdan alırım.	16.84	11.11	72.05
A11. Sağlığımla ilgili bilgileri hemşirelerden ve/veya diğer yardımcı sağlık çalışanlarından alırım.	39.73	9.43	50.84
A12. Sağlığımla ilgili bilgileri kitaplardan ve/veya bilimsel yayınlardan alırım.	46.13	18.18	35.69
A13. Sağlığımla ilgili bilgileri aileden ve/veya arkadaşlardan alırım.	11.11	14.48	74.41
A14. Sağlığımla ilgili bilgileri internetten alırım.	29.97	22.22	47.81
A15. Sağlığımla ilgili bilgileri medyadan (TV, radyo, gazeteler gibi) alırım.	12.79	14.14	73.06
A16. Sağlığımla ilgili bilgileri önceki deneyimlerimden edinirim.	62.96	17.17	19.87

ABANA "Bilgi Arama" alt boyutuna ilişkin bulgular, katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına başvuru eğilimlerinin oldukça sınırlı olduğunu göstermektedir. Bu alt boyut, normalize ortalama puanlara göre katılımcıların en düşük başarı gösterdiği boyuttur ve sağlık ile ilgili olarak bilgiye erişim bileşeninde önemli eksiklikler olduğunu işaret etmektedir.

Katılımcıların bilgi kaynaklarına dair sorular arasında en yüksek oranda "katılıyorum/kesinlikle katılıyorum" yanıtı verdiği ifade "Sağlığımla ilgili bilgileri önceki deneyimlerimden edinirim" olmuştur (%62,96). Bu bulgu, bireylerin sağlık bilgisini büyük ölçüde kişisel deneyimlere dayalı olarak şekillendirdiğini ortaya koymaktadır. Oysa bireysel deneyimler, ancak bilimsel yöntemle işlenip anlamlandırıldığında bilgiye dönüşebilir; aksi takdirde yalnızca öznelliğe dayalı yorumlar olarak kalırlar. Sağlık alanında deneyim temelli bilgi üretimi, kanıta dayalı uygulamaların yerini kişisel gözleme ve hatırlamaya bırakma riski taşıdığından, yanlış inançların

pekişmesine ve uygun olmayan sağlık davranışlarının sürdürülmesine neden olabilir. Örneğin üst solunum yolu enfeksiyonunda veya soğuk algınlığında antibiyotiğin verilmesi sonrası çocuğun iyileşmesi ile kişiler, antibiyotik kullanımına dair yanlış bilgi edinebilir. Diğer bilgi kaynakları ile verilecek doğru bilgi bu yanlışı değiştirmeyebilir. Bu bulgu, sağlık okuryazarlığına yönelik müdahalelerin yalnızca bilgi aktarmayı değil, aynı zamanda bireylerin bilgiyi nasıl ürettiğine ve doğruladığına ilişkin düşünme biçimlerini dönüştürmeyi de hedeflemesi gerektiğini göstermektedir. Bu durum, güncel, bilimsel temelli ve profesyonel bilgiye erişim konusunda önemli bir boşluk olduğunu düşündürmektedir.

Kitaplar ve bilimsel yayınlardan bilgi alma oranı %46,13, internetten bilgi alma oranı ise %29,97 olarak saptanmıştır. Buna karşılık, eczacı (%16,84), medya (%12,79), aile ve arkadaşlar (%11,11), hemşire ve diğer yardımcı sağlık çalışanları (%39,73) gibi kaynaklardan bilgi alma oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Özellikle hemşire gibi sağlık profesyonellerine yönelik katılımın düşüklüğü, sağlık hizmeti sisteminde hekim dışındaki kaynakların bilgi otoritesi olarak yeteri kadar algılanmadığını göstermektedir.

İnternet ve medya gibi yaygın erişilebilir bilgi kaynaklarının sınırlı düzeyde kullanılıyor olması, dijital sağlık okuryazarlığı alanındaki eksiklikleri düşündürmektedir. Bununla birlikte, geleneksel -hatta çağdışı kabul edilebilecek- bilgi kaynaklarına (kitaplar, deneyimler) olan güvenin görece daha yüksek olması, eğitim ve müdahale planlarında hem içerik hem de kanal açısından çeşitliliğe ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Tüm bu veriler ışığında, sağlık hizmetleri sunumunda bilgiye ulaşma yollarının çeşitlendirilmesi, dijital okuryazarlığın artırılması ve hekim dışı sağlık profesyonellerinin (özellikle hemşireler ve birinci basamak sağlık hizmeti verdiği kabul edilen eczacıların) ebeveynlerin güvenilir bilgi kaynakları arasında konumlandırılmasına yönelik stratejiler geliştirilmesi önemli bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır. Bu eksikliklerin giderilmesi, ebeveynlerin antibiyotik kullanımına dair tutumlarını daha rasyonel ve bilimsel temellere oturtmalarına katkı sağlayacaktır.

Tablo 5. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	t	p
TSOY İndeks	Kadın	239	33,14±8,42	-2,037	**0.043**
	Erkek	58	35,69±9,07		
TSOY TH İndeks	Kadın	239	34,82±8,68	-2,107	**0.036**
	Erkek	58	37,52±8,97		
TSOY TH Bilgiye Ulaşma İndeks	Kadın	239	37,84±8,66	-1,909	0.057
	Erkek	58	40,25±7,71		
TSOY TH Bilgiyi anlama İndeks	Kadın	239	37,24±8,34	-1,868	0.063
	Erkek	58	39,58±8,63		
TSOY TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	Kadın	239	32,27±9,28	-1,516	0.134
	Erkek	58	34,67±10,87		
TSOY TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	Kadın	239	36,7±9,44	-1,273	0.204
	Erkek	58	38,47±8,67		
TSOY HK SG İndeks	Kadın	239	31,45±9,29	-1,741	0.083
	Erkek	58	33,85±9,99		
TSOY HK SG Bilgiye ulaşma İndeks	Kadın	239	35,67±9,44	-0,829	0.408
	Erkek	58	36,84±9,8		
TSOY HK SG Bilgiyi anlama indeks	Kadın	239	35,42±9,3	-1,161	0.247
	Erkek	58	37,05±9,48		
TSOY HK SG Bilgiyi değerlendirme indeks	Kadın	239	30,94±10,34	-2,435	**0.016**
	Erkek	58	34,75±10,73		
TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	Kadın	239	28,76±9,58	-0,426	0.673
	Erkek	58	29,39±11,5		

Independent Samples t Test, p<0.05

Tablo 5'de görüldüğü gibi katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, TSOY toplam indeks puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur (t=–2,037; p=0,043). Buna göre erkek katılımcıların (Ort.=35,69±9,07) sağlık okuryazarlığı düzeyleri kadın katılımcılara (Ort.=33,14±8,42) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, Tedavi ve Hizmet alt boyutu (TSOY-TH) indeksi de erkeklerde (Ort.=37,52±8,97) kadınlara (Ort.=34,82±8,68) göre anlamlı şekilde yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=–2,107; p=0,036).

Alt boyutlar düzeyinde yapılan değerlendirmede, Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi boyutuna ait "Bilgiyi değerlendirme" indeksi erkeklerde (Ort.=34,75±10,73), kadınlara (Ort.=30,94±10,34) göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (t=–2,435; p=0,016). Diğer tüm alt boyutlarda gözlenen farklılıklar ise istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır (p>0,05). Ancak özellikle TH-

Bilgiye ulaşma (p=0,057), TH-Bilgiyi anlama (p=0,063) ve HK/SG toplam indeksi (p=0,083) açısından anlamlılık sınırına yakın değerler elde edilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	t	p
ABANA Toplam	Kadın	239	119,28±16,18	-2,404	**0.017**
	Erkek	58	124,9±14,97		
ABANA-Bilgi ve inançlar	Kadın	239	38,44±7,88	-2,785	**0.006**
	Erkek	58	41,59±7,02		
ABANA-Davranışlar	Kadın	239	21,15±3,26	-0,511	0.610
	Erkek	58	21,40±3,40		
ABANA-Bilgi arama	Kadın	239	23,46±5,49	-1,661	0.098
	Erkek	58	24,74±4,34		
ABANA-Uyum	Kadın	239	20,52±3,80	-0,336	0.737
	Erkek	58	20,71±3,92		
ABANA-Antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF)	Kadın	239	15,72±2,53	-1,670	0.099
	Erkek	58	16,47±3,19		

Independent Samples t Test, p<0.05

Tablo 6'da görüldüğü gibi katılımcıların antibiyotik kullanımına ilişkin tutumlarını değerlendiren ABANA ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre, **ABANA toplam puanları erkeklerde (Ort.=124,90±14,97), kadınlara (Ort.=119,28±16,18) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (t=–2,404; p=0,017).** Alt boyut düzeyinde yapılan değerlendirmede, **Bilgi ve İnançlar alt boyutu puanı erkek katılımcılarda (Ort.=41,59±7,02) kadın katılımcılara (Ort.=38,44±7,88) göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (t=–2,785; p=0,006**).

Bununla birlikte, ABANA'nın "Davranışlar", "Bilgi Arama", "Uyum" ve "Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF)" alt boyutlarında cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p>0,05). Ancak Bilgi Arama (p=0,098) ve ADHF (p=0,099) alt boyutlarında anlamlılık sınırına yakın sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	F	p	Post-Hoc
TSOY İndeks	1)Lise ve altı	48	31,96±8,34	3,067	**0.028**	-
	2)Ön lisans	29	32,61±10,17			
	3)Lisans	126	32,91±8,59			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	35,78±7,91			
TSOY TH İndeks	1)Lise ve altı	48	33,36±8,81	3,652	**0.013**	1<4
	2)Ön lisans	29	33,05±10,47			
	3)Lisans	126	34,99±8,57			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	37,57±8,12			
TSOY TH Bilgiye Ulaşma İndeks	1)Lise ve altı	48	36,74±7,53	2,361	0.072	-
	2)Ön lisans	29	36,9±10,06			
	3)Lisans	126	37,8±8,42			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	40,14±8,42			
TSOY TH Bilgiyi anlama İndeks	1)Lise ve altı	48	36,08±7,49	4,512	**0.004**	1<4
	2)Ön lisans	29	35,65±10,16			
	3)Lisans	126	36,79±8,28			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	40,26±8,01			
TSOY TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	1)Lise ve altı	48	33,64±6,87	2,096	0.101	-
	2)Ön lisans	29	32,81±8,89			
	3)Lisans	126	31,2±10,25			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	34,47±9,94			
TSOY TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	1)Lise ve altı	48	35,51±9,93	0,805	0.492	-
	2)Ön lisans	29	36,27±11,13			
	3)Lisans	126	37,11±9,16			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	38,02±8,56			
TSOY HK SG İndeks	1)Lise ve altı	48	30,56±9,2	2,445	0.064	-
	2)Ön lisans	29	32,18±10,93			
	3)Lisans	126	30,83±9,53			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	34±8,79			
TSOY HK SG Bilgiye ulaşma İndeks	1)Lise ve altı	48	34,76±8,52	1,998	0.115	-
	2)Ön lisans	29	34,23±11,07			
	3)Lisans	126	35,22±9,75			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	37,87±8,91			
TSOY HK SG Bilgiyi anlama indeks	1)Lise ve altı	48	34,92±8,53	1,944	0.123	-
	2)Ön lisans	29	34,97±10,9			
	3)Lisans	126	34,71±9,51			

	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	37,63±8,81			
TSOY HK SG Bilgiyi değerlendirme indeks	1)Lise ve altı	48	32,41±8,16			
	2)Ön lisans	29	33,49±11,64			
	3)Lisans	126	29,38±10,38	3,835	**0.010**	3<4
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	34,02±10,71			
TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	1)Lise ve altı	48	30,49±9,54			
	2)Ön lisans	29	32,21±8,7			
	3)Lisans	126	27,95±10	1,782	0.151	-
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	28,4±10,35			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Bonferroni test, p<0.05

Tablo 7'de görüldüğü gibi katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam ve alt boyut puanlarının eğitim düzeyine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla One-Way ANOVA analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda, TSOY toplam indeks puanları açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır (F=3,067; p=0,028). Ortalama puanlar incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin eğitim düzeyi arttıkça yükseldiği gözlenmiştir.

Alt boyutlara ilişkin analizlerde, TSOY Tedavi ve Hizmet (TH) indeks puanları eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir (F=3,652; p=0,013). Yapılan Bonferroni post-hoc testine göre, lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin puanları yüksek lisans/doktora mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (1<4; p=0,039).

Benzer şekilde, TSOY TH-Bilgiyi anlama alt indeksi puanlarında da anlamlı fark belirlenmiştir (F=4,512; p=0,004) ve post-hoc analizde lise ve altı grubun puanları yüksek lisans/doktora grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (1<4; p=0,045).

Ayrıca, TSOY Hastalıktan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi (HK/SG) Bilgiyi değerlendirme alt indeksi açısından da eğitim grupları arasında anlamlı fark gözlenmiştir (F=3,835; p=0,010). Bonferroni testi sonuçlarına göre, lisans mezunu katılımcılar yüksek lisans/doktora mezunlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük puan almıştır (3<4; p=0,009).

Bunun dışında kalan alt boyutlarda (ör. bilgiye ulaşma, bilgiyi kullanma) eğitim düzeyine göre anlamlı fark saptanmamış olmakla birlikte, bazı alt boyutlarda istatistiksel anlamlılığa yakın eğilimler dikkat çekmiştir; örneğin TSOY TH-Bilgiye ulaşma

(p=0,072) ve HK/SG toplam indeks (p=0,064) değişkenleri anlamlılık sınırına oldukça yakındır.

Tablo 8. ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	F	p	Post-Hoc
ABANA Toplam	1)Lise ve altı	48	108,06±18,42	22,571	**<0.001**	1<2,3,4 3<4
	2)Ön lisans	29	118,34±14,22			
	3)Lisans	126	119,19±14,36			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	128,88±12,62			
ABANA-Bilgi ve inançlar	1)Lise ve altı	48	32,23±7,93	32,475	**<0.001**	1<2,3,4 3<4
	2)Ön lisans	29	37,00±7,33			
	3)Lisans	126	38,59±6,77			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	43,80±6,01			
ABANA-Davranışlar	1)Lise ve altı	48	19,52±4,45	5,298	**0.001**	1<2,3,4
	2)Ön lisans	29	21,55±1,84			
	3)Lisans	126	21,62±3,02			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	21,38±3,04			
ABANA-Bilgi arama	1)Lise ve altı	48	23,23±6,11	3,109	**0.027**	2>3
	2)Ön lisans	29	26,17±4,83			
	3)Lisans	126	23,04±5,27			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	24,09±4,85			
ABANA-Uyum	1)Lise ve altı	48	18,21±3,94	17,264	**<0.001**	1<3,4 2,3<4
	2)Ön lisans	29	19,10±4,37			
	3)Lisans	126	20,40±3,54			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	22,4±3,01			
ABANA-Antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF)	1)Lise ve altı	48	14,88±2,59	15,035	**<0.001**	1,2,3<4
	2)Ön lisans	29	14,52±3,07			
	3)Lisans	126	15,54±2,49			
	4)Yüksek Lisans/Doktora	94	17,21±2,30			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Bonferroni test, p<0.05

Tablo 8'de görüldüğü gibi ABANA toplam ve alt boyut puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda, ABANA toplam puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (F=22,571; p<0,001).

Yapılan Bonferroni post-hoc testine göre, lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin toplam puanları hem ön lisans ($p=0,018$), hem lisans ($p<0,001$) hem de yüksek lisans/doktora ($p=0,018$) grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Ayrıca, lisans mezunlarının puanları da yüksek lisans/doktora mezunlarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0,001$).

Alt boyut düzeyinde incelendiğinde, Bilgi ve İnançlar alt boyutu puanlarında eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=32,475$; $p<0,001$). Post-hoc analiz sonuçlarına göre lise ve altı grubun puanları tüm diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha düşüktür (tüm karşılaştırmalarda $p<0,05$). Ayrıca, ön lisans ve lisans mezunlarının puanları da yüksek lisans/doktora grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Davranışlar alt boyutu açısından da eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık belirlenmiştir ($F=5,298$; $p=0,001$). Lise ve altı grubun puanları ön lisans ($p=0,046$), lisans ($p=0,001$) ve yüksek lisans/doktora ($p=0,007$) gruplarına göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Bilgi arama alt boyutu puanlarında da anlamlı fark bulunmuştur ($F=3,109$; $p=0,027$). Post-hoc test sonucuna göre, ön lisans mezunları lisans mezunlarına kıyasla daha yüksek puan almıştır ($p=0,024$).

Uyum alt boyutu puanları da eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($F=17,264$; $p<0,001$). Lise ve altı grubun puanları lisans ($p=0,002$) ve yüksek lisans/doktora ($p<0,001$) gruplarına göre anlamlı şekilde daha düşüktür. Ayrıca, ön lisans ve lisans grupları da yüksek lisans/doktora grubuna göre anlamlı şekilde daha düşük puan almıştır ($p<0,001$).

Son olarak, Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF) alt boyutunda da gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($F=15,035$; $p<0,001$). Bonferroni testi sonuçlarına göre, lise ve altı, ön lisans ve lisans mezunları yüksek lisans/doktora grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşük puan almıştır (tüm karşılaştırmalarda $p<0,001$).

Tablo 9. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	F	p	Post-Hoc
TSOY İndeks	1)Gelirim giderimden az	31	34,90±8,76	4,147	**0.017**	2<3
	2)Gelir ve giderim eşit	143	32,16±8,74			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	35,03±8,16			
TSOY TH İndeks	1)Gelirim giderimden az	31	36,16±9,94	5,960	**0.003**	2<3
	2)Gelir ve giderim eşit	143	33,58±8,76			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	37,20±8,15			
TSOY TH Bilgiye Ulaşma İndeks	1)Gelirim giderimden az	31	40,14±7,54	4,980	**0.007**	2<3
	2)Gelir ve giderim eşit	143	36,68±9,20			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	39,72±7,62			
TSOY TH Bilgiyi anlama İndeks	1)Gelirim giderimden az	31	39,58±8,14	5,752	**0.004**	2<3
	2)Gelir ve giderim eşit	143	35,93±8,05			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	39,21±8,58			
TSOY TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	1)Gelirim giderimden az	31	35,80±9,55	3,308	**0.038**	-
	2)Gelir ve giderim eşit	143	31,33±8,87			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	33,66±10,31			
TSOY TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	1)Gelirim giderimden az	31	36,21±10,63	2,217	0.111	-
	2)Gelir ve giderim eşit	143	36,03±9,47			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	38,42±8,65			
TSOY HK SG İndeks	1)Gelirim giderimden az	31	33,64±8,92	2,245	0.108	-
	2)Gelir ve giderim eşit	143	30,74±9,84			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	32,86±9,04			
TSOY HK SG Bilgiye ulaşma İndeks	1)Gelirim giderimden az	31	37,96±8,67	2,544	0.080	-
	2)Gelir ve giderim eşit	143	34,63±10,06			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	36,93±8,88			
TSOY HK SG Bilgiyi anlama indeks	1)Gelirim giderimden az	31	37,22±9,60	1,593	0.205	-
	2)Gelir ve giderim eşit	143	34,71±9,70			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	36,51±8,80			
TSOY HK SG Bilgiyi değerlendirme indeks	1)Gelirim giderimden az	31	34,82±9,50	2,687	0.070	-
	2)Gelir ve giderim eşit	143	30,35±10,75			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	32,53±10,32			
TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	1)Gelirim giderimden az	31	31,40±9,38	1,656	0.193	-
	2)Gelir ve giderim eşit	143	27,93±10,22			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	29,38±9,78			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Bonferroni test, p<0.05

Tablo 9'da görüldüğü gibi katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam ve alt boyut puanlarının gelir durumuna göre farklılaşıp

farklılaşmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) uygulanmıştır.

Analiz sonuçlarına göre, **TSOY toplam indeks puanı açısından gelir grupları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (F=4,147; p=0,017**). Bonferroni post-hoc analizine göre, gelir-gideri eşit olan bireylerin puanları, geliri giderinden fazla olan bireylerden anlamlı düzeyde daha düşüktür (p=0,019).

TSOY Tedavi ve Hizmet alt indeksi yönünden de gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (F=5,960; p=0,003). Post-hoc analizde, "gelir = gider" grubunun puanı, "gelir > gider" grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşüktür (p=0,002).

Benzer şekilde, bilgiye ulaşma (F=4,980; p=0,007) ve bilgiyi anlama (F=5,752; p=0,004) alt boyutlarında da anlamlı fark saptanmıştır. Her iki boyutta da "gelir = gider" grubu, "gelir > gider" grubuna göre daha düşük puan almıştır (sırasıyla p=0,012 ve p=0,005).

Bilgiyi değerlendirme alt boyutunda da istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir (F=3,308; p=0,038), ancak post-hoc karşılaştırmalarda anlamlı çift gruplar belirlenmemiştir. Diğer alt boyutlarda ise (bilgiyi kullanma/uygulama, korunma-sağlığın geliştirilmesi alt indeksi ve alt bileşenleri) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 10. ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	F	p	Post-Hoc
ABANA Toplam	1)Gelirim giderimden az	31	117,65±16,91	12,090	**<0.001**	1<3 2<3
	2)Gelir ve giderim eşit	143	116,45±14,88			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	125,63±15,87			
ABANA-Bilgi ve inançlar	1)Gelirim giderimden az	31	36,48±8,87	13,214	**<0.001**	1<3 2<3
	2)Gelir ve giderim eşit	143	37,34±7,18			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	41,7±7,5			
ABANA-Davranışlar	1)Gelirim giderimden az	31	21,52±2,59	2,008	0.136	-
	2)Gelir ve giderim eşit	143	20,8±3,47			
	3)Gelirim giderimden fazla	123	21,58±3,19			
	1)Gelirim giderimden az	31	23,68±5,54	1,383	0.252	-

ABANA-Bilgi arama	2)Gelir ve giderim eşit 3)Gelirim giderimden fazla	143 123	23,21±5,42 24,29±5,08			
ABANA-Uyum	1)Gelirim giderimden az 2)Gelir ve giderim eşit 3)Gelirim giderimden fazla	31 143 123	20,29±3,8 19,72±3,63 21,59±3,83	8,425	**<0.001**	2<3
ABANA-Antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF)	1)Gelirim giderimden az 2)Gelir ve giderim eşit 3)Gelirim giderimden fazla	31 143 123	15,68±2,56 15,38±2,66 16,46±2,64	5,605	**0.004**	2<3

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Bonferroni test, p<0.05

Tablo 10'da görüldüğü gibi ABANA toplam ve alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği One-Way ANOVA testi ile analiz edilmiştir.

ABANA toplam puanı, gelir grupları arasında anlamlı farklılık göstermiştir (F=12,090; p<0,001). Bonferroni post-hoc analizine göre, hem "gelir = gider" (p<0,001) hem de "gelir < gider" (p=0,033) grupları, "gelir > gider" grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük puan almıştır.

ABANA-Bilgi ve İnançlar alt boyutu da gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir (F=13,214; p<0,001). Geliri giderinden fazla olan katılımcılar, diğer iki gruba kıyasla bu boyutta anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır (1<3 p=0,002; 2<3 p<0,001).

ABANA-Uyum boyutunda da anlamlı grup farklılıkları saptanmıştır (F=8,425; p<0,001). Post-hoc analiz sonucuna göre, "gelir > gider" grubu, "gelir = gider" grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek uyum puanına sahiptir (p<0,001).

Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF) alt boyutunda da anlamlı bir fark bulunmuştur (F=5,605; p=0,004). Geliri giderinden fazla olan katılımcıların farkındalık puanları, "gelir = gider" grubuna kıyasla daha yüksektir (p=0,003).

Diğer alt boyutlar olan Davranışlar (p=0,136) ve Bilgi Arama (p=0,252) boyutlarında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 11. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	t	p
TSOY İndeks	Çalışmıyorum	86	33,35±9,41	-0,362	0.717
	Çalışıyorum	211	33,75±8,26		
TSOY TH İndeks	Çalışmıyorum	86	35,09±9,09	-0,326	0.745
	Çalışıyorum	211	35,46±8,68		
TSOY TH Bilgiye Ulaşma İndeks	Çalışmıyorum	86	38,06±8,2	-0,315	0.753
	Çalışıyorum	211	38,41±8,67		
TSOY TH Bilgiyi anlama İndeks	Çalışmıyorum	86	37,50±9,02	-0,258	0.797
	Çalışıyorum	211	37,79±8,21		
TSOY TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	Çalışmıyorum	86	34±9,27	1,301	0.194
	Çalışıyorum	211	32,3±9,78		
TSOY TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	Çalışmıyorum	86	37,82±9,54	0,857	0.392
	Çalışıyorum	211	36,76±9,22		
TSOY HK SG İndeks	Çalışmıyorum	86	31,61±10,58	-0,356	0.722
	Çalışıyorum	211	32,04±8,99		
TSOY HK SG Bilgiye ulaşma İndeks	Çalışmıyorum	86	36,61±10,12	0,746	0.457
	Çalışıyorum	211	35,65±9,28		
TSOY HK SG Bilgiyi anlama indeks	Çalışmıyorum	86	35,88±9,87	0,155	0.877
	Çalışıyorum	211	35,68±9,16		
TSOY HK SG Bilgiyi değerlendirme indeks	Çalışmıyorum	86	31,72±10,45	-0,003	0.998
	Çalışıyorum	211	31,73±10,57		
TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	Çalışmıyorum	86	30,73±9,97	1,962	0.051
	Çalışıyorum	211	28,16±9,91		

Independent Samples t Test, p<0.05

Tablo 11'de görüldüğü gibi Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam ve alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, TSOY toplam indeks puanı açısından çalışanlar (Ort.=33,75±8,26) ve çalışmayanlar (Ort.=33,35±9,41) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=-0,362; p=0,717). Benzer şekilde, TSOY Tedavi ve Hizmet (TH) alt boyutu toplam indeksi ve tüm alt bileşenlerinde (bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma ve uygulama) çalışan ve çalışmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

TSOY Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi (HK-SG) toplam indeksi ve buna bağlı alt boyutlar açısından da gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Bununla birlikte, bilgiyi kullanma ve uygulama alt boyutu, anlamlılık sınırında bir fark göstermiştir (t=1,962; p=0,051), bu bulgu çalışmayan bireylerin (Ort.=30,73±9,97),

çalışanlara (Ort.=28,16±9,91) göre daha yüksek uygulama puanına sahip olduğunu göstermektedir; ancak bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır.

Tablo 12. Katılımcıların ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	t	p
ABANA Toplam	Çalışmıyorum	86	116,9±17,81	-2,401	**0.017**
	Çalışıyorum	211	121,8±15,14		
ABANA-Bilgi ve inançlar	Çalışmıyorum	86	37,23±8,34	-2,592	**0.010**
	Çalışıyorum	211	39,8±7,47		
ABANA-Davranışlar	Çalışmıyorum	86	20,88±3,86	-1,055	0.292
	Çalışıyorum	211	21,33±3,02		
ABANA-Bilgi arama	Çalışmıyorum	86	23,9±4,76	0,390	0697
	Çalışıyorum	211	23,63±5,52		
ABANA-Uyum	Çalışmıyorum	86	19,66±4,29	-2,594	**0.010**
	Çalışıyorum	211	20,92±3,56		
ABANA-Antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF)	Çalışmıyorum	86	15,22±2,61	-2,658	**0.008**
	Çalışıyorum	211	16,12±2,67		

Independent Samples t Test, p<0.05

Tablo 12'de görüldüğü gibi katılımcıların Anne ve Babaların Antibiyotik Algıları Ölçeği (ABANA) toplam ve alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır.

Yapılan analiz sonucunda, ABANA toplam puanı açısından çalışan bireylerin (Ort.=121,8±15,14) çalışmayan bireylere (Ort.=116,9±17,81) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür (t=-2,401; p=0,017). Benzer şekilde, Bilgi ve İnançlar alt boyutunda çalışanların (Ort.=39,8±7,47), çalışmayanlardan (Ort.=37,23±8,34) istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır (t=-2,592; p=0,010). Ayrıca, Uyum alt boyutunda da çalışan bireylerin (Ort.=20,92±3,56), çalışmayanlara (Ort.=19,66±4,29) göre anlamlı şekilde daha yüksek uyum puanı elde ettikleri belirlenmiştir (t=-2,594; p=0,010).

Buna karşın, Davranışlar ve Bilgi Arama alt boyutlarında çalışma durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF) alt boyutunda ise çalışan bireylerin (Ort.=16,12±2,67) farkındalık düzeyleri, çalışmayanlara (Ort.=15,22±2,61) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (t=-2,658; p=0,008).

Tablo 13. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	F	p	Post-Hoc
TSOY İndeks	1)Sağlık çalışanı	75	37,30±8,11	4,890	**0.001**	1>2 1>4
	2)Beyaz Yaka	115	32,13±8,09			
	3)Mavi Yaka	20	33,18±7,84			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	32,68±9,77			
	5)Memur	23	32,27±6,67			
TSOY TH İndeks	1)Sağlık çalışanı	75	39,32±8,21	5,467	**<0.001**	1>2 1>4
	2)Beyaz Yaka	115	33,82±8,51			
	3)Mavi Yaka	20	34,22±8,64			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	34,31±9,39			
	5)Memur	23	33,92±6,83			
TSOY TH Bilgiye Ulaşma İndeks	1)Sağlık çalışanı	75	41,11±8,45	2,986	**0.019**	1>2
	2)Beyaz Yaka	115	36,9±8,98			
	3)Mavi Yaka	20	37,72±7,15			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	37,99±8,05			
	5)Memur	23	37,31±6,98			
TSOY TH Bilgiyi anlama İndeks	1)Sağlık çalışanı	75	42,29±7,72	8,144	**<0.001**	1>2 1>3 1>4 1>5
	2)Beyaz Yaka	115	36,14±7,82			
	3)Mavi Yaka	20	35,53±7,13			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	36,57±9,33			
	5)Memur	23	35,33±7,09			
TSOY TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	1)Sağlık çalışanı	75	36,75±9,75	5,999	**<0.001**	1>2 1>5
	2)Beyaz Yaka	115	30,28±9,88			
	3)Mavi Yaka	20	31,58±7,65			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	33,96±8,78			
	5)Memur	23	29,89±7,5			
TSOY TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	1)Sağlık çalışanı	75	39,18±9,22	1,812	0.127	-
	2)Beyaz Yaka	115	36,19±8,58			
	3)Mavi Yaka	20	36,25±9,38			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	37,43±9,83			
	5)Memur	23	34,09±10,81			
TSOY HK SG İndeks	1)Sağlık çalışanı	75	35,28±8,86	3,422	**0.009**	1>2
	2)Beyaz Yaka	115	30,43±8,99			
	3)Mavi Yaka	20	32,14±9,11			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	31,05±11,01			
	5)Memur	23	30,62±7,05			
TSOY HK SG Bilgiye ulaşma İndeks	1)Sağlık çalışanı	75	38,79±8,73	3,220	**0.013**	1>2
	2)Beyaz Yaka	115	34,05±9,38			
	3)Mavi Yaka	20	34,21±9,58			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	37,04±10,67			
	5)Memur	23	34,78±7,39			
TSOY HK SG Bilgiyi anlama indeks	1)Sağlık çalışanı	75	38,85±9,07	3,513	**0.008**	1>2
	2)Beyaz Yaka	115	34,08±8,85			
	3)Mavi Yaka	20	34,65±9,53			

	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	36,21±10,01			
	5)Memur	23	33,33±8,63			
TSOY HK SG Bilgiyi değerlendirme indeks	1)Sağlık çalışanı	75	36,13±10,66	5,667	**<0.001**	1>2 1>5
	2)Beyaz Yaka	115	29,17±9,87			
	3)Mavi Yaka	20	33,8±9,58			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	31,73±10,76			
	5)Memur	23	28,8±9,05			
TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	1)Sağlık çalışanı	75	30,5±10,49	2,818	**0.026**	-
	2)Beyaz Yaka	115	27,06±10,25			
	3)Mavi Yaka	20	31,58±7,52			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	30,68±9,74			
	5)Memur	23	25,76±7,23			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Bonferroni test, p<0.05

Tablo 13'te görüldüğü gibi katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam ve alt boyut puanlarının mesleklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) yapılmıştır. Anlamlı bulunan değişkenler için Bonferroni düzeltmeli post-hoc test uygulanmıştır.

Analiz sonuçlarına göre, TSOY toplam indeksi açısından meslek grupları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (F=4,890; p=0,001). Post-hoc analizde sağlık çalışanlarının (Ort.=37,30±8,11), hem beyaz yaka çalışanlara (Ort.=32,13±8,09; p<0,001) hem de ev hanımı/ev babası grubuna (Ort.=32,68±9,77; p=0,013) göre anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir.

Benzer şekilde, TSOY Tedavi ve Hizmet Alt İndeksi puanlarında da anlamlı farklılık gözlenmiş (F=5,467; p<0,001) ve sağlık çalışanlarının, beyaz yaka (p<0,001) ve ev hanımı/ev babası grubuna (p=0,006) kıyasla daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.

Bilgiye ulaşma alt boyutunda sağlık çalışanları (Ort.=41,11±8,45), beyaz yaka çalışanlardan (Ort.=36,90±8,98) anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır (p=0,009). Ayrıca, bilgiyi anlama boyutunda sağlık çalışanlarının (Ort.=42,29±7,72), beyaz yaka (p<0,001), mavi yaka (p=0,012), ev hanımı/ev babası (p=0,001) ve memur grubuna (p=0,003) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür (F=8,144; p<0,001).

Bilgiyi değerlendirme alt boyutunda da benzer bir durum gözlenmiş, sağlık çalışanları (Ort.=36,75±9,75), beyaz yaka (p<0,001) ve memur grubuna (p=0,024) göre anlamlı derecede yüksek puan almıştır (F=5,999; p<0,001). Ancak, bilgiyi kullanma ve

uygulama alt boyutunda meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,127).

Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma alt indeksinde de meslek grupları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (F=3,422; p=0,009) ve sağlık çalışanlarının (Ort.=35,28±8,86), beyaz yaka çalışanlara (Ort.=30,43±8,99) göre anlamlı şekilde daha yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır (p=0,005).

HKSG bilgiye ulaşma (p=0,010), bilgiyi anlama (p=0,006) ve bilgiyi değerlendirme (p<0,001) alt indekslerinde de sağlık çalışanlarının puanları beyaz yaka gruba kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir. Ayrıca, bilgiyi değerlendirme alt indeksinde sağlık çalışanları memur grubuna kıyasla da daha yüksek puan almıştır (p=0,030).

Sağlık çalışanlarının mesleki formasyonlarından kaynaklı olarak sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sistematik şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun, diğer meslek grupları arasındaki farkların görünürlüğünü sınırlayabileceği düşünülerek, sağlık çalışanları dışlanarak alt analiz yapılmıştır.

Tablo 13.1. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması (n=222)

		n	Ort.±SS	F	p	Post-Hoc
TSOY İndeks	1)Beyaz Yaka	115	32,13±8,09	0,121	0.948	-
	2)Mavi Yaka	20	33,18±7,84			
	3)Ev Hanımı/Ev Babası	64	32,68±9,77			
	4)Memur	23	32,27±6,67			
TSOY TH İndeks	1)Beyaz Yaka	115	33,82±8,51	0,048	0.986	-
	2)Mavi Yaka	20	34,22±8,64			
	3)Ev Hanımı/Ev Babası	64	34,31±9,39			
	4)Memur	23	33,92±6,83			
TSOY TH Bilgiye Ulaşma İndeks	1)Beyaz Yaka	115	36,9±8,98	0,232	0.874	-
	2)Mavi Yaka	20	37,72±7,15			
	3)Ev Hanımı/Ev Babası	64	37,99±8,05			
	4)Memur	23	37,31±6,98			
TSOY TH Bilgiyi anlama İndeks	1)Beyaz Yaka	115	36,14±7,82	0,165	0.920	-
	2)Mavi Yaka	20	35,53±7,13			
	3)Ev Hanımı/Ev Babası	64	36,57±9,33			
	4)Memur	23	35,33±7,09			
TSOY TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	1)Beyaz Yaka	115	30,28±9,88	2,115	0.100	-
	2)Mavi Yaka	20	31,58±7,65			
	3)Ev Hanımı/Ev Babası	64	33,96±8,78			
	4)Memur	23	29,89±7,5			
	1)Beyaz Yaka	115	36,19±8,58	0,709	0.547	-

TSOY TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	2)Mavi Yaka	20	36,25±9,38		
	3)Ev Hanımı/Ev Babası	64	37,43±9,83		
	4)Memur	23	34,09±10,81		
TSOY HK SG İndeks	1)Beyaz Yaka	115	30,43±8,99	0,208	0.891	-
	2)Mavi Yaka	20	32,14±9,11			
	3)Ev Hanımı/Ev Babası	64	31,05±11,01			
	4)Memur	23	30,62±7,05			
TSOY HK SG Bilgiye ulaşma İndeks	1)Beyaz Yaka	115	34,05±9,38	1,227	0.301	-
	2)Mavi Yaka	20	34,21±9,58			
	3)Ev Hanımı/Ev Babası	64	37,04±10,67			
	4)Memur	23	34,78±7,39			
TSOY HK SG Bilgiyi anlama indeks	1)Beyaz Yaka	115	34,08±8,85	0,816	0.486	-
	2)Mavi Yaka	20	34,65±9,53			
	3)Ev Hanımı/Ev Babası	64	36,21±10,01			
	4)Memur	23	33,33±8,63			
TSOY HK SG Bilgiyi değerlendirme indeks	1)Beyaz Yaka	115	29,17±9,87	1,720	0.164	-
	2)Mavi Yaka	20	33,8±9,58			
	3)Ev Hanımı/Ev Babası	64	31,73±10,76			
	4)Memur	23	28,8±9,05			
TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	1)Beyaz Yaka	115	27,06±10,25	3,033	**0.030**	-
	2)Mavi Yaka	20	31,58±7,52			
	3)Ev Hanımı/Ev Babası	64	30,68±9,74			
	4)Memur	23	25,76±7,23			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Bonferroni test, p<0.05

Tablo 13.1'de görüldüğü gibi Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam ve alt boyut puanlarının meslek gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama alt boyutunda meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (F = 3,033; p = 0,030). Diğer tüm alt boyut ve toplam TSOY indeks puanlarında meslek grupları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (p > 0.05).

TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama alt boyutu puanı mavi yaka çalışanlarda (31,58±7,52) ve ev hanımı/ev babası grubunda (30,68±9,74) daha yüksek iken, beyaz yaka (27,06±10,25) ve özellikle memur grubunda (25,76±7,23) daha düşüktür. Ancak uygulanan Bonferroni post-hoc testi sonucunda gruplar arasındaki farkın hangi meslek grupları arasında anlamlı olduğuna ilişkin spesifik bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 14. ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	F	p	Post-Hoc
ABANA Toplam	1)Sağlık çalışanı	75	130,00±13,78	11,439	**<0.001**	1>2 1>3 1>4 1>5
	2)Beyaz Yaka	115	119,14±14,46			
	3)Mavi Yaka	20	117,15±17,55			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	114,47±17,33			
	5)Memur	23	114,43±12,71			
ABANA-Bilgi ve inançlar	1)Sağlık çalışanı	75	44,44±6,27	16,300	**<0.001**	1>2 1>3 1>4 1>5
	2)Beyaz Yaka	115	38,46±6,94			
	3)Mavi Yaka	20	35,05±7,74			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	35,98±8,34			
	5)Memur	23	36,48±6,14			
ABANA-Davranışlar	1)Sağlık çalışanı	75	20,79±3,25	1,145	0.335	-
	2)Beyaz Yaka	115	21,63±2,88			
	3)Mavi Yaka	20	21,65±2,87			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	20,8±3,96			
	5)Memur	23	21,09±3,54			
ABANA-Bilgi arama	1)Sağlık çalışanı	75	24,43±4,53	1,150	0.333	-
	2)Beyaz Yaka	115	23,38±5,73			
	3)Mavi Yaka	20	24,65±6,56			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	23,73±4,9			
	5)Memur	23	22,09±5,26			
ABANA-Uyum	1)Sağlık çalışanı	75	22,48±2,92	8,133	**<0.001**	1>2 1>4 1>5
	2)Beyaz Yaka	115	20,33±3,79			
	3)Mavi Yaka	20	20,3±3,56			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	19,19±4,16			
	5)Memur	23	19,43±3,6			
ABANA-Antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF)	1)Sağlık çalışanı	75	17,87±2,17	17,933	**<0.001**	1>2 1>3 1>4 1>5
	2)Beyaz Yaka	115	15,33±2,57			
	3)Mavi Yaka	20	15,5±2,26			
	4)Ev Hanımı/Ev Babası	64	14,77±2,74			
	5)Memur	23	15,35±1,30			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Bonferroni test, p<0.05

Tablo 14'da görüldüğü gibi katılımcıların Anne Baba Antibiyotik Algıları Ölçeği (ABANA) toplam ve alt boyut puanlarının meslek gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) uygulanmıştır. Anlamlı farklılık gözlenen değişkenler için Bonferroni düzeltmeli post-hoc test sonuçları incelenmiştir.

ABANA toplam puanı açısından meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (F=11,439; p<0,001). Post-hoc analiz sonucunda sağlık çalışanlarının (Ort.=130,00±13,78), beyaz yaka (p<0,001), mavi yaka (p=0,008), ev

hanımı/ev babası (p<0,001) ve memur (p<0,001) gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur.

Bilgi ve inançlar alt boyutunda da benzer şekilde anlamlı farklılık belirlenmiş (F=16,300; p<0,001). Sağlık çalışanlarının (Ort.=44,44±6,27) tüm diğer meslek gruplarına göre (beyaz yaka p<0,001, mavi yaka p<0,001, ev hanımı/ev babası p<0,001, memur p<0,001) anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Bu bulgu, sağlık çalışanlarının antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi ve inanç düzeylerinin diğer meslek gruplarına göre daha gelişmiş olduğunu göstermektedir.

Uyum alt boyutunda meslek grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur (F=8,133; p<0,001). Sağlık çalışanları (Ort.=22,48±2,92), beyaz yaka (p=0,001), ev hanımı/ev babası (p<0,001) ve memur grubuna (p=0,005) göre anlamlı şekilde daha yüksek uyum puanlarına sahiptir.

Antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF) alt boyutunda da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir (F=17,933; p<0,001). Sağlık çalışanlarının (Ort.=17,87±2,17) tüm diğer meslek gruplarından (beyaz yaka p<0,001, mavi yaka p=0,001, ev hanımı/ev babası p<0,001, memur p<0,001) anlamlı düzeyde daha yüksek farkındalık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.

Davranışlar ve bilgi arama alt boyutlarında ise meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,335 ve p=0,333, sırasıyla).

Tablo 15. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	**Ort.±SS**	**Z**	**p**
TSOY İndeks	Bekar/Boşanmış/Dul	13	31,49±17,81	-0,491	0.624
	Evli	284	33,73±15,14		
TSOY TH İndeks	Bekar/Boşanmış/Dul	13	32,85±8,34	-0,218	0.827
	Evli	284	35,46±7,47		
TSOY TH Bilgiye Ulaşma İndeks	Bekar/Boşanmış/Dul	13	34,03±3,86	-0,672	0.502
	Evli	284	38,5±3,02		
TSOY TH Bilgiyi anlama İndeks	Bekar/Boşanmış/Dul	13	40,42±4,76	-1,118	0.264
	Evli	284	37,61±5,52		
TSOY TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	Bekar/Boşanmış/Dul	13	35,61±4,29	-1,121	0.262
	Evli	284	32,65±3,56		
	Bekar/Boşanmış/Dul	13	36,81±2,61	-0,026	0.979

TSOY TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	Evli	284	37,06±2,67		
TSOY HK SG İndeks	Bekar/Boşanmış/Dul Evli	13 284	30,13±9,41 32,00±8,26	-0,569	0.570
TSOY HK SG Bilgiye ulaşma İndeks	Bekar/Boşanmış/Dul Evli	13 284	31,82±9,09 36,08±8,68	-1,351	0.177
TSOY HK SG Bilgiyi anlama indeks	Bekar/Boşanmış/Dul Evli	13 284	32,64±8,2 35,87±8,67	-0,919	0.358
TSOY HK SG Bilgiyi değerlendirme indeks	Bekar/Boşanmış/Dul Evli	13 284	31,44±9,02 31,74±8,21	-0,057	0.954
TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	Bekar/Boşanmış/Dul Evli	13 284	28,85±9,27 28,89±9,78	-0,167	0.867

Mann Whitney U Test, p<0.05

Tablo 15'de görüldüğü gibi katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam ve alt boyut puanlarının medeni durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Bekar/boşanmış/dul (n=13) ve evli (n=284) grupları arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda, TSOY-32 toplam indeksi ve tüm alt boyutlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

TSOY genel indeks puanı bekar/boşanmış/dul bireylerde 31,49±17,81 iken evli bireylerde 33,73±15,14 olarak belirlenmiş olup bu fark anlamlı değildir (Z=–0,491; p=0,624). Aynı şekilde, TSOY Tedavi-Hizmet (TH) indeksi (Z=–0,218; p=0,827), bilgiye ulaşma (Z=–0,672; p=0,502), bilgiyi anlama (Z=–1,118; p=0,264), bilgiyi değerlendirme (Z=–1,121; p=0,262) ve bilgiyi kullanma–uygulama (Z=–0,026; p=0,979) alt boyutlarında da medeni durum grupları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir.

Benzer şekilde, TSOY Hastalıktan Korunma–Sağlığı Geliştirme (HK-SG) alt boyutu açısından da evli bireylerin ortalama puanı 32,00±8,26, bekar/boşanmış/dul bireylerin puanı ise 30,13±9,41 olup fark anlamlı değildir (Z=–0,569; p=0,570). Bu alt boyutun bileşenleri olan bilgiye ulaşma (Z=–1,351; p=0,177), bilgiyi anlama (Z=–0,919; p=0,358), bilgiyi değerlendirme (Z=–0,057; p=0,954) ve bilgiyi kullanma–uygulama (Z=–0,167; p=0,867) puanlarında da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 16. Katılımcıların ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	Z	p
ABANA Toplam	Bekar/Boşanmış/Dul	13	112,08±19,74	-1,551	0.121
	Evli	284	120,76±15,84		
ABANA-Bilgi ve inançlar	Bekar/Boşanmış/Dul	13	36,62±10,03	-0,910	0.363
	Evli	284	39,17±7,69		
ABANA-Davranışlar	Bekar/Boşanmış/Dul	13	20,54±4,41	-0,228	0.820
	Evli	284	21,23±3,23		
ABANA-Bilgi arama	Bekar/Boşanmış/Dul	13	20±5,32	-2,323	**0.020**
	Evli	284	23,88±5,25		
ABANA-Uyum	Bekar/Boşanmış/Dul	13	19,31±4,96	-0,807	0.420
	Evli	284	20,61±3,76		
ABANA-Antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF)	Bekar/Boşanmış/Dul	13	15,62±2,18	-0,644	0.519
	Evli	284	15,87±2,7		

Mann Whitney U Test, p<0.05

Tablo 16'de görüldüğü gibi Katılımcıların Antibiyotik Bilgi ve Farkındalık Ölçeği (ABANA) toplam ve alt boyut puanlarının medeni durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, ABANA toplam puanlarında ve alt boyutlarının çoğunda medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Ancak, yalnızca "bilgi arama" alt boyutunda anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

ABANA toplam puanı bekar/boşanmış/dul bireylerde 112,08±19,74, evli bireylerde ise 120,76±15,84 olarak hesaplanmış olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Z=–1,551; p=0,121). Bilgi ve inançlar alt boyutunda da benzer şekilde, medeni duruma göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (Z=–0,910; p=0,363). Davranışlar (Z=–0,228; p=0,820), uyum (Z=–0,807; p=0,420) ve antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF) (Z=–0,644; p=0,519) alt boyutlarında da gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Bununla birlikte, bilgi arama alt boyutunda evli bireylerin puan ortalaması (23,88±5,25), bekar/boşanmış/dul bireylere kıyasla (20,00±5,32) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Z=–2,323; p=0,020). Bu bulgu, evli bireylerin antibiyotikle ilgili bilgiye ulaşma davranışlarının daha belirgin olduğunu göstermektedir.

Tablo 17. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Çocuğunuz hastalandığında evde bakım sağlayabilecek biri var mı?" Sorusuna Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	t	p
TSOY İndeks	Hayır	98	32,44±9,71	-1,686	0.093
	Evet	199	34,22±7,95		
TSOY TH İndeks	Hayır	98	33,78±10,35	-2,175	**0.030**
	Evet	199	36,12±7,81		
TSOY TH Bilgiye Ulaşma İndeks	Hayır	98	37,63±10,01	-0,929	0.354
	Evet	199	38,63±7,72		
TSOY TH Bilgiyi anlama İndeks	Hayır	98	37,41±8,86	-0,404	0.686
	Evet	199	37,84±8,25		
TSOY TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	Hayır	98	31,93±10,43	-0,998	0.319
	Evet	199	33,17±9,26		
TSOY TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	Hayır	98	35,37±10,46	-2,130	**0.034**
	Evet	199	37,88±8,59		
TSOY HK SG İndeks	Hayır	98	31,1±10,31	-1,046	0.296
	Evet	199	32,32±9,02		
TSOY HK SG Bilgiye ulaşma İndeks	Hayır	98	34,45±10,64	-1,821	0.070
	Evet	199	36,64±8,82		
TSOY HK SG Bilgiyi anlama indeks	Hayır	98	34,75±10,64	-1,222	0.223
	Evet	199	36,21±8,64		
TSOY HK SG Bilgiyi değerlendirme indeks	Hayır	98	30,57±11,64	-1,328	0.185
	Evet	199	32,34±9,84		
TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	Hayır	98	28,09±10,92	-0,938	0.349
	Evet	199	29,28±9,49		

Independent Samples t Test, p<0.05

Tablo 17'de görüldüğü gibi katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam ve alt boyut puanlarının, "Çocuğunuz hastalandığında evde bakım sağlayabilecek biri var mı?" sorusuna verdikleri yanıta göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklemler için t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, TSOY TH indeks (t = –2,175; p = 0,030) ve TSOY TH bilgiyi kullanma uygulama indeks (t = –2,130; p = 0,034) puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

TSOY TH indeks puanı, evde bakım sağlayabilecek biri olan bireylerde 36,12±7,81 iken, olmayan bireylerde bu ortalama 33,78±10,35'tir. Benzer şekilde, bilgiyi kullanma uygulama alt boyutunda da bakım sağlayan biri olan bireylerin puan ortalaması 37,88±8,59, olmayan bireylerin ise 35,37±10,46 olarak bulunmuştur. Her iki boyutta da "evet" yanıtı verenlerin puan ortalamaları daha yüksektir. Bu bulgular, çocuk

hastalandığında evde bakım desteğine sahip bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri daha iyi kullandıklarını ve uyguladıklarını göstermektedir.

Bununla birlikte, TSOY toplam puanı (t = –1,686; p = 0,093) ve diğer alt boyutlarda (p > 0,05) anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 18. Katılımcıların ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Çocuğunuz hastalandığında evde bakım sağlayabilecek biri var mı?" Sorusuna Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	t	p
ABANA Toplam	Hayır	98	118,2±17,04	-1,638	0.102
	Evet	199	121,45±15,53		
ABANA-Bilgi ve inançlar	Hayır	98	37,98±8,36	-1,669	0.096
	Evet	199	39,58±7,49		
ABANA-Davranışlar	Hayır	98	20,91±3,57	-1,070	0.285
	Evet	199	21,34±3,13		
ABANA-Bilgi arama	Hayır	98	23,45±5,44	-0,588	0.557
	Evet	199	23,83±5,25		
ABANA-Uyum	Hayır	98	20,03±4,19	-1,666	0.097
	Evet	199	20,81±3,61		
ABANA-Antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF)	Hayır	98	15,84±2,72	-0,114	0.910
	Evet	199	15,87±2,67		

Independent Samples t Test, p<0.05

Tablo 18'de görüldüğü gibi katılımcıların ABANA toplam ve alt boyut puanlarının, "Çocuğunuz hastalandığında evde bakım sağlayabilecek biri var mı?" sorusuna verdikleri yanıta göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklemler için t testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, gruplar arasında ABANA toplam puanı (t = –1,638; p = 0,102), bilgi ve inançlar (t = –1,669; p = 0,096) ve uyum (t = –1,666; p = 0,097) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sınırda düzeyde farklılıklar gözlenmiştir.

Evde bakım sağlayabilecek biri olan bireylerde ABANA toplam puanı 121,45±15,53 iken, olmayanlarda bu değer 118,2±17,04'tür. Benzer şekilde, bilgi ve inançlar alt boyutu puanı bakım sağlayanlarda 39,58±7,49, sağlamayanlarda ise 37,98±8,36 olarak; uyum alt boyutu puanı ise sırasıyla 20,81±3,61 ve 20,03±4,19 olarak hesaplanmıştır.

Diğer alt boyutlar olan davranışlar (t = –1,070; p = 0,285), bilgi arama (t = –0,588; p = 0,557) ve antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF) (t = –0,114; p = 0,910) puanlarında ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 19. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Sağlık sigortanız var mı?" Sorusuna Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	KV	p	Post-Hoc
TSOY İndeks	1)Sigortam yok	12	31,29±11,4	0,642	0.725	-
	2)Devlet sigortam var	144	34,22±8,92			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	33,24±7,99			
TSOY TH İndeks	1)Sigortam yok	12	33,07±11,33	2,827	0.243	-
	2)Devlet sigortam var	144	35,94±9,31			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	34,94±7,98			
TSOY TH Bilgiye Ulaşma İndeks	1)Sigortam yok	12	39,39±8,81	2,493	0.288	-
	2)Devlet sigortam var	144	38,71±8,64			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	37,83±8,42			
TSOY TH Bilgiyi anlama İndeks	1)Sigortam yok	12	36,25±9,83	2,526	0.283	-
	2)Devlet sigortam var	144	38,63±8,42			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	36,89±8,31			
TSOY TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	1)Sigortam yok	12	33,75±12,65	3,388	0.184	-
	2)Devlet sigortam var	144	33,71±9,38			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	31,72±9,66			
TSOY TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	1)Sigortam yok	12	33,71±12,14	1,572	0.456	-
	2)Devlet sigortam var	144	37,59±9,45			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	36,77±8,88			
TSOY HK SG İndeks	1)Sigortam yok	12	29,51±12,02	2,710	0.258	-
	2)Devlet sigortam var	144	32,49±9,53			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	31,54±9,18			
TSOY HK SG Bilgiye ulaşma İndeks	1)Sigortam yok	12	39,06±11,56	2,892	0.236	-
	2)Devlet sigortam var	144	36,58±9,4			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	35,04±9,47			
TSOY HK SG Bilgiyi anlama indeks	1)Sigortam yok	12	36,67±10,9	0,459	0.795	-
	2)Devlet sigortam var	144	36±9,75			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	35,4±8,84			
TSOY HK SG Bilgiyi değerlendirme indeks	1)Sigortam yok	12	30,3±11,35	3,425	0.180	-
	2)Devlet sigortam var	144	32,76±10,74			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	30,82±10,2			
TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	1)Sigortam yok	12	28,03±13,32	1,074	0.584	-
	2)Devlet sigortam var	144	29,23±9,75			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	28,62±9,97			

Kruskal Wallis H test, Post-Hoc=Dunn's test, p<0.05

Tablo 19'da görüldüğü gibi katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam ve alt boyut puanlarının sağlık sigortası durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, TSOY İndeks ve alt boyutlardan hiçbiri açısından sağlık sigortası türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Her ne kadar anlamlı farklılık bulunmasa da, devlet sigortasına sahip olan katılımcıların genel olarak daha yüksek ortalama puanlara sahip olduğu görülmektedir (örneğin TSOY İndeks: 34,22±8,92), bunu özel sağlık sigortası olanlar (33,24±7,99) ve sigortası olmayan bireyler (31,29±11,4) takip etmektedir. Alt boyut puanları da benzer eğilim göstermektedir; ancak bu farklar istatistiksel düzeyde anlamlılık göstermemiştir.

Tablo 20. ABANA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının "Sağlık sigortanız var mı?" Sorusuna Göre Karşılaştırılması (n=297)

		n	Ort.±SS	KV	p	Post-Hoc
ABANA Toplam	1)Sigortam yok	12	111,17±15,21	4,780	0.092	-
	2)Devlet sigortam var	144	120,1±16,94			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	121,44±15,08			
ABANA-Bilgi ve inançlar	1)Sigortam yok	12	34,50±8,59	4,112	0.128	-
	2)Devlet sigortam var	144	38,85±8,22			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	39,65±7,20			
ABANA-Davranışlar	1)Sigortam yok	12	18,92±4,94	4,009	0.135	-
	2)Devlet sigortam var	144	21,08±3,36			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	21,51±2,96			
ABANA-Bilgi arama	1)Sigortam yok	12	22,75±4,43	0,274	0.872	-
	2)Devlet sigortam var	144	23,86±5,62			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	23,63±5,06			
ABANA-Uyum	1)Sigortam yok	12	19,50±4,10	2,557	0.278	-
	2)Devlet sigortam var	144	20,35±3,83			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	20,85±3,79			
ABANA-Antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF)	1)Sigortam yok	12	15,50±1,83	0,642	0.725	-
	2)Devlet sigortam var	144	15,96±2,57			
	3)Özel sağlık sigortam var	141	15,79±2,86			

Kruskal Wallis H test, Post-Hoc=Dunn's test, p<0.05

Tablo 20'de görüldüğü gibi Katılımcıların Antibiyotik Bilgi, Tutum ve Farkındalık Düzeyi (ABANA) toplam ve alt boyut puanlarının sağlık sigortası durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda, ABANA toplam puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.092). Ancak ortalama puanlar incelendiğinde, özel sağlık sigortasına sahip bireylerin (121,44±15,08), devlet sigortasına sahip olanlara (120,10±16,94) kıyasla daha yüksek puanlara sahip olduğu; sigortası olmayan katılımcıların ise en düşük ortalamaya sahip olduğu (111,17±15,21) görülmektedir.

Benzer şekilde, ABANA alt boyutları olan "Bilgi ve İnançlar", "Davranışlar", "Bilgi Arama", "Uyum" ve "Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF)" puanları bakımından da gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Yine de ortalamalar, sigortası olmayan bireylerin tüm alt boyutlarda en düşük puanlara sahip olduğunu; özellikle davranışlar alt boyutunda bu farkın dikkat çekici olduğunu (Sigortası olmayanlar: 18,92±4,94; özel sigortası olanlar: 21,51±2,96) ortaya koymuştur.

Tablo 21. TSOY Ölçeği ve Alt Boyutlarına Göre Kronik Hastalık ve İlaç Kullanımı Sorusuna Verilen Yanıtlar (n=297)

		n	**Ort.±SS**	**t**	**p**
TSOY İndeks	Yok	249	33,54±8,65	-0,431	0.667
	Var	48	34,13±8,35		
TSOY TH İndeks	Yok	249	35,27±8,63	-0,375	0.708
	Var	48	35,79±9,63		
TSOY TH Bilgiye Ulaşma İndeks	Yok	249	38,37±8,62	0,257	0.797
	Var	48	38,02±8,09		
TSOY TH Bilgiyi anlama İndeks	Yok	249	37,48±8,62	-1,013	0.312
	Var	48	38,86±7,4		
TSOY TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	Yok	249	32,78±9,72	0,052	0.959
	Var	48	32,7±9,46		
TSOY TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	Yok	249	36,91±9,28	-0,569	**0.570**
	Var	48	37,78±9,5		
TSOY HK SG İndeks	Yok	249	31,81±9,69	-0,435	0.664
	Var	48	32,47±8,23		
TSOY HK SG Bilgiye ulaşma İndeks	Yok	249	35,91±9,57	0,109	0.913
	Var	48	35,9±9,26		
TSOY HK SG Bilgiyi anlama indeks	Yok	249	35,76±9,53	0,109	0.913
	Var	48	35,6±8,41		
	Yok	249	31,77±10,77	0,143	0.886

TSOY HK SG Bilgiyi değerlendirme indeks	Var	48	31,52±9,28		
TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	Yok	249	28,94±9,92	0,195	0.846
	Var	48	28,62±10,38		

Independent Samples t Test, p<0.05

Tablo 21'te görüldüğü gibi Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam ve alt boyut puanlarının, kendilerinde veya çocuklarında kronik bir hastalık ya da sürekli ilaç kullanımı gerektiren bir sağlık sorunu bulunup bulunmamasına göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan bağımsız örneklemler t testi sonucunda, TSOY-32 toplam puanı bakımından "sağlık sorunu olan" bireyler (34,13±8,35), "sağlık sorunu olmayan" bireylere (33,54±8,65) kıyasla daha yüksek bir ortalamaya sahip olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,667).

Benzer şekilde, TSOY alt boyutları arasında yer alan "Tedavi Hizmetlerine Yönelik Sağlık Okuryazarlığı" (TH) ve "Halk Sağlığı ve Sağlığı Geliştirme" (HK SG) alt boyutlarında da gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Özellikle "Bilgiyi anlama" alt boyutunda kronik hastalığı olan bireylerin ortalama puanı (38,86±7,40), olmayanlara (37,48±8,62) kıyasla daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır (p=0,312).

Tablo 22. ABANA Ölçeği ve Alt Boyutlarına Göre Kronik Hastalık ve İlaç Kullanımı Sorusuna Verilen Yanıtlar (n=297)

		n	Ort.±SS	t	p
ABANA Toplam	Yok	249	120,06±16,52	-0,782	0.435
	Var	48	122,04±13,64		
ABANA-Bilgi ve inançlar	Yok	249	39,07±7,92	0,072	0.942
	Var	48	38,98±7,29		
ABANA-Davranışlar	Yok	249	21,18±3,23	-0,262	0.794
	Var	48	21,31±3,57		
ABANA-Bilgi arama	Yok	249	23,59±5,42	-0,893	0.372
	Var	48	24,33±4,62		
ABANA-Uyum	Yok	249	20,39±3,89	-1,710	0.088
	Var	48	21,42±3,34		
ABANA-Antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF)	Yok	249	15,84±2,79	-0,389	0.698
	Var	48	16,00±2,05		

Independent Samples t Test, p<0.05

Tablo 22'te görüldüğü gibi Katılımcıların ABANA toplam ve alt boyut puanları, bireyin veya çocuğunun kronik bir hastalığa ya da sürekli ilaç kullanımını gerektiren bir

sağlık sorununa sahip olup olmamasına göre karşılaştırılmıştır. Yapılan bağımsız örneklemler t testi sonucunda, ABANA toplam puanı, sağlık sorunu olan bireylerde (122,04±13,64), sağlık sorunu olmayan bireylere (120,06±16,52) kıyasla daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,435).

Alt boyut analizlerinde de benzer şekilde gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p>0,05). "Bilgi ve inançlar" alt boyutu puanları sağlık sorunu olan (38,98±7,29) ve olmayan (39,07±7,92) bireyler arasında neredeyse eşit düzeydeyken (p=0,942), "Uyum" alt boyutunda sağlık sorunu olan bireylerin ortalaması daha yüksek (21,42±3,34) olmasına rağmen bu fark anlamlı düzeyde değildir (p=0,088).

Tablo 23. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=297)

Değişkenler	**Yetersiz SOY (n=49)**	**Sorunlu/Sınırlı SOY (n=107)**	**Yeterli SOY (n=77)**	**Mükemmel SOY(n=64)**	**p**
Cinsiyet					
Kadın	42 (85,7)	87 (81,3)	64 (83,1)	46 (71,9)	0.235[a]
Erkek	7 (14,3)	20 (18,7)	13 (16,9)	18 (28,1)	
Eğitim düzeyi					
Lise ve altı	8 (16,3)	22 (20,6)	13 (16,9)	5 (7,8)	
Ön lisans	7 (14,3)	9 (8,4)	5 (6,5)	8 (12,5)	0.147[a]
Lisans	25 (51)	45 (42,1)	32 (41,6)	24 (37,5)	
Lisans üstü	9 (18,4)	31 (29)	27 (35,1)	27 (42,2)	
Gelir durumu					
Gelirim giderimden az	3 (6,1)	12 (11,2)	8 (10,4)	8 (12,5)	
Gelir ve giderim eşit	34 (69,4)	48 (44,9)	36 (46,8)	25 (39,1)	0.074[a]
Gelirim giderimden fazla	12 (24,5)	47 (43,9)	33 (42,9)	31 (48,4)	
Çalışma durumu					
Çalışmıyorum	18 (36,7)	28 (26,2)	20 (26)	20 (31,3)	0.505[a]
Çalışıyorum	31 (63,3)	79 (73,8)	57 (74)	44 (68,8)	
Meslek					
Sağlık çalışanı	6 (12,2)	20 (18,7)	20 (26)	29 (45,3)	
Beyaz Yaka	22 (44,9)	48 (44,9)	30 (39)	15 (23,4)	**0.006[a]**

Mavi Yaka	2 (4,1)	9 (8,4)	6 (7,8)	3 (4,7)	
Ev Hanımı/Ev Babası	15 (30,6)	21 (19,6)	13 (16,9)	15 (23,4)	
Memur	4 (8,2)	9 (8,4)	8 (10,4)	2 (3,1)	
Medeni durum					
Bekar/Boşanmış/Dul	3 (6,1)	4 (3,7)	3 (3,9)	3 (4,7)	0.903 [a]
Evli	46 (93,9)	103 (96,3)	74 (96,1)	61 (95,3)	
Çocuğunuz hastalandığında evde bakım sağlayabilecek biri var mı?					
Hayır	26 (53,1)	29 (27,1)	22 (28,6)	21 (32,8)	**0.010 [a]**
Evet	23 (46,9)	78 (72,9)	55 (71,4)	43 (67,2)	
Sağlık sigortanız var mı?					
Herhangi bir sağlık sigortam yok	5 (10,2)	3 (2,8)	1 (1,3)	3 (4,7)	
Devlet sigortam var	20 (40,8)	53 (49,5)	33 (42,9)	38 (59,4)	0.069 [b]
Özel sağlık sigortam var	24 (49)	51 (47,7)	43 (55,8)	23 (35,9)	
Çocuğunuz şu anda aşağıdakilerden hangisine düzenli olarak katılmaktadır?					
Yok	44 (89,8)	88 (82,2)	61 (79,2)	56 (87,5)	0.344 [a]
Var	5 (10,2)	19 (17,8)	16 (20,8)	8 (12,5)	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher'exact test, p<0.05

Tablo 23'te görüldüğü gibi katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile çeşitli sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkilerin incelendiği analizde; meslek grubu (p=0.006) ve "çocuğunuz hastalandığında evde bakım sağlayabilecek biri var mı?" değişkeni (p=0.010) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Diğer değişkenler açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Meslek değişkeni açısından değerlendirildiğinde, sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça sağlık çalışanı olma oranının da anlamlı şekilde arttığı gözlenmiştir. Mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin %45,3'ü sağlık çalışanı iken, bu oran yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerde %12,2 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, beyaz yaka meslek grubunun oranı yetersiz ve sorunlu/sınırlı düzeyde yüksekken, mükemmel düzeyde bu oran belirgin şekilde düşmüştür.

Evde hasta bakım desteği değişkeni incelendiğinde, yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin %53,1'i çocuk hastalandığında evde bakım sağlayacak birinin olmadığını belirtmiş; bu oran mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerde %32,8'e düşmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.010) ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sosyal destek kaynaklarına erişim arasında ilişki olabileceğini göstermektedir.

Cinsiyet (p=0.235), eğitim düzeyi (p=0.147), gelir durumu (p=0.074), çalışma durumu (p=0.505), medeni durum (p=0.903), sağlık sigortası varlığı (p=0.069) ve çocuğun düzenli olarak bir etkinliğe katılım durumu (p=0.344) ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 24. Katılımcıların "Çocuğunuz hastalandığında evde bakım sağlayabilecek biri var mı?" Değişkenine Göre Antibiyotik Kullanımı ve Sağlık Hizmeti Başvurularına İlişkin Davranışlarının Karşılaştırılması (n=297)

	Çocuğunuz hastalandığında evde bakım sağlayabilecek biri var mı?		
Değişkenler	**Hayır (n=98)**	**Evet (n=199)**	**p**
Antibiyotiklerin eskiden olduğu gibi reçetesiz alınabilmesini isterim.			
Hayır	83 (84,7)	173 (86,9)	0.599[a]
Evet	15 (15,3)	26 (13,1)	
Son bir yıl içinde çocuğunuz kaç kez antibiyotik kullandı?	2,25±1,94	2,00±1,63	0.245[c]
Son bir yıl içinde çocuğunuz kaç kez antibiyotik kullandı?			
Hiç kullanmadı	13 (13,3)	37 (18,6)	
1 kere	28 (28,6)	46 (23,1)	
2 kere	21 (21,4)	53 (26,6)	0.538[a]
3 kere	18 (18,4)	32 (16,1)	
4 ve üstü	18 (18,4)	31 (15,6)	
Eğer antibiyotik tedavisini yarıda bıraktıysanız nedeni neydi?			
Semptomlar düzeldiği için	21 (21,9)	31 (16,6)	
Yan etkiler nedeniyle	6 (6,3)	6 (3,2)	0.160[b]
Antibiyotik tedavisini yarım bırakmam	63 (65,6)	144 (77)	
Diğer	6 (6,3)	6 (3,2)	
Son 1 yıl içinde çocuğunuz için kaç kez acil servise başvurdunuz?	1,93±2,50	1,28±1,73	0.021[c]

Son 1 yıl içinde çocuğunuz için kaç kez acil servise başvurdunuz?			
Hiç	28 (28,6)	81 (40,7)	
1 kere	26 (26,5)	56 (28,1)	
2 kere	18 (18,4)	33 (16,6)	**0.036[a]**
3 kere	15 (15,3)	11 (5,5)	
4 ve üzeri	11 (11,2)	18 (9)	
Son 1 yıl içinde çocuğunuz için acil servis dışı (aile sağlığı merkezi, çocuk hastalıkları polikliniği vb) sağlık birimlerine kaç kez başvurdunuz?	3,73±3,48	2,92±2,24	0.039[c]
Son 1 yıl içinde çocuğunuz için acil servis dışı sağlık birimlerine kaç kez başvurdunuz?			
Hiç	16 (16,3)	23 (11,6)	
1 kere	11 (11,2)	33 (16,6)	
2 kere	15 (15,3)	44 (22,1)	0.208[a]
3 kere	15 (15,3)	35 (17,6)	
4 ve üzeri	41 (41,8)	64 (32,2)	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher'exact test,c=Independent samples t test, p<0.05

Tablo 24'de görüldüğü gibi katılımcıların "çocuğunuz hastalandığında evde bakım sağlayabilecek biri var mı?" sorusuna verdikleri yanıtlara göre yapılan analizde, bazı sağlık hizmeti kullanım değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Son bir yıl içerisinde çocuk için acil servise başvuru sayısı bakım sağlayabilecek desteği olmayan katılımcılarda (Ort.=1,93±2,50) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Ort.=1,28±1,73) [t=2,31; p=0.021]. Benzer şekilde, acil servis dışı sağlık kuruluşlarına (örneğin aile sağlığı merkezi, poliklinikler) başvuru sayısı da bakım desteği olmayan bireylerde (Ort.=3,73±3,48), bakım desteği olan bireylere göre (Ort.=2,92±2,24) anlamlı düzeyde fazladır [t=2,07; p=0.039].

Antibiyotik kullanımına ilişkin olarak, son bir yıl içerisinde çocuğun kaç kez antibiyotik kullandığına dair ortalama sayılar bakım sağlayan ve sağlamayan gruplar arasında farklılık göstermemiştir [p=0.245]. Ayrıca, antibiyotiklerin reçetesiz teminine yönelik görüşlerde (p=0.599), son bir yıl içinde kullanılan antibiyotik sayısı kategorik dağılımı (p=0.538), antibiyotik tedavisini yarım bırakma nedenleri (p=0.160) ve reçetesiz antibiyotik temini isteği gibi tutumlar açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 25. ABANA ve TSOY Ölçeği Puanları ile Katılımcıların Yaşları ve Çocuklarına İlişkin Sağlık Hizmeti Kullanımı Arasındaki Korelasyonlar (n=297)

		Yaş (yıl)	Son bir yıl içinde çocuğunuz kaç kez antibiyotik kullandı?	Son 1 yıl içinde çocuğunuz için kaç kez acil servise başvurdunuz?	Son 1 yıl içinde çocuğunuz için acil servis dışı (aile sağlığı merkezi, çocuk hastalıkları polikliniği vb) sağlık birimlerine kaç kez başvurdunuz?
ABANA Toplam	r	0,109	-,222**	-,214**	-0,091
	p	0,062	**<0.001**	**<0.001**	0,117
ABANA-Bilgi ve inançlar	r	,145*	-,294**	-,281**	-,148*
	p	**0,013**	**<0.001**	**<0.001**	**0,01**
ABANA-Davranışlar	r	0,018	-0,113	-0,068	-0,067
	p	0,755	0,052	0,241	0,248
ABANA-Bilgi arama	r	-0,048	-0,037	-0,05	0,025
	p	0,406	0,524	0,386	0,669
ABANA-Uyum	r	,138*	-,160**	-,133*	-0,035
	p	**0,017**	**0,006**	**0,022**	0,544
ABANA-Antibiyotik direnci hakkında farkındalık (ADHF)	r	0,106	-0,038	-0,094	-0,031
	p	0,068	0,515	0,107	0,591
TSOY İndeks	r	0,009	-0,103	-0,071	-0,033
	p	0,879	0,077	0,226	0,576
TSOY TH İndeks	r	0,052	-,121*	-,141*	-0,072
	p	0,373	**0,037**	**0,015**	0,216
TSOY TH Bilgiye Ulaşma İndeks	r	0,023	-0,09	-0,052	0,009
	p	0,703	0,126	0,382	0,88
TSOY TH Bilgiyi anlama İndeks	r	0,045	-0,03	-0,028	0,05
	p	0,449	0,616	0,64	0,403
TSOY TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	r	-0,042	-0,049	0,01	0,036
	p	0,491	0,423	0,864	0,549
TSOY TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	r	0,021	-0,092	-0,081	-0,022
	p	0,726	0,123	0,175	0,718
TSOY HK SG İndeks	r	-0,032	-0,074	0,003	0,008
	p	0,582	0,201	0,963	0,897
TSOY HK SG Bilgiye ulaşma İndeks	r	-0,025	-0,088	0,002	0,025
	p	0,674	0,141	0,974	0,683

TSOY HK SG Bilgiyi anlama indeks	r	-0,036	-0,077	-0,033	0,035
	p	0,549	0,198	0,585	0,556
TSOY HK SG Bilgiyi değerlendirme indeks	r	-0,032	-0,053	0,004	0,022
	p	0,60	0,387	0,954	0,722
TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	r	-,117*	-0,067	0,01	-0,029
	p	**0,050**	0,259	0,868	0,626

Not: *p < 0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiyi; **p < 0,01 düzeyinde ise yüksek düzeyde anlamlı ilişkiyi göstermektedir. Tüm korelasyon analizleri iki yönlü (two-tailed) olarak gerçekleştirilmiştir.

Tablo 25'te görüldüğü gibi katılımcıların ABANA toplam puanı, çocukların son bir yıl içinde kaç kez antibiyotik kullandıkları (r=–0,222, p<0,01) ve acil servise başvuru sıklıkları (r=–0,214, p<0,01) ile negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler göstermiştir. Bu bulgu, ebeveynlerin antibiyotik algılarındaki artışın çocuklarda hem antibiyotik kullanımını hem de acil başvuru sıklığını azalttığını düşündürmektedir. Ayrıca ABANA toplam puanı ile yaş arasında zayıf düzeyde pozitif yönde (r=0,109), ancak anlamlılık sınırında bir ilişki saptanmıştır (p=0,062).

ABANA alt boyutları incelendiğinde; "Bilgi ve İnançlar" puanları ile antibiyotik kullanım sıklığı (r=–0,294, p<0,01) ve acil başvuru sıklığı (r=–0,281, p<0,01) arasında anlamlı, negatif yönde ilişkiler gözlenmiştir. Benzer şekilde "Uyum" alt boyutu ile antibiyotik kullanımı (r=–0,160, p<0,01) ve acil başvurular (r=–0,133, p<0,05) negatif ve anlamlı ilişki göstermiştir. Bu sonuçlar, antibiyotik tedavisine uyum sağlayan ve doğru bilgiye sahip ebeveynlerin çocuklarında daha az sağlık hizmeti kullanımıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir.

TSOY toplam indeksi ve alt boyutlarının çoğu, incelenen sağlık hizmeti kullanım değişkenleri ile anlamlı ilişki göstermemiştir. Bununla birlikte, "TSOY-TH" genel indeksi ile antibiyotik kullanımı (r=–0,121, p<0,05) ve acil başvurular (r=–0,141, p<0,05) arasında düşük düzeyde ancak anlamlı, negatif korelasyonlar saptanmıştır. Ayrıca "TSOY-HK/SG Bilgiyi Kullanma/Uygulama" alt boyutu ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=–0,117, p=0,050).

Tablo 26. ABANA ve Alt Boyutları ile TSOY-32 Ölçeği İndeksleri Arasındaki Korelasyonlar (n=297)

		ABANA Toplam	ABANA-Bilgi ve inançlar	ABANA-Davranışlar	ABANA-Bilgi arama	ABANA-Uyum	ABANA-(ADHF)
TSOY İndeks	r	,328**	,297**	,240**	0,082	,310**	,206**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0,157	**<0.001**	**<0.001**
TSOY TH İndeks	r	,360**	,325**	,252**	0,090	,341**	,237**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0,121	**<0.001**	**<0.001**
TSOY TH Bilgiye Ulaşma İndeks	r	,269**	,248**	,184**	0,050	,260**	,185**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**0,002**	0,401	**<0.001**	0,002
TSOY TH Bilgiyi anlama İndeks	r	,332**	,301**	,150*	0,108	,311**	,270**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**0,012**	0,069	**<0.001**	**<0.001**
TSOY TH Bilgiyi değerlendirme İndeks	r	,232**	,244**	,146*	0,055	,179**	,147*
	p	**<0.001**	**<0.001**	**0,016**	0,363	**0,003**	**0,015**
TSOY TH Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	r	,289**	,234**	,207**	,130*	,262**	,156**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**0,029**	**<0.001**	**0,009**
TSOY HK SG İndeks	r	,262**	,237**	,203**	0,066	,246**	,153**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0,257	**<0.001**	**0,008**
TSOY HK SG Bilgiye ulaşma İndeks	r	,301**	,265**	,202**	,120*	,281**	,164**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**0,001**	**0,046**	**<0.001**	**0,006**
TSOY HK SG Bilgiyi anlama indeks	r	,266**	,259**	,168**	0,078	,247**	,143*
	p	**<0.001**	**<0.001**	**0,005**	0,195	**<0.001**	**0,016**
TSOY HK SG Bilgiyi değerlendirme indeks	r	,228**	,203**	,167**	0,060	,240**	,131*
	p	**<0.001**	**0,001**	**0,006**	0,321	**<0.001**	**0,031**
TSOY HK SG Bilgiyi kullanma uygulama İndeks	r	0,116	0,093	,139*	0,059	,123*	-0,035
	p	0,051	0,120	**0,020**	0,326	**0,039**	0,558

Not: *p < 0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiyi; **p < 0,01 düzeyinde ise yüksek düzeyde anlamlı ilişkiyi göstermektedir. Tüm korelasyon analizleri iki yönlü (two-tailed) olarak gerçekleştirilmiştir. ADHF: Antibiyotik direnci hakkında farkındalık

Tablo 26'da görüldüğü gibi bu çalışmada, ebeveynlerin antibiyotik kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren ABANA ölçeği ile genel sağlık okuryazarlığını ölçen TSOY-32 ölçeği arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile

incelenmiştir. Elde edilen bulgular, **ABANA toplam puanı ile TSOY toplam indeksi arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur** (r=0,328; p<0,001). Benzer şekilde, TSOY'nin "Tedavi ve Hizmet" boyutu (TSOY-TH) ile ABANA toplam puanı arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir (r=0,360; p<0,001). Bu sonuç, sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça, antibiyotiklere yönelik doğru bilgi, tutum ve davranışların da geliştiğini göstermektedir.

ABANA'nın "Bilgi ve İnançlar" alt boyutu da TSOY toplam indeksi (r=0,297; p<0,001), TSOY-TH (r=0,325; p<0,001) ve "Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi" (TSOY-HK/SG) boyutu (r=0,237; p<0,001) ile pozitif ve anlamlı ilişki göstermiştir. Bu alt boyut, aynı zamanda TSOY'nin tüm alt bileşenleri olan bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma/uygulama puanlarıyla da anlamlı ilişkilidir (p<0,001).

ABANA'nın "Davranışlar" alt boyutu, TSOY toplam (r=0,240; p<0,001), TSOY-TH (r=0,252; p<0,001) ve TSOY-HK/SG (r=0,203; p<0,001) ile pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermiştir. Ayrıca, bu boyut TSOY'nin bilgiye ulaşma (r=0,184; p=0,002), bilgiyi anlama (r=0,150; p=0,012), bilgiyi değerlendirme (r=0,146; p=0,016) ve bilgiyi kullanma/uygulama (r=0,207; p<0,001) alt boyutlarıyla da anlamlı ilişkiler sunmuştur.

ABANA'nın "Uyum" alt boyutu ile TSOY toplam indeksi (r=0,310; p<0,001), TSOY-TH (r=0,341; p<0,001) ve TSOY-HK/SG (r=0,246; p<0,001) arasında anlamlı pozitif korelasyonlar elde edilmiştir. Ayrıca bu boyut, TSOY'nin bilgiye ulaşma (r=0,260; p<0,001), bilgiyi anlama (r=0,311; p<0,001), bilgiyi değerlendirme (r=0,179; p=0,003) ve bilgiyi kullanma/uygulama (r=0,262; p<0,001) puanlarıyla da anlamlı düzeyde ilişkilidir. Bu bulgu, antibiyotik tedavisine uyum sağlayan ebeveynlerin daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir.

ABANA'nın "Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF)" alt boyutu ile TSOY toplam indeksi (r=0,206; p<0,001), TSOY-TH (r=0,237; p<0,001) ve TSOY-HK/SG (r=0,153; p=0,008) puanları arasında anlamlı pozitif korelasyonlar tespit edilmiştir. Bu alt boyut ayrıca, TSOY'nin bilgiyi anlama (r=0,270; p<0,001), bilgiyi değerlendirme (r=0,147; p=0,015) ve bilgiyi kullanma/uygulama (r=0,156; p=0,009) alt bileşenleriyle de anlamlı düzeyde ilişkilidir.

Öte yandan, "Bilgi Arama" alt boyutunun sağlık okuryazarlığı ile olan ilişkileri sınırlı kalmış, yalnızca TSOY-HK/SG Bilgiye Ulaşma (r=0,120; p=0,046) ve

TSOY-TH Bilgiyi Kullanma/Uygulama (r=0,130; p=0,029) boyutlarıyla zayıf ama anlamlı korelasyon göstermiştir.

Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, ebeveynlerin antibiyotik kullanımına yönelik olumlu bilgi ve tutumlarının genel sağlık okuryazarlığı düzeyiyle yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Özellikle tedaviye uyum ve antibiyotik direncine dair farkındalığın, sağlık okuryazarlığıyla güçlü biçimde ilişkili olması, halk sağlığı uygulamalarında bu iki alana özel vurgu yapılmasının önemini ortaya koymaktadır.

Şekil 21'de, ebeveynlerin antibiyotik kullanımına yönelik tutumlarını değerlendiren ABANA ölçeği ile genel sağlık okuryazarlığını ölçen TSOY-32 ölçeği arasındaki anlamlı korelasyonlar görselleştirilmiştir. ABANA toplam puanı ve özellikle "Bilgi ve İnançlar", "Uyum" ve "Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF)" alt boyutlarının, TSOY-32 toplam indeksi ile bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve bilgiyi uygulama gibi çeşitli alt boyutlarla pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği dikkat çekmektedir. Korelasyon katsayıları çoğunlukla orta düzeyde (r = 0,20–0,36) bulunmuş olup, en güçlü ilişkiler ABANA toplam puanı ile TSOY-TH ve TSOY-HK/SG boyutları arasında gözlenmiştir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek ebeveynlerin antibiyotik kullanımına ilişkin daha bilinçli tutumlara sahip olabileceğini desteklemektedir.



Şekil 21. ABANA Alt Boyutları ile TSOY-32 Alt Boyutları Arasındaki Anlamlı Korelasyonların Isı Haritası

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasının temel amacı, 4–6 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile antibiyotik algıları arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Özellikle çocukluk çağı enfeksiyonlarının yaygınlığı, uygunsuz antibiyotik kullanımının sağlık sistemleri üzerindeki yükü ve küresel çapta giderek artan antibiyotik direnci göz önünde bulundurulduğunda, bu konunun halk sağlığı açısından önemi daha da belirginleşmektedir. Bu kapsamda araştırma, ebeveynlerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ile ölçülen sağlık okuryazarlığı alt boyutları (bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma/uygulama) ile Anne ve Babaların Antibiyotik Algıları Ölçeği (ABANA) ile değerlendirilen antibiyotik algısının çeşitli bileşenleri (bilgi ve inançlar, davranışlar, bilgi arama, uyum ve antibiyotik direnci hakkında farkındalık) arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçlamaktadır.

Araştırmamıza katılan 297 bireyin yaş ortalaması 36,28±4,71 olup yaş aralığı 25–52 yıl arasında değişmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu kadındır (%80,5) ve önemli bir kısmı lisans (%42,4) ya da lisansüstü (%31,6) eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %71,0'ı çalışmakta olup, en sık bildirilen meslek grupları beyaz yaka çalışanları (%38,7) ve sağlık çalışanlarıdır (%25,3). Medeni durum açısından katılımcıların %95,6'sı evlidir. Gelir düzeyine göre, %41,4'ü gelirinin giderinden fazla olduğunu, %48,1'i ise gelir-gider dengesinin eşit olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %67,0'ı çocuğu hastalandığında evde bakım sağlayabilecek bir kişi bulunduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, %86,2'si antibiyotiklerin reçetesiz temin edilmesini istememektedir.

Katılımcıların çocuklarının son bir yıl içinde ortalama 2,08 kez antibiyotik kullandığı, antibiyotik tedavisini yarıda bırakma nedenleri arasında en sık bildirilenin semptomların düzelmesi olduğu görülmüştür. Son 1 yıl içinde hiç antibiyotik kullanmayanların oranı %16.84'tür. Aynı dönemde çocuklar için ortalama 1,49 kez acil servise, 3,19 kez ise aile sağlığı merkezi veya çocuk polikliniği gibi diğer sağlık kurumlarına başvurulduğu belirlenmiştir.

5.1. GENEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılımcı ebeveynlerin Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) toplam indeks puanı ortalamasının **33.63±8.60** olarak hesaplanmış ve bu puan HLS-EU sınıflamasına göre yeterli sağlık okuryazarlığına karşılık gelmektedir (Tablo 1). Çalışmamızda yetersiz ve sınırlı sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olanların oranı %52 (sırasıyla %16,5 ve %36)'dir (Tablo 2). Dolayısı ile her **iki kişiden birinin** yeterli sağlık okuryazarlığa sahip olmadığını söylemek mümkündür. Çalışmamızdaki sağlık çalışanlarının oranının yüksek olması (%25) veya katılımcıların 4-6 yaş çocuğu olan ebeveynleri içermesi nedeniyle doğal olarak düşük yaş ortalamasının (Yaş ort: **36,28±4,71)** etkili olmuş olabilir. Kahramanmaraş'ta 2021 yılında bir üniversite hastanesinin çocuk sağlığı polikliniğinde **35,0±7,4** yaş ortalaması olan ebeveynlerle yapılan çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların **%53**'ünün sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz ve sınırlı-sorunlu olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışma katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam indeks puanı **32,62±10,73 (sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı)** olarak hesaplamıştır. Yine benzer şekilde 2020 yılında Ankara'da Aile Sağlığı Merkezinde ebeveynlerle yürütülen bir çalışmada TSOY-32 toplam puanı ortancası 32,3 olarak hesaplanmış ve "sınırlı-sorunlu" oranı %53,66 olarak bulunmuştur (45). Benzer bir sonuç 2024 yılında Şişli Etfal Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran erişkinlerin sağlık okuryazarlıkları ile hasta memnuniyetlerini incendiği bir çalışmada sağlık okuryazarlığı puanı **34,53 (yeterli)** bulunmuştur (46). Cançetin'in bu çalışmasındaki popülasyonun yaş ortalaması da bizim çalışmamıza benzer olarak **35,06±12,42'tür** Cançetin bu farkı bölgenin sosyoekonomik seviyesi ile açıklamıştır, ki çalışmanın yapıldığı Göktürk Mahallesi'de sosyoekonomik açıdan yüksek bir bölgedir.

Sağlık okuryazarlığı sınıflamasına göre ülkemizdeki diğer çalışmalar yetersiz ve sınırlı- sorunlu sınıflandırılanların toplam oranlarına göre incelendiğinde ise 2019 yılında İzmir'de %80,9 (sağlık çalışanları gruptan çıkarılmıştır), 2020'de Düzce'de üniversite öğrencileri arasında %62,9 olarak bulunmuştur (46,47). TSOY-32 anketinin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında yeterli-mükemmel sağlık okuryazarları oranı yalnızca %36 olarak bulunmuştur (31). Bu durum, sağlık okuryazarlığı düzeyinin zamanla arttığına

veya örneklemimizin eğitim ve meslek profiline bağlı olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin görece yüksek çıkmış olabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda tüm boyutlarda sağlık okuryazarlığı düzeylerinin orta-yüksek düzeyde olmasına rağmen "**Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi**" bağlamında yer alan "**Bilgiyi Kullanma/Uygulama**" boyutunda (Ortalama: 28.89±9.98) belirgin bir düşüklük gözlenmiştir. Bu süreçte yetersiz düzeydeki birey oranı **%43.6** ile en yüksek seviyeye ulaşmıştır. Okyay'ın çalışmasında tedavi hizmetleri ve hastalıklardan korunma sağlığın geliştirilmesi alt boyutlarında benzer puanlar alındığı görülmektedir (31). Bu da sağlık okuryazarlığı iyileştikçe tedavi ve hizmetler alanının daha hızlı geliştiği ancak **hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme** alanında edinilen bilgilerin hayata geçmesinde yol almanın daha zor olduğunu gösteriyor olabilir. Dolayısı ile sağlık eğitiminde sadece bilgi aktarımına odaklanmak yerine, **bilginin günlük yaşama entegrasyonunu ve davranış değişikliğini teşvik eden pratik uygulamalara yönelik stratejilerin** geliştirilmesi önerilebilir.

Çalışmamızda, TSOY-TH genel indeks puanları ile hem son bir yıl içerisindeki antibiyotik kullanım sıklığı hem de acil servise başvuru sayısı arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyonlar saptanmıştır. Bu bulgu, sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin hem antibiyotik kullanımı konusunda daha dikkatli davrandığını hem de sağlık sistemini daha etkin kullandığını göstermektedir (Tablo 25). Bununla birlikte üniversite hastanesinde yapılan benzer bir çalışmada ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı indeks puanı ile son bir yılda hastaneye yatış ve acil başvuru sayıları ile anlamlı ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (44). Bu farklılık, çalışmalardaki örneklem gruplarının sosyoekonomik özellikleri, sağlık hizmetlerine erişim biçimleri ya da veri toplama yöntemlerinden kaynaklanıyor olabilir.

5.1.1. Cinsiyet ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 5'de görüldüğü gibi katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t testi ile değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, TSOY toplam indeks puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur (t=–2,037; p=0,043). Buna göre erkek katılımcıların (Ort.=35,69±9,07) sağlık okuryazarlığı düzeyleri kadın katılımcılara (Ort.=33,14±8,42) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Literatürde benzer bulgusu olan çalışmalar mevcuttur (47,51,60). Bazı çalışmalarda ise erkeklerin sağlık okuryazarlığı daha yüksek çıkmış ancak istatistiki

olarak anlamlı bulunmamıştır. (15,55). Literatürde kadınların daha iyi sağlık okuryazarlığı puanı olduğunu gösteren çalışmalar mevcutur (16,24,102). Kutner'in çalışmasında kadınların sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(16). Bu farkın eğitim düzeyinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Benzer şekilde Avrupa sekiz ülkede gerçekleştirilen araştırmada cinsiyetin zayıf bir belirleyici olduğu ancak kadınların daha iyi bir düzeyde sağlık okuryazarlığının olduğu gösterilmiştir (24). Cinsiyete bağlı toplumsal faktörler burada etkili olmuş olabilir.

Zira ülkemizde yapılan Okyay, Cançetin, İkiışık ve ark., Değerli ve ark. cinsiyete göre anlamlı bir fark tespit edilememiştir (31,46, 49, 53). Benzer şekilde Güney Kore'de ve Tayvan'daki çalışmalarda da fark bulunmamıştır (54,61).

Bizim çalışmamızda erkeklerin daha yüksek puan alması, katılımcı erkeklerin eğitim durumunun (%11'i lise ve altı) kadınlardan (%29,5 lise ve altı) daha yüksek olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5.1.2. Eğitim Durumu ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireylerin eğitim seviyesi ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo 7). **Eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı puanlarının da yükseldiği görülmüştür** (F=3.067; p=0.028).

Tedavi ve Hizmet indeksi ile bu alt boyutun "bilgiyi anlama" bileşeni, eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireyler, yüksek lisans/doktora mezunlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük puan almıştır (TH indeksi için p=0.039; TH-bilgiyi anlama alt indeksi için p=0.045)

Hastalıklardan Korunma Sağlığın Geliştirilmesi Bilgiyi Değerlendirme Alt Boyutunda da eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3.835; p=0.010). Lisans mezunlarının puanları, yüksek lisans/doktora mezunlarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür (p=0.009).

Bu bulgular, **sağlık okuryazarlığı ile eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki** olduğunu ortaya koyan çok sayıda ulusal ve uluslararası çalışmayla uyumludur (15,16,24,31,44–47,49–57). Ancak bazı istisnai örnekler de mevcuttur. Örneğin İran'da gebelerle yürütülen bir çalışmada, katılımcıların %60'ının lise ve üzeri mezun olmasına rağmen yalnızca %18'inin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (58). Benzer şekilde, 1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde

yayımlanan ve İspanyolca konuşan bireyleri de kapsayan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığının eğitim düzeyinden ziyade doğrudan değerlendirilmesinin daha uygun olduğu vurgulanmıştır (59). Bu farklılıkların, söz konusu çalışmalarda katılımcıların eğitim düzeylerinin görece daha düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Nitekim bizim çalışmamızda en düşük eğitim seviyesi olan "lise ve altı" grubunu oluşturan kişiler, katılımcıların yalnızca %16'sını oluşturmaktadır.

5.1.3. Gelir Grupları ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda gelir grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmış ve geliri giderinden fazla olan kişilerin puanları gelir-gideri eşit bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9, p=0,019). Savaş Danış'ın çalışmasında da asgari ücretin iki katından fazla gelire sahip bireylerle daha düşük gelir grubundakiler arasında anlamlı fark olduğu bildirilmiştir (50). Kutner'in çalışmasında ise yoksulluk sınırının altında yaşayan bireylerin, sınırın üzerindeki bireylere göre daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu gösterilmiştir (16). Literatürde gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığının yükseldiğini destekleyen çok sayıda çalışma mevcuttur (12,44,62).

Buna karşılık, Japonya'da 831 katılımcıyla gerçekleştirilen Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, gelir grupları ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (63). Bu sonucun, çalışmanın internet ortamında yürütülmüş olması ve genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin oldukça düşük bulunmasıyla ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir. Nitekim, yetersiz ve sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bireylerin oranı %85,4 olarak bildirilmiştir. Bu denli yaygın bir düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, örneklem içinde adeta bir "yoğunluk merkezi" oluşturarak, diğer gruplardan gelen varyansın etkisini istatistiksel olarak bastırmış olabilir. Bu durum, gelir grupları arasındaki potansiyel farkların istatistiksel anlamlılığa ulaşamamasına neden olmuş olabilir.

5.1.4. Çalışma Durumu ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile çalışma durumu arasında genel olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 11). Özellikle TSOY Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi (HK-SG) toplam indeksi ve bu indekse bağlı alt boyutlarda anlamlı farklılıklar görülmemiştir. Bununla

birlikte, “bilgiyi kullanma ve uygulama” alt boyutunda anlamlılık sınırında bir fark gözlenmiş (t=1,962; p=0,051) ve bu durum potansiyel bir etki alanı olarak dikkat çekmiştir.

Uluslararası literatürde, çalışma durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişkiler bildirilmiştir. Örneğin Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmada, istihdam durumunun özellikle “bilgiye ulaşma” ve “bilgiyi kullanma” boyutlarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu raporlanmıştır (64). Danimarka’da işsiz bireylerin ve sosyal yardımlarla geçinenlerin, herhangi bir sektörde çalışanlara kıyasla düşük sağlık okuryazarlığına sahip olma olasılığının 1,78 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (65). Benzer şekilde Japonya’da da işsiz bireylerin düşük sağlık okuryazarlığına sahip olma riskinin 1,45 kat arttığı saptanmıştır (66).

Bu farklılıklara rağmen, çalışmamızda anlamlı bir farkın ortaya çıkmamış olmasının olası nedenlerinden biri, çalışmayan bireylerin ekonomik koşullarındaki görece homojenlik olabilir. Nitekim çalışmamızda çalışmayan bireylerin %59,3’ü gelir-gider dengesini “eşit” olarak belirtmiş, yalnızca %17’si gelirinin giderinden az olduğunu ifade etmiştir. Bu durum, sosyoekonomik varyansın sınırlı dağılmasına neden olmuş ve gruplar arasındaki potansiyel farkların istatistiksel olarak görünür hale gelmesini engellemiş olabilir.

5.1.5. Meslek ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızın katılımcı meslek dağılımı incelendiğinde, örneklemimizin önemli bir kısmını **sağlık çalışanlarının (%25.3)** ve **beyaz yakalı çalışanların (%38.7)** oluşturduğu görülmektedir (Şekil 6). Göktürk ekonomik düzeyi yüksekliği, Sarıyer, Şişli, Kağıthane gibi ilçelerdeki hastanelere yakınlığı nedeniyle sağlık çalışanlarının yoğun olduğu, aynı zamanda Maslak’ta yer alan iş merkezlerine yakınlığı ve nispeten yeşil doğası ile home-office çalışanların yaşamayı tercih ettiği bir lokasyon olması bu oranı açıklayabilir. Ancak bu dağılım, özellikle sağlık çalışanlarının genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve antibiyotik algılarının diğer meslek gruplarına kıyasla **anlamlı derecede daha yüksek olmasıyla** (Tablo 13 ve 14) bulgularımıza önemli bir yön vermiştir.

Meslek değişkeni açısından değerlendirildiğinde, sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça sağlık çalışanı olma oranının da anlamlı şekilde arttığı gözlenmiştir. Mükemmel

sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin %45,3'ü sağlık çalışanı iken, bu oran yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerde %12,2 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, beyaz yaka meslek grubunun oranı yetersiz ve sorunlu/sınırlı düzeyde yüksekken, mükemmel düzeyde bu oran belirgin şekilde düşmüştür. Beklendiği üzere, sağlık sektöründe faaliyet gösteren bireylerin mesleki formasyonları ve günlük pratikleri sayesinde sağlık bilgisine erişim, anlama, değerlendirme ve kullanma becerileri daha gelişmiştir. Yine de not etmek isteriz ki çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %**30.9'u** yetersiz ve sınırlı sorunlu sağlık okuryazarlığına sahiptir (Tablo 23).

Alt boyut analizine bakıldığında yalnızca bilgiyi kullanma uygulama indeksinde (hem Tedavi-Hizmet hem de Sağlığın Korunması-Geliştirilmesi alanlarında) diğer mesleklerle anlamlı bir fark bulunamaması dikkat çekicidir. Bu durum, tüm grupların bu alt boyutta görece düşük ve benzer düzeyde puan almasıyla açıklanabilir. Yani bilgiyi uygulama düzeylerinde varyansın sınırlı olması, istatistiksel farkların ortaya çıkmasını zorlaştırmış olabilir. Bilgiyi eyleme dökme davranışı; Sorensan'ın çalışmasında belirttiği gibi alışkanlıklar, motivasyon, sağlık sistemine güven ve sağlık hizmetlerine erişim gibi çok boyutlu faktörlerden etkilenebilmektedir (30). Bu da sağlık çalışanlarının mesleki bilgiye sahip olmalarına karşın bu bilgiyi kendi sağlık kararlarında sistematik olarak uygulamamalarına, yoğun iş yükü veya rol farkındalığı gibi faktörlerin bilgi-davranış arasındaki boşluğu derinleştirmesiyle ilişkili olabilir.

5.1.6. Medeni Durum ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çelışmamızda katılımcıların medeni durumlarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) puanları incelendiğinde, genel sağlık okuryazarlığı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 15). Bu bulgu, sağlık okuryazarlığının bireyin medeni durumundan bağımsız bir değişken olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de benzer sonuçlar bildirilmiştir. Örneğin Suudi Arabistan'da yürütülen bir çalışmada da medeni durumun sağlık okuryazarlığı üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olmadığı rapor edilmiştir (64). Dolayısıyla bu sonuç, bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama ve kullanma kapasitesinin daha çok bireysel ve yapısal faktörlerden etkilendiğini; evli veya bekar olmanın bu kapasite üzerinde doğrudan belirleyici olmayabileceğini göstermektedir.

5.1.7. Sağlık Okuryazarlığı ile Evde Çocuğa Bakım Verebilecek Kişinin Bulunması

Çalışmamızda, çocuğu hastalandığında evde bakım sağlayabilecek bir yakının bulunması ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş; elde edilen bulgulara göre, bu bireylerin hem genel sağlık okuryazarlığı indeksi hem de "bilgiyi kullanma ve uygulama" alt boyutu puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 17). Bu durum, bireylerin yalnızca sağlıkla ilgili bilgiye sahip olmalarının değil, aynı zamanda bu bilgiyi eyleme dönüştürmelerinde sosyal destek unsurlarının da önemli rol oynayabileceğini göstermektedir.

Literatürde de benzer şekilde, aile desteği, bakım kaynaklarının varlığı ve genel anlamda sosyal destek sistemlerinin, bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği ve sağlık okuryazarlığını dolaylı olarak güçlendirebildiği vurgulanmaktadır (30,67–72). Özellikle ebeveynlerin yalnız olmadıklarını bilmesi, karar alma sürecinde güveni artırmakta ve bu da edinilen sağlık bilgisinin gündelik yaşama aktarılmasını kolaylaştırdığını gösteriyor olabilir. Bu çerçevede, sosyal destek varlığı sadece pratik yardım sağlamakla kalmamakta, aynı zamanda bilgiyi uygulama kapasitesini de destekleyen önemli bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır.

5.1.8. Sağlık Sigortası Olma Durumu ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Elde edilen bulgulara göre, TSOY İndeks ve alt boyutlardan hiçbiri açısından sağlık sigortası türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 19, $p > 0.05$).

Her ne kadar anlamlı farklılık bulunmasa da devlet sigortasına sahip olan katılımcıların genel olarak daha yüksek ortalama puanlara sahip olduğu görülmektedir (örneğin TSOY İndeks: 34,22±8,92), bunu özel sağlık sigortası olanlar (33,24±7,99) ve sigortası olmayan bireyler (31,29±11,4) takip etmektedir. Alt boyut puanları da benzer eğilim göstermektedir; ancak bu farklar istatistiksel düzeyde anlamlılık göstermemiştir.

Araştırmalar sağlık sigortalılığı ve sağlık hizmetlerinin etkili kullanımı arasında sürekli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sigorta yaptırma, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma, maliyeti nedeniyle sağlık hizmetinden faydalanmaktan çekinme ve ihmal etme davranışı daha

düşükken, düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin sigortasız olma ve sağlık hizmetinden yararlanmama oranı daha yüksek olduğu belirtilmektedir (73-75)

Ülkemizde genel sağlık sigortası herkese yapıldığı için hiç sigortası olmayan kişilerin yabancı uyruklu olduğu tahmin edilmektedir. Katılımcıların dağılımı bulgularımızın literatürle uyum göstermesini engellemiş olabilir.

5.1.9. Yaş ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda yaş ile sağlık okuryazarlığı indeks puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 25). Literatürde yaş arttıkça ile sağlık okuryazarlığın düzeyinin azaldığına dair güçlü bulgular mevcuttur (24,44,51,54,55,60,61). 65 yaş üzeri kişilerin sağlık okuryazarlığı puanı düşmektedir (16,55). Bizim çalışmamızda yaş ortalamasının düşük olması (Ort. Yaş=36,28), yaş aralığının dar olması, eğitim seviyesinin yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemesini açıklayabilir. Çalışmamıza yaşlı bireylerin dahil edilmemesi yaşa bağlı zihinsel fonksiyonların azalmasının ve davranışsal değişikliklerin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkinin gözlenmesini sınırlamış olabilir.

Ancak, TSOY-HK/SG Bilgiyi Kullanma/Uygulama alt boyutuyla yaş arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Yaş arttıkça bilgiyi davranışa dönüştürme becerisinde düşüş yaşanması, sağlık davranışlarını etkileyen yaşa bağlı bilişsel ve motivasyonel faktörlerle ilişkili olabileceği tarafımızca değerlendirilmektedir.

5.2. ANTİBİYOTİK ALGISI DÜZEYİ İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda ebeveynlerin Anne ve Babaların Antibiyotik Algıları Ölçeği (ABANA) toplam puan ortalaması **120,38±16,09** olarak hesaplanmış ve bu değer, genel anlamda "**yüksek düzeyde olumlu**" bir antibiyotik algısına işaret etmektedir (bkz. Tablo 1). Bu durum, ebeveynlerin antibiyotiklerin işlevi, yanlış ve gereksiz kullanımının sonuçları ve direnç gelişimi gibi konularda farkındalığa sahip olduğunu düşündürmektedir. Özellikle **"Bilgi ve İnançlar", "Uyum" ve "Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF)"** alt boyutlarında elde edilen yüksek puanlar, yalnızca bilgiye sahip olmanın ötesinde, bu bilginin uygun tutum ve davranışlara yansıdığını göstermektedir (Tablo 1). Türkiye'de bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada da ebeveynlerin antibiyotik direnci konusunda farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu, ancak bu farkındalığın davranışa dönüşmesinde sınırlılıklar olabileceği bildirilmiştir (44). Aradaki fark gelir durumu, eğitim durumu gibi değişkenlerin farklılığı ile ilişkili olabilir. 2015 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nin orta batı eyaletlerinden biri olan Nebraska'da Havens ve ark. tarafından yürütülen 170 kişiyi dahil ettikleri çalışmada ABANA skorlamasına göre katılımcıların bizim çalışmamıza benzer şekilde bilgi düzeyi yüksek bulunmuştur (89).

Çalışma grubunun tüm alt ölçeklerde ortalamanın oldukça üzerinde puanlar aldığı görülmektedir.) Katılımcılarımızın hem bilgi düzeyi, hem de tutum ve davranışları antibiyotiklerin uygun kullanımı açısından olumlu görünmektedir.

Çalışmamızda, ebeveynlerin **ABANA toplam puanı** ile çocuklarının **son bir yıl içerisindeki antibiyotik kullanım sıklığı (r=–0,222; p<0,01) ve acil servise başvuru sayısı (r=–0,214; p<0,01) arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 5).** Bu bulgu, ebeveynlerin antibiyotik konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin artmasının, çocuklarda hem daha az antibiyotik kullanımına hem de daha az acil sağlık başvurusuna yol açabileceğini göstermektedir.

Literatürde, ebeveynlerin antibiyotiklere ilişkin bilgi düzeyleri ve tutumları ile çocuklarında antibiyotik kullanım sıklığı arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (77,92,95,96). Antibiyotikler hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan ebeveynlerin — örneğin, viral enfeksiyonların antibiyotikle tedavi edilebileceğini düşünen ya da semptomlar geçince tedaviyi yarıda bırakan bireylerin— antibiyotikleri yanlış kullanma

veya reçetesiz temin etme eğilimlerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (77,78). Buna karşılık, daha yüksek bilgi düzeyine sahip ve uygun kullanımı benimseyen ebeveynlerin antibiyotikleri kötüye kullanma olasılıkları daha düşüktür. Ayrıca, ebeveynlerin antibiyotik beklentisinin, hekimin antibiyotik reçetelemesini artırabileceğini ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (78–88). Bu nedenle, antibiyotikler konusunda farkındalık oluşturmaya yönelik eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin yaygınlaştırılması, antibiyotiklerin gereksiz kullanımını azaltabilir; bu da, özellikle yüksek direnç oranlarına sahip ülkeler arasında yer alan Türkiye açısından, antibiyotik direnciyle mücadelede önemli katkılar sağlayabilir(40).

5.2.1. Cinsiyet ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda erkeklerin ABANA toplam puanları ve tüm alt boyut puanlarının kadınlara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 6). Bu bulgu Mete ve ark. çalışmasında benzer şekilde gözlenmiştir (91). Tüm alt guruplarda ve toplam puanda erkekler daha yüksek puan almıştır. Bu bulgunun çalışma grubumuzdaki erkeklerin büyük bir kısmının lisans/lisansüstü/doktora (Lisans (%46.55) Yüksek Lisans/Doktora (%43.10)) düzeylerinde eğitim almalarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde kadınların daha iyi antibiyotik algısı olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur(101).

5.2.2. Eğitim Durumu ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda eğitim durumunun antibiyotik algısı toplam puanları ve alt gruplarında lise ve altı eğitim almanın daha düşük puanla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8). Lisans mezunlarının puanları da yüksek lisans ve doktora mezunlarına göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Eğitim ve antibiyotik algısı arasındaki ilişkinin incelendiği pek çok çalışmada önemli bir ilişki bulunmuştur (92-94). En az lisans mezunu olmanın eğitim almamış ebeveynlere göre iyi antibiyotik uygulaması olması üç kat daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar vardır (92,94). Bulgularımız literatürle uyumludur.

5.2.3. Gelir Grupları ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda ebeveynlerin Antibiyotik Bilgi ve Farkındalık Ölçeği (ABANA) toplam puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($F=12,090$; $p<0,001$). Geliri giderinden fazla olan bireylerin hem ABANA toplam puanlarında hem de bazı alt boyutlarda diğer gruplara kıyasla anlamlı düzeyde daha

yüksek puanlar aldığı gözlenmiştir. Özellikle bilgi ve inançlar (F=13,214; p<0,001), uyum (F=8,425; p<0,001) ve antibiyotik direnci hakkında farkındalık (F=5,605; p=0,004) alt boyutlarında bu fark belirgindir. Buna karşılık, davranışlar ve bilgi arama alt boyutlarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Bu bulgular, literatürde yer alan benzer çalışmalarla tutarlıdır (91,93,96-98). Örneğin, Mete ve arkadaşlarının 2023 yılında yayımladığı bir çalışmada, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin antibiyotikler hakkında daha doğru bilgiye sahip oldukları ve antibiyotikleri reçetesiz kullanma olasılıklarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (91). Çalışmada daha yüksek gelir grubundakilerin bilgi ve inanç puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu, ayrıca reçetesiz antibiyotik kullanma olasılığının düşük gelir grubuna göre daha az olduğu bildirilmiştir.

Bu durum daha düşük gelir seviyesindeki kişilere özgü antibiyotik kullanımına yönelik hedeflendirmiş müdahalelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

5.2.4. Çalışma Durumu ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda katılımcıların çalışma durumlarına göre Anne Baba Antibiyotik Algısı Ölçeği (ABANA) puanları incelendiğinde, çalışan bireylerin toplam puanları ile bazı alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. ABANA toplam puanı açısından çalışan bireylerin (Ort.=121,8±15,14), çalışmayan bireylere (Ort.=116,9±17,81) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür (t=-2,401; p=0,017). Benzer şekilde, "Bilgi ve İnançlar" alt boyutunda çalışan bireylerin (Ort.=39,8±7,47), çalışmayanlardan (Ort.=37,23±8,34) daha yüksek puanlara sahip olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (t=-2,592; p=0,010). Ayrıca "Uyum" (t=-2,594; p=0,010) ve "Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF)" (t=-2,658; p=0,008) alt boyutlarında da çalışan bireylerin puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Bu bulgular, çalışan bireylerin antibiyotik kullanımıyla ilgili bilgi düzeylerinin, tutumlarının ve farkındalıklarının daha gelişmiş olabileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, Mete ve arkadaşlarının (2023) yaptığı bir çalışmada da istihdam durumunun antibiyotik bilgisi üzerinde belirleyici bir faktör olduğu ve çalışan ebeveynlerin, çalışmayanlara kıyasla 2,66 kat daha fazla "iyi bilgi düzeyine" sahip olma olasılıklarının bulunduğu rapor edilmiştir (aOR: 2.66; 95% CI: 2.06–3.43; $p < 0.001$) (91). Aynı

doğrultuda, Tanzanya'da yapılan başka bir çalışmada da istihdamda olan ebeveynlerin çocuklarda antibiyotik kullanımı hakkında bilgi sahibi olma olasılığının çalışmayan ebeveynlere göre iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (92).

Bulgular bize istihdamda olmanın sağlık okuryazarlığı ve antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi ve farkındalığı artırabileceğini düşündürmektedir. İş hayatında aktif bireylerin daha fazla sağlık kaynağına ulaşabilmeleri, daha sık sağlık hizmeti kullanmaları ya da kurumsal bilgilendirme süreçlerine daha fazla dâhil olmaları bu durumu açıklayabilir.

5.2.5. Meslek ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, katılımcıların Anne Baba Antibiyotik Algıları Ölçeği (ABANA) toplam puanı ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 14, F=11,439; p<0,001). Post-hoc analizler sonucunda, sağlık çalışanlarının ABANA toplam puan ortalamalarının diğer tüm meslek gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özellikle "Bilgi ve İnançlar" (F=16,300; p<0,001), "Uyum" (F=8,133; p<0,001) ve "Antibiyotik Direnci Hakkında Farkındalık (ADHF)" (F=17,933; p<0,001) alt boyutlarında da benzer eğilimler gözlenmiştir. Bu bulgular, sağlık çalışanlarının antibiyotiklere ilişkin doğru bilgiye sahip olma, uygun kullanım konusunda bilinçli olma ve direnç gelişimi hakkında farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Havens ve ark. çalışmasında sağlık eğitimi almış olmanın uygun antibiyotik algısı ile ilişkili olduğunu gösteren bulgular mevcuttur (89). Tanzaya'da yürütülen bir çalışmada mesleğin antibiyotik bilgisine etkisinin bulunmamıştır (94). Sağlık çalışanlarının çıkarılması sonrası yapılan analizde anlamlı fark bulunmamış olması bu bulguyu desteklemektedir.

5.2.6. Cinsiyet ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda erkeklerin ABANA toplam puanları ve tüm alt boyut puanlarının kadınlara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir(Tablo 8). Bu bulgu Mete ve ark. çalışmasında benzer şekilde gözlenmiştir(91). Tüm alt guruplarda ve toplam puanda erkekler daha yüksek puan almıştır. Bu bulgunun çalışma grubumuzdaki erkeklerin büyük bir kısmının lisans/lisansüstü/doktora (Lisans (%46.55) Yüksek Lisans/Doktora (%43.10)) düzeylerinde eğitim almalarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5.2.7. Medeni Durum ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda katılımcıların antibiyotik algı düzeyleri ile medeni durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, ABANA toplam puanları ve alt boyutlarının büyük çoğunluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 16). Bu bulgu, antibiyotiklere ilişkin bilgi, tutum ve davranışların medeni durumdan bağımsız gelişebileceğini düşündürmektedir. Mete ve ark çalışmasında da (evli olmayan oranı %4 n=45) böyle bir fark gösterilememiştir (91).

Ancak yalnızca "bilgi arama" alt boyutunda evli bireylerin puan ortalamasının, evli olmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür (Z=–2,323; p=0,020). Bu durum evli bireylerin sağlıkla ilgili konularda — özellikle çocuk sağlığı bağlamında— bilgi edinme eğilimlerinin daha güçlü olabileceğine işaret edebilir. Evlilik, bireyin sağlık kararlarını başkalarıyla birlikte alma, sorumluluk paylaşma ve destek arama davranışlarını artırabilir; bu da bilgiye ulaşma tutumunu olumlu yönde etkileyebilir.

Öte yandan, çalışmamızda evli birey oranı oldukça yüksektir (%95,6), bekar, boşanmış veya dul bireylerin sayısı ise oldukça sınırlıdır (n=13). Bu ciddi örneklem dengesizliği, gruplar arası farkların istatistiksel olarak yeterince ayrışamamasına yol açmış olabilir. Bu nedenle elde edilen sonuçların medeni durum değişkeni açısından genellenebilirliği sınırlıdır ve daha dengeli örneklemlerde yeniden değerlendirilmesi önerilir. Literatürde, medeni durum ile antibiyotik algısı arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu nedenle, elde edilen bulgunun yorumlanmasında mevcut çalışmanın kendi örneklemi ve sosyodemografik dağılımı temel alınmıştır.

5.2.8. Antibiyotik Algısı ile Evde Çocuğa Bakım Verebilecek Kişinin Bulunması

Çalışmamızda, çocuğu hastalandığında evde bakım sağlayabilecek birinin olup olmamasına göre ebeveynlerin antibiyotik algı puanları (ABANA) incelenmiştir. ABANA toplam puanı ve bazı alt boyutlarda, istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmasa da dikkat çekici eğilimler gözlenmiştir (Tablo 20). Evde bakım sağlayabilecek bir yakını olan katılımcıların hem toplam ABANA puanları hem de "bilgi ve inançlar" ile "uyum" alt boyut puanları, evde çocuğa bakım sağlayabilecek kimsesi olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.

Bu eğilim, sosyal destek sistemlerinin antibiyotik kullanımına yönelik tutumlar üzerinde dolaylı fakat anlamlı etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir. Ebeveynin tek başına olmadığı, bakım konusunda destek alabileceği bir ortamda, sağlıkla ilgili karar alma sürecinin daha fazla bilgiyle, danışmayla ve güven duygusuyla şekillendiği varsayılabilir. Bu durum, ebeveynin antibiyotikler hakkındaki bilgi düzeyini artırdığı gibi, bu bilgiyi daha uygun biçimde uygulama davranışına da katkı sağlayabilir.

Literatürde, sosyal destek sistemlerinin sağlık davranışları üzerinde pozitif etkiler yarattığı ve bireyin sağlıkla ilgili bilgileri daha etkin kullanmasını kolaylaştırdığına dair bulgular mevcuttur (30,67-72). Sosyal desteğin varlığı, bireyin yalnızca sağlık hizmetine erişimini değil, sağlık bilgisini yorumlama ve kullanma becerisini de güçlendirebilir.

Her ne kadar bu çalışmada elde edilen farklar istatistiksel anlamlılığa ulaşmamış olsa da bilgi ve inançlar ile uyum gibi antibiyotik kullanımını doğrudan etkileyen alt boyutlarda gözlenen bu eğilim, daha geniş örneklemlerle yapılacak çalışmalarda araştırılmaya değer bir bulgudur.

5.2.8. Sağlık Sigortası Olma Durumu ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, katılımcıların sağlık sigortası durumlarına göre ABANA toplam ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak ortalama puanlar incelendiğinde, özel sağlık sigortasına sahip bireylerin genel olarak daha yüksek skorlar elde ettiği, sigortası olmayan katılımcıların ise tüm boyutlarda en düşük puanlara sahip olduğu görülmüştür. Özellikle davranışlar alt boyutunda bu fark dikkat çekici bulunmuştur (sigortası olmayanlar: 18,92±4,94; özel sigortalılar: 21,51±2,96). Bu durum, sağlık sigortası erişiminin antibiyotiklere ilişkin doğru tutumların oluşmasında potansiyel bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Sigortasız birey sayısının oldukça az olması ve Türkiye'de genel sağlık sigortasının zorunlu olması göz önünde bulundurulduğunda, bu grubun ağırlıklı olarak yabancı uyruklu nüfustan oluştuğu varsayılabilir. Bu durum, sağlık sistemiyle olan etkileşimlerinde sınırlılıklar yaşamalarına, bilgiye erişimlerinin ve hizmet kullanım deneyimlerinin daha zayıf olmasına neden olabilir.

Benzer şekilde, Mete ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada da sağlık sigortasına sahip ebeveynlerin, sahip olmayanlara kıyasla daha yüksek bilgi ve inanç, uyum, antibiyotik direnci farkındalığı ve toplam ABANA skorlarına sahip oldukları

gösterilmiştir. Buna karşılık, davranış boyutu puanlarının sigortasız grupta daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, sağlık sigortası sahibi bireylerin bilgi ve farkındalık düzeylerinin artmasına rağmen, bazı davranış kalıplarının farklı şekillerde etkilenebileceğini göstermektedir(91).

Ayrıca Cantarero-Arévalo ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen sistematik derlemede, ABD'de özel sağlık sigortasına sahip çocukların ebeveynlerinin, kamu sigortalı olanlara kıyasla antibiyotikler hakkında daha iyi bilgiye sahip olduğu bildirilmiştir (93). Bu bulgu, özel sağlık sigortasına sahip bireylerin sağlık hizmetine beklemeden erişmeleri veya koruyucu sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanmaları ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiş olsa da, özellikle sigortasız bireylerin düşük ortalama puanları dikkate alındığında, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin antibiyotik algısı ve tutumu üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Gelecekteki çalışmalarda, daha büyük ve homojen olmayan örneklemlerle sigorta durumunun bu algılar üzerindeki etkisinin daha net biçimde ortaya konması faydalı olacaktır.

5.2.9. Yaş ile İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, ABANA toplam puanı ile yaş arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde bir ilişki gözlenmiş olmakla birlikte, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlılık sınırında kalmıştır (Tablo 25, r=0,109; p=0,062). Bu bulgu, yaş arttıkça antibiyotiklere ilişkin bilgi ve tutumların daha olumlu yönde değişebileceği yönünde bir eğilimi işaret etmekle birlikte, örneklemimizin yaş aralığının görece dar olması bu ilişkinin istatistiksel olarak belirgin hale gelmesini engellemiş olabilir. Nitekim çalışmamızda yer alan katılımcıların büyük bir bölümü benzer yaş grubuna (örneğin 30–40 yaş aralığına) mensuptur. Bu durum, yaş değişkeninin varyansını sınırlayarak, potansiyel farklılıkların görünürlüğünü azaltmış olabilir.

Öte yandan, Peru'da kırsal bölgelerde yürütülen bir çalışmada, 20 yaş altı ebeveynlerin 40 yaş ve üzerindekilere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük antibiyotik bilgisine sahip olduğu bildirilmiştir (99). Bu bulgu, yaşın özellikle daha geniş yaş aralıklarında önemli bir belirleyici olabileceğini göstermektedir. Ancak, yaş tek başına bilgi düzeyini belirleyen bir unsur değildir; bireyin eğitim geçmişi, sağlıkla ilgili

deneyimleri ve bilgiye erişim kaynakları gibi diğer faktörler de önemli rol oynamaktadır. Dolayısıyla çalışmamızda yaş ile ABANA puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olması, örneklemin homojen yaş dağılımı ile, bu çok boyutlu etkilerin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

5.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE EBEVEYNLERİN ANTİBİYOTİK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızda, ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri (TSOY-32) ile antibiyotik algıları (ABANA) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar saptanmıştır (Tablo 26). TSOY toplam indeksi ile ABANA toplam puanı arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0,328$; $p<0,001$). Bu bulgu, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan ebeveynlerin antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve farkındalıklarının da daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Literatürde de benzer şekilde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasıyla birlikte antibiyotik kullanımına ilişkin bilgi düzeyinin arttığı, uygunsuz kullanım davranışlarının azaldığı ve riskli tutumların daha seyrek görüldüğü rapor edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı yeterli bireyler, antibiyotikleri reçetesiz ya da yanlış şekilde kullanma eğiliminde olan bireylere kıyasla bu tür davranışlardan daha uzak durmaktadır (100–107,111).

Çin'de üniversitede okuyan 11.192 öğrenci ile elektronik ortamda yapılan bir anket çalışmasında antibiyotik bilgisinde yüksek puan alan öğrencilerin, kendi kendini tedavi etmek için antibiyotik kullanma, hasta olduklarında doktora görünme, antibiyotik reçetelenme, antibiyotik isteme ve hastalıkları önlemek için profilaktik olarak antibiyotik kullanma olasılıkları daha düşük olduğu bildirilmektedir (113).

Nijerya'da üniversite öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada, sağlıkla ilişkili fakültelerde okuyan öğrenciler ile diğer fakülte öğrencileri arasında antibiyotik bilgisi ve kullanım uygulamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Öte yandan, katılımcıların %60'ı antibiyotiklerin yalnızca bakteriyel değil, aynı zamanda mantar ve virüs kaynaklı enfeksiyonları da tedavi edebileceğini düşünerek önemli bir bilgi yanılgısı göstermiştir (112).

Literatürde de benzer şekilde, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin hem kendileri hem de çocukları için antibiyotik kullanımına yönelik daha olumlu tutum ve uygulamalar sergiledikleri belirtilmektedir (103,108,109). Düşük sağlık okuryazarlığı olan kişilerin antibiyotiği reçetesiz alma ve uygunsuz kullanma olasılığı daha yüksektir (101,111,107,112)

Düşük sağlık okuryazarlığı ise, antibiyotiklerin gereksiz yere kullanılması, ne zaman gerektiğinin anlaşılamaması ve uygun olmayan saklama ya da imha yöntemlerinin

uygulanması gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (103,107,111). Ayrıca kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça, hem kendi adlarına hem de çocukları için antibiyotik kullanımına yönelik tutum ve uygulamalarının daha olumlu olduğu gözlemlenmiştir (103,108,109).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı, antibiyotiklerin soğuk algınlığı veya grip gibi viral enfeksiyonlara karşı etkili olduğuna dair yanlış inanışlarla da ilişkilendirilmiştir (105,109).

Literatürde de sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasının, antibiyotikler ve antibiyotik direnci konusundaki bilgi düzeyini anlamlı şekilde yükselttiği belirtilmektedir (101-106,109,110)

Alt boyut düzeyinde incelendiğinde, özellikle **ABANA Bilgi ve İnançlar alt boyutu ile TSOY'nin Tedavi Hizmetleri (TH) ve Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi (HK/SG) alt indeksleri arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. En yüksek korelasyon, TSOY-TH Bilgiyi Anlama ile ABANA Bilgi ve İnançlar alt boyutu arasında gözlenmiştir (r=0,310; p<0,001).** Bu durum, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama becerisinin, antibiyotik konusundaki doğru bilgi ve tutumları güçlendirdiğini göstermektedir.

Literatür de bu bulguyu desteklemektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bireylerin, viral enfeksiyonlarda antibiyotiklerin etkisi olmadığını anlama olasılıklarının yüksek olduğu, ayrıca antibiyotik direncinin tehlikelerinin farkındalığı daha yüksek olduğu bildirilmektedir (101,104-106,109).

ABANA Uyum alt boyutu da TSOY genel indeksi (r=0,310; p<0,001) ve özellikle bilgiyi kullanma ve uygulama boyutu ile anlamlı şekilde ilişkilidir (r=0,289; p<0,001). Bu sonuç, sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin antibiyotik kullanımında hekimin önerdiği doz ve tedavi planına bağlı kaldıklarını (daha iyi uyum sağladıklarını) göstermektedir.

Buna karşılık, ABANA Bilgi Arama alt boyutunun TSOY ile olan ilişkileri zayıf bulunmuştur ve bazı alt indekslerle istatistiksel olarak anlamlı değildir. ABANA bilgi arama alt boyutunun TSOY-32 ile anlamlı ilişki göstermemesi, ölçtüğü davranışın (sağlıkla ilgili bilgiyi edinme kaynakları) sağlık okuryazarlığından kavramsal olarak farklılaşması ve katılımcıların bilgi arama davranışının düşük yaygınlığa sahip olması

ihtimaliyle ilişkili olabilir. Ayrıca Türkiye'de bireylerin sağlık bilgisini deneyim veya hekimler aracılığıyla edinmeyi tercih etmesi, aktif bilgi arama davranışlarının sınırlı kalmasına neden olabilir (Tablo 4).

Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve ebeveynlerin antibiyotik algısı ölçeğiyle yapılmış bir başka çalışma Gürkan ve arkadaşları tarafından 2023 yılında yapılmıştır. Söz konusu çalışmada da sağlık okuryazarlığı düzeyinin artışı ile ebeveynlerin akılcı antibiyotik kullanım algısı arasında pozitif ilişki bulunmuş; alt boyut analizlerinde özellikle bilgiyi erişme, anlama ve uygulama puanlarının bu algıyı güçlü şekilde öngördüğü belirtilmiştir. Gürkan'ın çalışmasında TSOY ile akılcı antibiyotik algısı arasında bildirilen korelasyon (r=0,512), bu çalışmada elde edilen değerlerden daha yüksektir. Bu fark, kullanılan ölçütlerin içeriğindeki farklılıklar, hedef kitlenin yaşı (0-12 yaş), sosyoekonomik özellikleri veya analiz türünden kaynaklanıyor olabilir (90).

Berlin, Almanya ve çevresindeki kırsal ile banliyö bölgelerinde, 35 yaş ve üzeri bireyler arasında yürütülen, %59 yanıt oranıyla tamamlanan popülasyon temelli kesitsel bir ankete toplam 2.000 kişi katılmıştır. Katılımcıların %33,3'ü (n=666), son 12 ay içerisinde antimikrobiyal tedavi aldığını belirtmiştir. Çalışmada yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olanlara kıyasla yakın dönemde antibiyotik kullanmış olma olasılıklarının %43 daha düşük olduğu saptanmıştır (OR=0,57). Ayrıca, antibiyotikler hakkında dört doğru bilgiye sahip bireylerin, hiçbir doğru cevabı olmayanlara kıyasla yakın dönemde antibiyotik kullanma olasılıklarının 1,70 kat; üç doğru bilgiye sahip olanların ise 1,94 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, bilgi düzeyi yüksek bireylerin daha önce antibiyotik kullanmış olabileceğini, ancak aynı zamanda sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel kullanımı azaltıcı bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Çalışmada ayrıca birçok birinci basamak hekiminin, grip, soğuk algınlığı veya boğaz ağrısı gibi viral enfeksiyonları bakteriyel enfeksiyonlardan ayırt edemeyen hastaların antibiyotik talebi karşısında baskı altında hissettikleri belirtilmiştir (100).

Peru'da yürütülen ve 5 yaş altı çocuğu olan 231 ebeveynin katıldığı bir çalışmada, ebeveynlerin antibiyotik konusundaki bilgi düzeyleri ile tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (99). Bilgi puanındaki her bir birim artışın, tutum puanında 0,59 puanlık bir artışla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ebeveynin yaşı ve eğitim düzeyi için

yapılan düzeltme sonrasında dahi bu ilişki anlamlılığını korumuş; bilgi puanındaki her bir artış, tutum puanında 0,53 puanlık artışla ilişkilendirilmiştir.

Mısır'da yaklaşık 200.000 üniversite öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, öğrencilerin antibiyotik direncine ilişkin yüksek farkındalık düzeylerinin, yeterli sağlık okuryazarlığına (ayarlanmış OR=2,8; %95 GA: 1,3–5,9) ve iyi düzeyde antibiyotik bilgisine (ayarlanmış OR=4,2; %95 GA: 1,9–8,8) sahip olmalarıyla bağımsız olarak ilişkili olduğu saptanmıştır (104). Öğrencilerin lisans eğitimindeki yılı (örneğin 3. veya 4. sınıfta olmaları) ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Yine Mısır'da 500 katılımcıyla yürütülen bir başka çalışmada, antibiyotik bilgisi puanları ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında güçlü ve anlamlı bir pozitif korelasyon saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyine göre antibiyotik bilgisi düzeyleri incelendiğinde, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin %62,2'sinin yüksek düzeyde antibiyotik bilgisine sahip olduğu görülmüştür (101).

Lübnan'da 135 hastanede yatan hasta ile yürütülen çalışmada, yeterli sağlık okuryazarlığına (HL) sahip bireylerin antibiyotik konusunda daha doğru bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Yetersiz HL düzeyine sahip hastaların ise antibiyotik kullanımı hakkında daha fazla yanlış inanışa sahip oldukları ve riskli ilaç kullanımı davranışlarında bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (102).

Kıbrıs'ta 6 ay ile 15 yaş arası çocuğu olan 203 ebeveyn ile gerçekleştirilen kesitsel çalışmada ise, çocuklarda gereksiz antibiyotik kullanımının, ebeveynlerde gözlenen sınırlı antibiyotik bilgisi ve sorunlu tutumlarla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu olumsuz tutumlar ve bilgi eksiklikleri hem algılanan hem de işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşüklüğüyle anlamlı ilişki göstermiştir (103).

Tartışmanın ilk iki bölümünde ayrı ayrı ele alınan değişkenler göz önüne alındığında, hem sağlık okuryazarlığı puanını hem de antibiyotik algısını ortak biçimde etkileyen veya etkilemeyen özellikler aşağıda özetlenmiştir:

Erkek ebeveynlerin hem antibiyotik algısı puanı hem sağlık okuryazarlığı puanı daha yüksektir. Kadınların sağlık okuryazarlığı ve antibiyotik ile ilgili bilgisininin yüksek olduğu Tahran'da yapılan çalışmada, bu ilişki eğitim düzeyinin yüksekliği ile açıklanmıştır (106). Mısır'da da kadınların daha iyi antibiyotik algısı

olduğu bildirilmiştir(101). Lübnan'da ise cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (114). Bu bulgular **cinsiyetin tek başına daha iyi sağlık okuryazarlığı ve antibiyotik algısı ile ilişkisi olmadığını** göstermektedir.

Çalışmamızda eğitim durumu hem antibiyotik algısı hem sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bulunmuştur. Daha yüksek eğitim alanların antibiyotik algısı daha iyi, sağlık okuryazarlığı daha yüksektir. Literatürde bizim bulgularımızla benzer olarak eğitim durumunun daha iyi antibiyotik algısı ve daha yüksek sağlık okuryazarlığı ile güçlü ilişkili olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı, uygun antibiyotik kullanımı ve antibiyotiklere dair bilgi düzeyiyle yakından ilişkilidir. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireyler, genellikle antibiyotikleri daha uygun şekilde kullanmakta, kendi kendine ilaç kullanma eğilimleri daha düşük olmakta ve antibiyotiklerle ilgili bilgi düzeyleri daha yüksek olmaktadır (111,129,130). Örneğin, Endonezya'da yapılan bir çalışmada, üniversite mezunu kadınların antibiyotiklerle ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu ve reçetelenen tedavi süresine uyum gösterme oranlarının anlamlı şekilde arttığı belirtilmiştir (129). Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan bir başka çalışmada ise, eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığıyla birlikte daha sorumlu antibiyotik kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (111) Benzer şekilde, sağlık okuryazarlığı düzeyi de antibiyotik bilgisi, direnç farkındalığı ve uygun kullanım davranışları ile anlamlı biçimde ilişkilidir. Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin antibiyotikleri yanlış kullanma olasılıkları daha düşüktür; bu bireyler antibiyotiklerin hangi durumlarda gerekli olduğunu daha iyi bilmekte ve artan farkındalıkla uygun imha yollarını tercih etmektedir (101-104, 106) Özellikle ebeveynlerde sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe çocukların antibiyotik kullanımıyla ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin de olumlu yönde geliştiği gösterilmiştir (103). Dolayısıyla, eğitim düzeyindeki artış yalnızca bireysel bilgi düzeyini yükseltmekle kalmaz, aynı zamanda sağlık okuryazarlığını geliştirerek daha sorumlu ve akılcı antibiyotik kullanımını da teşvik eden önemli bir etkendir.

Kişilerin gelir durumu hem antibiyotik algısını hem sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Geliri giderinden fazla olanlar geliri giderine eşit olanlara göre daha iyi antibiyotik algısı ve daha yüksek sağlık okuryazarlığı puanına sahiptir. Literatürde bizim bulgularımızla benzer şekilde daha yüksek gelirin daha iyi sağlık okuryazarlığı (12,44,62) ve daha iyi antibiyotik algısı (91) ile ilişkili olduğu çalışmalar mevcuttur. Yüksek gelir

sağlık okuryazarlığını daha iyi etkilemekte, daha iyi sağlık okuryazarlığı ise antibiyotik algısını etkilemektedir.

Sağlık çalışanlarının hem sağlık okuryazarlığı puanı hem antibiyotik algısı puanı diğer meslek gruplarına göre daha yüksektir. Literatürde, sağlık çalışanlarının (özellikle hekim ve eczacıların), antibiyotikler ve antibiyotik direnci konusunda, yardımcı sağlık personeli ya da genel popülasyonla kıyaslandığında daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (115-118,120). Bilgi düzeyi, mesleki role göre farklılık gösterebilmekte; en yüksek düzey hekimlerde, ardından eczacılarda ve daha sonra yardımcı sağlık personelinde görülmektedir. Bazı çalışmalarda, hemşirelerin ve yerli olmayan sağlık çalışanlarının, eğitim müdahaleleri sonrasında dahi daha düşük bilgi puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir (115,116,118,119). Ayrıca sağlık çalışanları arasında yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerin, antibiyotikler hakkında daha doğru bilgiye sahip oldukları ve daha uygun kullanım davranışları sergiledikleri ortaya konmuştur (101,102,106,121). Literatürde ağlık çalışanlarının antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi düzeyleri genellikle yüksek olmakla birlikte, pratikte uygunsuz davranışların da olabildiği görülmektedir. Literatürde, Mısır, Nijerya, sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının kendi kendine ilaç kullanma, antibiyotik tedavisini tamamlamama gibi uygunsuz uygulamalarda bulunduğu bildirilmiştir (120,122,123). Bilgi düzeyi yüksek olsa dahi, rehberlere erişim eksikliği, zaman kısıtları ve hasta beklentileri gibi faktörler, gereksiz reçetelendirme veya yetersiz bilgilendirme gibi sonuçlara yol açabilmektedir (115,117,118). Ayrıca, bilgi düzeyinin yüksekliğine rağmen, antibiyotik yönetimine ilişkin olumlu tutumların ve tutarlı biçimde en iyi uygulamaların sergilenmesinin daha nadir olduğu; sağlık çalışanlarının yalnızca yaklaşık yarısının olumlu tutum sergilediği ve iyi klinik uygulamaları benimsediği belirtilmektedir (120,122,123).

Çalışmamızda ebeveynlerin **medeni durumu** ile sağlık okuryazarlığı ve antibiyotik algısı puanı ile ilişki bulunmamaktadır. Evli bireylerin, bekar, boşanmış ya da dul bireylere kıyasla daha iyi bir sağlık durumuna sahip oldukları, kronik hastalık oranlarının daha düşük olduğu ve engellilik düzeylerinin daha az olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu farkta, evlilikle ilişkili sosyal destek mekanizmaları ve yaşam tarzı farklılıklarının etkili olabileceği düşünülmektedir (124). Ayrıca medeni durum, sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli bir değişken olarak değerlendirilmektedir.

Bazı çalışmalarda evli olmanın daha yüksek sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu bildirilirken, bazı bulgular ise bekar ya da boşanmış bireylerin bilgiye erişim davranışları ve sosyal destek yapılarındaki farklılıklar nedeniyle sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olabileceğini ortaya koymuştur (102,125).

Çalışmamızda **sağlık sigortası durumu** ile sağlık okuryazarlığı ve antibiyotik algısı puanı ilişkili bulunmamıştır. Bu bulgu çalışmamızdaki sağlık sigortası olmayan kişilerin sayısının düşük olmasından (%4, n=16) kaynaklanıyor olabilir. Literatürde sağlık sigortası olma durumunun hem sağlık okuryazarlığı hem de antibiyotiklerin uygun kullanımı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Sağlık sigortasına sahip bireylerin, antibiyotiklerin doğru kullanımı konusunda daha yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları ve uygun kullanım davranışları gösterdikleri bildirilmiştir. Bir çalışmada, sigortalı bireylerin antibiyotiklerle ilgili doğru bilgiye sahip olma olasılığı, sigortasız bireylere kıyasla dokuz kat daha fazla bulunmuştur (126). Amerika'da ticari (özel) olmayan sigortaya (örneğin Medicaid, Medicare) sahip olan ya da hiç sigortası olmayan bireylerin, taburculuk sırasında uygunsuz antibiyotik reçetesi alma riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu riskin, hastaların hemşirelik desteği almaması veya enfeksiyon hastalıkları danışmanlığı yapılmaması durumunda arttığı ifade edilmektedir. (127). Sigorta okuryazarlığı (kişinin sağlık sigortası terimlerini ve kapsamını anlama düzeyi), daha iyi sağlık durumu ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla erişimle ilişkilidir. Sigorta okuryazarlığı yüksek bireyler, sağlık hizmetlerini erteleme ya da almama davranışlarını daha az sergilemekte ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaktadır (73,74). Ayrıca, eğitim düzeyinin ve sağlık sigortasına sahip olmanın antibiyotik bilgisi düzeyini olumlu etkilediği gösterilmiş; bu da sigorta durumunun sağlık okuryazarlığını dolaylı yoldan destekleyebileceğini düşündürmektedir (126).

Çalışmamızda **ebeveynlerin yaşı** ile hem sağlık okuryazarlığı hem antibiyotik algısı ilişkili bulunmamıştır. Literatürde yaşın hem sağlık okuryazarlığı hem de uygun antibiyotik kullanımı ile ilişkili olduğu, ancak bu ilişkinin genellikle eğitim düzeyi ve bilgi birikimi gibi diğer faktörlerden etkilendiği bildirilmektedir. Örneğin Singapur'daki bir çalışmada özellikle genç yetişkinlerin (21–34 yaş) antibiyotikler ve antimikrobiyal direnç konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olması durumunda, uygunsuz antibiyotik kullanımı riski en yüksek grubu oluşturdukları ifade edilmektedir. Yaş arttıkça bu risk azalsa da 50 yaş altı bireylerde bilgi eksikliği, uygunsuz kullanım riskini artırmaya devam

etmektedir (128). Bazı çalışmalarda, yaş ile antibiyotiklerin uygun kullanımı konusunda farkındalık arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve yaşlı bireylerin daha iyi farkındalık sergilediği gösterilmiştir (106). Buna karşılık, yaş fark etmeksizin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin antibiyotik kullanımı konusunda daha doğru bilgiye sahip oldukları ve uygun kullanım davranışları gösterdikleri ortaya konmuştur (100-102,106). Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerde ise antibiyotikleri yanlış endikasyonlarla ya da reçetesiz kullanma gibi uygunsuz davranışlara daha sık rastlanmaktadır (100,102,106). Ayrıca, sağlık okuryazarlığı genellikle daha yüksek eğitim ve daha iyi sosyoekonomik düzeyle ilişkilidir ve bu faktörler bazı toplumlarda yaşla da bağlantılı olabilmektedir (106). Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, yaşın antibiyotik kullanımı üzerindeki etkisinin çoğu zaman sağlık okuryazarlığı ve bilgi düzeyi aracılığıyla dolaylı olarak ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Tüm yaş gruplarında sağlık okuryazarlığını ve antibiyotik bilgisini geliştirmeye yönelik müdahaleler etkili olsa da özellikle genç erişkinler için hedeflenmiş eğitim stratejilerinin önemi vurgulanmaktadır (100-102,106,126). Yaş hem sağlık okuryazarlığı hem de uygun antibiyotik kullanımı ile ilişkili bir değişkendir; ancak antibiyotik kullanımının en güçlü belirleyicisinin sağlık okuryazarlığı olduğu görülmektedir. Düşük bilgi düzeyine sahip genç erişkinlere yapılacak müdahalenin, ileride ebeveyn olduklarında çocukları için de daha iyi antibiyotik algıları olmasını sağlayacağı varsayılabilir.

5.5. ÇALIŞMANIN GÜCÜ VE SINIRLILIKLARI

Çalışmamızın temel güçlü yönlerinden biri, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ile Anne ve Babaların Antibiyotik Algıları Ölçeği (ABANA) arasındaki ilişkiyi ortaya koymasıdır. Literatürde bu iki ölçeğin birlikte ele alındığı çalışmaların sınırlı olması ve araştırmanın özel olarak 4–6 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlere odaklanması, çalışmanın özgünlüğünü artırmaktadır.

Ayrıca, Türkiye'deki aile hekimliği uygulamaları bağlamında da çalışmamızın pratik bir karşılığı bulunmaktadır. Mevcut ödeme ve teşvik sisteminde, aile hekimlerinin antibiyotik reçete oranlarının il ortalamasının üzerinde olması durumunda teşvik ödemesi alamaması; öte yandan hasta memnuniyeti anketlerinden düşük puan almaları hâlinde de yine maddi kayba uğramaları söz konusudur (7,9). Bu çelişkili durum, hekimin hastanın (ve özellikle ebeveynin) antibiyotik beklentisini karşılamak ile akılcı antibiyotik kullanımını öncelemek arasında sıkışmasına neden olmaktadır.

Bu çerçevede çalışmamız antibiyotik algısının hangi değişkenlerle ilişkili olduğunu göstermesi açısından, sahada hizmet veren aile hekimlerine yol gösterici niteliktedir. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik yapılacak müdahalelerin, yalnızca antibiyotik talebini azaltmakla kalmayıp, hekimin akılcı antibiyotik reçeteleme davranışını kolaylaştırabileceği; böylece hem antibiyotik kullanım teşviklerinden yararlanabileceği hem de hasta memnuniyetini koruyarak ilgili ödeme kalemini kaybetmeyeceği öngörülebilir. Bu yönüyle çalışmamız aile hekimliği disiplini çerçevesinde üretilmiş, saha gerçekliğine dayalı sorunlara doğrudan temas eden örneklerden biri olarak değerlendirilebilir.

Çalışmanın sınırlılıkları arasında ise, örneklem grubunun büyük çoğunluğunun kadın olması, çalışmanın yürütüldüğü bölgenin sosyoekonomik olarak yüksek profilli bir yerleşim yeri olması ve sağlık çalışanı oranının yüksek olması nedeniyle bulguların genel popülasyona doğrudan genellenememesi sayılabilir. Ayrıca, ilgili ölçeklerde sorular özelinde her bir maddenin sosyodemografik ve davranışsal verilerle ilişkilendirilmemiş olması, veri setinden tam yararlanılamamış olabileceğini işaret etmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamız, 4–6 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile antibiyotik kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve algıları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamıştır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Anne Baba Antibiyotik Algıları Ölçeği (ABANA) birlikte kullanılarak ebeveynlerin sağlıkla ilgili bilgi edinme, değerlendirme ve uygulama becerileri ile antibiyotik konusundaki algıları arasındaki bağlantılar detaylı şekilde incelenmiştir.

Çalışmada elde edilen temel bulgular özetle şu şekildedir:

Genel sağlık okuryazarlığı düzeyi ile antibiyotik algısı arasında orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Özellikle TSOY'nin bilgiyi kullanma ve uygulama alt boyutu ile ABANA'nın uyum ve bilgi-inanç alt boyutları arasında anlamlı korelasyonlar mevcuttur.

Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça hem sağlık okuryazarlığı hem de antibiyotik algısı puanlarının yükseldiği görülmüştür.

Sağlık çalışanları ve çalışan bireyler, diğer gruplara göre anlamlı biçimde daha yüksek antibiyotik farkındalığı ve bilgi düzeyine sahiptir.

Çocuğu hastalandığında evde bakım sağlayabilecek bir bireyin bulunması hem sağlık okuryazarlığı hem de antibiyotik algısını olumlu yönde etkilemiştir.

Yaşla sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir; ancak antibiyotik algısı ile pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır.

TSOY ölçeğinde kişilerin "tedavi hizmetleri" boyutu puanları "hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi" boyutundan yüksektir.

ABANA ölçeğinde en düşük puanlara sahip gruplar genellikle sigortasız, çalışmayan ya da düşük gelirli bireylerdir. Her ne kadar bazı farklar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ortalama puanlar sosyoekonomik eşitsizliklerin antibiyotik algısını etkileyebileceğini düşündürmektedir. ABANA ölçeğinde en düşük puan "Bilgi arama" alt boyutunda gözlenmiştir. Katılımcılar bilgi kaynağı olarak önceki deneyimlerini kullanma eğilimindedir.

Öneriler:

Aile hekimliğinde kişilerin sağlık okuryazarlığını yükseltmeye yönelik müdahalaleler antibiyotik algılarını da geliştirebilir.

Sağlık okuryazarlığı müdahaleleri çocukluk çağı enfeksiyonlarını yönetme becerilerini de içermelidir.

Antibiyotik hakkında bilgi eksikliği ve yanlış inançlara yönelik hedefli müdahaleler, özellikle düşük gelirli ve eğitim düzeyi düşük gruplara odaklanmalıdır.

ABANA ve TSOY ölçeklerinin birlikte kullanıldığı bu model, saha uygulamalarında ve toplum sağlığı politikalarında ebeveynlere yönelik sağlık iletişimi stratejilerinin geliştirilmesinde referans olabilir.

Hekimlerin, hasta memnuniyeti baskısı ve performans kriterleri arasında sıkıştıkları sistemsel koşullar dikkate alınarak, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik faaliyetlerin hekime destek olabilecek bir yapı olarak görülmesi teşvik edilmelidir.

Aile hekimlerine özellikle çocukluk çağı üst solunum enfeksiyonları başta olmak üzere, gereken tetkik imkanı (örneğin hızlı antijen testi, influenza kiti) sağlanmalıdır, zira önceki deneyimlerinden yola çıkarak uygunsuz antibiyotik kullanma eğiliminde olan kişileri hekim, bilimsel kanıtlarla destekleyerek ikna edebilir, kişilerin önceki deneyimlerinden kaynaklanan hatalı bilgiyi düzeltebilir.

Eczacılardan alınan bilgilere duyulan güvenin düşük olduğuna ilişkin çalışmamızda elde edilen bulgunun, yalnızca örnekleme özgü anekdotsal bir durum mu yoksa toplum genelinde geçerli bir eğilim mi olduğu, ilerleyen çalışmalarda mutlaka araştırılmalıdır.

Sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik programlar sadece bilgi verme değil, uygulama ve davranış değişikliğine yönlendirme hedefli tasarlanmalıdır. Sosyal destek sistemlerinin sağlık davranışlarını nasıl etkilediği daha detaylı araştırılmalıdır.

Çalışmamız özgün olarak TSOY-32 ile ABANA ilişkisini detaylı şekilde analiz eden araştırmalardan biri olup, gelecekte yapılacak nicel ve nitel çalışmalar için yöntemsel ve kavramsal bir zemin sunmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). Türkiye sağlık araştırması 2022 (Yayın No: 49747). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747.

2. Simon, A. K., Hollander, G. A., & McMichael, A. (2015). Evolution of the immune system in humans from infancy to old age. Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences, 282(1821), 20143085. https://doi.org/10.1098/rspb.2014.3085

3. Llor, C., & Bjerrum, L. (2014). Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. Therapeutic Advances in Drug Safety, 5(6), 229–241. https://doi.org/10.1177/2042098614554919

4. Murray, C. J., Ikuta, K. S., Sharara, F., Swetschinski, L., Aguilar, G. R., Gray, A., Han, C., Bisignano, C., Rao, P., Wool, E., Johnson, S. C., Browne, A. J., Chipeta, M. G., Fell, F., Hackett, S., Haines-Woodhouse, G., Hamadani, B. H. K., Kumaran, E. A. P., McManigal, B., ... Naghavi, M. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: A systematic analysis. The Lancet, 399(10325), 629–655. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0

5. Klimik Derneği. (2013, 12 Aralık). Antibiyotikler artık reçetesiz satılamayacak. https://www.klimik.org.tr/2013/12/12/antibiyotikler-artik-recetesiz-satilamayacak/

6. Versporten, A., Bolokhovets, G., Ghazaryan, L., Abilova, V., Pyshnik, G., Spasojevic, T., Korinteli, I., Raka, L., Kambaralieva, B., Cizmovic, L., Carp, A., Radonjic, V., Maqsudova, N., Celik, H. D., Payerl-Pal, M., Pedersen, H. B., Sautenkova, N., Goossens, H., & WHO/Europe-ESAC Project Group (2014). Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe. The Lancet. Infectious diseases, 14(5), 381–387. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70071-4

7. T.C. Resmî Gazete. (2021, 30 Haziran). Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği (Karar No: 4198, RG No: 31527, Madde 18/16, Madde 18/12(v), https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4198&MevzuatTur=21&MevzuatTertip=5

8. Mangione-Smith, R., McGlynn, E. A., Elliott, M. N., Krogstad, P., & Brook, R. H. (1999). The relationship between perceived parental expectations and pediatrician antimicrobial prescribing behavior. Pediatrics, 103(4 Pt 1), 711–718. https://doi.org/10.1542/peds.103.4.711

9. T.C. Resmî Gazete. (2021, 30 Haziran). Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği (Karar No: 4198, RG No: 31527, Madde 18/12(vi), https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4198&MevzuatTur=21&MevzuatTertip=5

10. DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., 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.

11. Zaidman, E.A., Scott, K.M., Hahn, D., Bennett, P. and Caldwell, P.H. (2023), Impact of parental health literacy on the health outcomes of children with chronic disease globally: A systematic review. J Paediatr Child Health, 59: 12-31. https://doi.org/10.1111/jpc.16297

12. Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı [Health literacy]. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(4), 321–326.

13. Nanna, K., & Egbert, N. (2009). Health Literacy: Challenges and Strategies. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 14, Manuscript 1. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol14No03Man01

14. Çopurlar CK, Kartal M. What is Health Literacy? How to Measure It? Why is it Important? Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, . 2016;10(1):40-7.

15. İşler A. 18-65 yaş arası kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerininve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinin değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi 2019.

16. Kutner, M., Jin, E., Paulsen, C., & White, S. (2006). The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483). U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics. https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf

17. World Health Organization. (n.d.). Health literacy. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy

18. World Health Organization. (n.d.). Ninth global conference on health promotion. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference

19. Scott, T., Gazmararian, J., Williams, M., & Baker, D. (2002). Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. Medical Care, 40, 395-404. https://doi.org/10.1097/00005650-200205000-00005.

20. Coughlin, S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., & George, V. (2020). Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control. Journal of environment and health sciences, 6. https://doi.org/10.15436/2378-6841.20.3061.

21. Shahid, R., Shoker, M., Chu, L., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. BMC Health Services Research, 22. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9.

22. Driessens, H., Van Wijk, L., Buis, C., & Klaase, J. (2022). Low health literacy is associated with worse postoperative outcomes following hepato-pancreato-biliary cancer surgery.. HPB : the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association. https://doi.org/10.1016/j.hpb.2022.07.006.

23. Oscalices, M., Okuno, M., Lopes, M., Batista, R., & Campanharo, C. (2019). Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure.. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 53, e03447 . https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017039803447.

24. Sørensen, K., Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., Słońska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcón, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van Den Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European Journal of Public Health, 25, 1053 - 1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

25. Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. International journal of public health, 54(5), 313–324. https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2

26. Davis, T. C., Crouch, M. A., Long, S. W., Jackson, R. H., Bates, P., George, R. B., & Bairnsfather, L. E. (1991). Rapid assessment of literacy levels in adult primary care patients. Family Medicine, 23, 433–435.

27. Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P. et al. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. The Annals of Family Medicine, 3(6), 514-522.

28. Ertuğrul, B., & Albayrak, S. (2020). Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemede kullanılabilecek bazı ölçekler [Some scales that can be used to determine health literacy level]. Sağlık ve Toplum, 30(2), 16–22

29. Sarıyar, S., & Fırat Kılıç, H. (2019). Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 6(2), 126-131. https://doi.org/10.31125/hunhemsire.598649

30. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (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

31. Okyay P, Abacıgil F, editor. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı, yayın no:1025, Ankara, ; 2016. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf

32. World Health Organization. (n.d.). Promoting rational use of medicines. https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines

33. O'Neill, J. (Chair). (2016). Tackling drug-resistant infections globally: Final report and recommendations. The Review on Antimicrobial Resistance. Government of the United Kingdom. https://apo.org.au/node/63983

34. World Health Organization. (n.d.). One Health. https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1

35. Centers for Disease Control and Prevention. (2016). One Health basics: History. https://www.cdc.gov/one-health/about/one-health-history.html

36. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. (2014). Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014–2017. https://akilciilac.titck.gov.tr/Detay/Show/1161

37. World Health Organization. (n.d.). *ATC/DDD toolkit: Methodology*. https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/methodology (Erişim: 27 Haziran 2025)

38. Engel, A., & Siderius, P. (1968). *The consumption of drugs: Report on a study, 1966–1967* (EURO 3101). WHO Regional Office for Europe. (Erişim: 27 Haziran 2025)

39. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. (2020). Erişkin hastada antibiyotik kullanımına akılcı yaklaşım (Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1188; TİTCK Yayın No: 28). T.C. Sağlık Bakanlığı. https://akilciilac.titck.gov.tr/Assets/AnnouncementsAndPublicationsPdf/2024/05/1716461120_Eriskin-Hastada-Antibiyotik-Kullanimina-Akilci-Yaklasim.pdf

40. OECD. (2023). Embracing a One Health Framework to Fight Antimicrobial Resistance. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/ce44c755-en

41. Salama TG, Amin A, Bruton SA, File TM, Milkovich G, Rodvold KA. A clinician's guide to the appropriate and accurate use of antibiotics: the Council for Appropriate and Rational Antibiotic Therapy (CARAT) criteria. The American Journal of Medicine, 2005; 118(7): 1-6.)

42. Shamim, M. A., Padhi, B. K., Satapathy, P., Siddiq, A., Manna, S., Aggarwal, A. K., Al-Ahdal, T., Khubchandani, J., Henao-Martinez, A. F., & Sah, R. (2023). Parents' expectation of antibiotic prescriptions for respiratory infections in children: a systematic review and meta-analysis. Therapeutic advances in infectious disease, 10, 20499361231169429. https://doi.org/10.1177/20499361231169429

43. Özdemir, C., & Ergin, A. (2023). Validation of Turkish parental perception on antibiotics scale [Türk ebeveynlerin antibiyotik algısı ölçeğinin geçerlik çalışması]. Klimik Dergisi, 36(1), 32–38.

44. Bertizlioğlu, E. A., Gümüştakım, R. Ş., & Karabekiroğlu, B. (2023). Bir üniversite hastanesine başvuran çocukların ebeveynlerinin sağlık okuryazarlık düzeyi [Health literacy level of parents of children admitted to a university hospital]. The Journal of Current Pediatrics, 21(3), 235–249. https://doi.org/10.4274/jcp.2023.79058

45. Ulusoy E, Yılmaz TE, Çifci A, Yılmaz T, Kasım İ, Özkara A. Sağlam çocuk takibinde ebeveynlerin rolü ve sağlık okuryazarlığı. Ankara Medical Journal 2020;20:588-604

46. Cançetin, M. (2024). Sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi). T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği A.B.D., İstanbul.

47. Mut H. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. [Uzmanlık Tezi]. İzmir. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2017.

48. Gamsızkan Z, Sungur MA. Düzce Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okur yazarlık düzeyi: Kesitsel bir çalışma. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2020;24:117-25

49. İkiışık, H., Turan, G., Kutay, F. (2020). Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İncelenmesi. Journal of Ankara University Faculty of Medicine, 73(3), 247-252. doi:10.4274/atfm.galenos.2020.83007.

50. Savaş Danış, B. (2024). Okul çağı öncesi çocukların velilerinin sağlık okuryazarlığının ateş yönetimine etkisi (Tıpta uzmanlık tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.

51. Oğulluk, Z. A. (2019). Sosyodemografik Özellikler ile Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisinin Araştırılması [Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi]. Ankara

52. Ölmez EH, Barkan OB. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Hasta Hekim İlişkisinin Değerlendirilmesi. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi 2015;4:121-7.

53. Değerli, H., & Tüfekçi, N. (2018). Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, 6(15), 467–488.

54. Jeong SH, Kim HK. Health Literacy and Barriers to Health Information Seeking: A Nationwide Survey in South Korea. Patient Educ Couns [Internet]. 2016; Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.015

55. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: Insights from the Assessment of Health Literacy Skills in Italy. Health Policy [Internet]. 2016 Aug 24 [cited 2016 Sep 11]; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27593949

56. Konfino, J., Mejía, R., Majdalani, M. P., & Pérez-Stable, E. J. (2009). Health literacy in patients attending a university hospital. Medicina (Buenos Aires), 69(6), 631–634. http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4180496

57. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2016;(April):jech-2015-206910. Available from: http://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2015-206910

58. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. Iran J Nurs Midwifery Res. 2007;12(4):146-52.

59. Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams MV, Weiss BD. Practical assessment of adult literacy in health care. Health Educ Behav 1998; 25(5):613-24.

60. Tanriöver MD, Yildirim HH, Ready FND, et al. Sağlik okuryazarliği araştirmasi; Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, 2014. http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf

61. Duong VT, Lin I-F, Sorensen K, Pelikan JM, Van Den Broucke S, Lin Y-C, et al. Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. Asia-Pacific J Public Heal [Internet]. 2015;27(8):871–80. Available from: http://aph.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1010539515607962

62. Morris NS, Maclean CD, Littenberg B. Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. Diabetes Educ 2013;39:638-46.

63. Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T. et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC Public Health 15, 505 (2015). https://doi.org/10.1186/s12889-015-1835-x

64. Alahmadi Y. M. (2023). Evaluation of Health Literacy and Associated Factors Among Adults Living in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing, 60, 469580231161428. https://doi.org/10.1177/00469580231161428

65. Svendsen, I., Damgaard, M., Bak, C., Bøggild, H., Torp-Pedersen, C., Svendsen, M., & Berg-Beckhoff, G. (2021). Employment Status and Health Literacy in Denmark: A Population-Based Study. International Journal of Public Health, 66. https://doi.org/10.3389/ijph.2021.598083

66. Morimoto, A., Furuki, H., & Sonoda, N. (2023). PS-P12-3: RELATIONSHIP BETWEEN SOCIOECONOMIC STATUS AND HEALTH LITERACY AMONG HEALTHY JAPANESE PEOPLE. Journal of Hypertension, 41, e491. https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000917936.54333.b3.

67. Klinger, J., Berens, EM. & Schaeffer, D. Health literacy and the role of social support in different age groups: results of a German cross-sectional survey. BMC Public Health 23, 2259 (2023). https://doi.org/10.1186/s12889-023-17145-x

68. Lee S-YD, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. Soc Sci Med. 2004;58:1309–21.

69. Osborn CY, Wallston KA, Shpigel A, Cavanaugh K, Kripalani S, Rothman RL. Development and validation of the General Health Numeracy Test (GHNT). Patient Educ Couns. 2013;91:350–6.

70. Nolte S, Osborne RH, Dwinger S, Elsworth GR, Conrad ML, Rose M, et al. German translation, cultural adaptation, and validation of the health literacy questionnaire (HLQ). PLoS ONE. 2017;12:e0172340

71. Rademakers J, Waverijn G, Rijken M, Osborne R, Heijmans M. Towards a comprehensive, person-centred assessment of health literacy: translation, cultural adaptation and psychometric test of the Dutch health literacy questionnaire. BMC Public Health. 2020;20:1–12.

72. Jordan S, Diederichs C, Dollmann S, Neuhauser H. Health literacy, general health and social support. Results from the survey 'German health update': Susanne Jordan. Eur J Pub Health. 2017;27(suppl3):ckx187–106

73. Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2015). Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. International journal of environmental research and public health, 12(8), 9714–9725. https://doi.org/10.3390/ijerph120809714

74. Yagi, B., Luster, J., Scherer, A., Farron, M., Smith, J., & Tipirneni, R. (2021). Association of Health Insurance Literacy with Health Care Utilization: a Systematic Review. Journal of General Internal Medicine, 37, 375 - 389. https://doi.org/10.1007/s11606-021-06819-0.

75. Tipirneni, R., Politi, M., Kullgren, J., Kieffer, E., Goold, S., & Scherer, A. (2018). Association Between Health Insurance Literacy and Avoidance of Health Care Services Owing to Cost. JAMA Network Open, 1. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4796.

76. Kutrani, H., Elhashmi, H. A. S., Adam, H. M., & Atiyah, A. A. A. (2019). Assessment of parents' perception concerning children's antibiotic use by PAPA scale. IOSR Journal of Pharmacy and Biological Sciences (IOSR-JPBS), 14(2, Ser. II), 20–26. https://doi.org/10.9790/3008-1402022026

77. Anderson, R., Rhodes, A., Cranswick, N., Downes, M., O'Hara, J., Measey, M.-A., & Gwee, A. (2020). A nationwide parent survey of antibiotic use in Australian children. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 75(5), 1347–1351. https://doi.org/10.1093/jac/dkz448

78. Palmer, D. A., & Bauchner, H. (1997). Parents' and physicians' views on antibiotics. Pediatrics, 99(6), E6. https://doi.org/10.1542/peds.99.6.e6

79. Lucas, P. J., Cabral, C., Hay, A. D., & Horwood, J. (2015). A systematic review of parent and clinician views and perceptions that influence prescribing decisions in relation to acute childhood infections in primary care. Scandinavian journal of primary health care, 33(1), 11–20. https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1001942

80. Tonkin-Crine S, Yardley L, Coenen S, Fernandez-Vandellos P, Krawczyk J, Touboul P, et al. GPs' views in five European countries of interventions to promote prudent antibiotic use. Br J Gen Pract. 2011;61:e252–61. doi: 10.3399/bjgp11X572445.

81. Barden LS, Dowell SF, Schwartz B, Lackey C. Current attitudes regarding use of antimicrobial agents: Results from physicians' and parents' focus group discussions. Clin Pediatr. 1998;37:665–71. doi: 10.1177/000992289803701104

82. Pradier C, Dunais B, Ricort-Patuano C, Maurin S, Andreini A, Hofliger P, et al. The "Antibiotics Only When Necessary (C)" campaign and its implementation in the French Alpes-Maritimes subdivision. Médecine et Maladies Infectieuses. 2003;33:9–14

83. Jonsson H, Haraldsson R. Parents' perspectives on otitis media and antibiotics: A qualitative study. Scand J Primary Health Care. 2002;20:35–9. doi: 10.1080/028134302317282725

84. Arroll B, Kenealy T. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005;((3)) doi: 10.1002/14651858.CD000247.pub2

85. Rose PW, Ziebland S, Harnden A, Mayon-White R, Mant D, Oxford Childhood Infection Study Group Why do general practitioners prescribe antibiotics for acute infective conjunctivitis in children? Qualitative interviews with GPs and a questionnaire survey of parents and teachers. Fam Pract. 2006;23:226–32. doi: 10.1093/fampra/cmi101.

86. Petursson P, Jonsson H, Haraldsson RH. GPs' reasons for "non-pharmacological" prescribing of antibiotics: A phenomenological study. Scand J Primary Health Care. 2005;23:120–5. doi: 10.1080/02813430510018491.

87. Barden LS, Dowell SF, Schwartz B, Lackey C. Current attitudes regarding use of antimicrobial agents: Results from physicians' and parents' focus group discussions. Clin Pediatr. 1998;37:665–71. doi: 10.1177/000992289803701104

88. Tonkin-Crine S, Yardley L, Coenen S, Fernandez-Vandellos P, Krawczyk J, Touboul P, et al. GPs' views in five European countries of interventions to promote prudent antibiotic use. Br J Gen Pract. 2011;61:e252–61. doi: 10.3399/bjgp11X572445

89. Havens L, Schwartz M. Identification of Parents' Perceptions of Antibiotic Use for Individualized Community Education. Global Pediatric Health. 2016;3. doi:10.1177/2333794X16654067

90. Gürkan KP. 0-12 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Akılcı Antibiyotik Kullanım Algılarına Etkisi. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2023;16(4): 460-47

91. Mete, Burak; Salcan, Tarik; Demirhindi, Hakan. Behaviour and perception of parents on irrational use of antibiotics in children at primary care level: A cross-sectional study from Turkey. Asian Pacific Journal of Tropical Medicine 16(6):p 253-260, June 2023. | DOI: 10.4103/1995-7645.378562

92. Mutagonda, R.F., Marealle, A.I., Nkinda, L. et al. Determinants of misuse of antibiotics among parents of children attending clinics in regional referral hospitals in Tanzania. Sci Rep 12, 4836 (2022). https://doi.org/10.1038/s41598-022-08895-6

93. Cantarero-Arévalo, L., Hallas, M. P. & Kaae, S. Parental knowledge of antibiotic use in children with respiratory infections: A systematic review. Int. J. Pharm. Pract. 25, 31–49 (2017).

94. Mbwambo, G., Emidi, B., Mgabo, M. R., Sigall, G. N. & Kajeguka, D. C. Community knowledge and attitudes on antibiotic use in Moshi Urban, Northern Tanzania: Findings from a cross sectional study. *Afr. J. Microbiol. Res.* **11**, 1018–1026 (2017).

95. Faidah, H. S. et al. Parents' self-directed practices towards the use of antibiotics for upper respiratory tract infections in Makkah Saudi Arabia. BMC Pediatr. 19, 1–9 (2019).

96. Awad, A. I. & Aboud, E. A. Knowledge, attitude and practice towards antibiotic use among the public in Kuwait. PloS one 10, e0117910 (2015).

97. Alzaid, A., Alosaimi, M., Alkahtani, K. F., Alshehri, B. A., Asiri, A. E., Asiri, A. M., Althibait, S. A. S., Aldrees, W. S., Althuwayqib, A. K., Almakhayitah, O. A., Almarzooq, M. J., Aldossary, F. R., Alomari, M. A., & Albishri, A. M. (2020). Saudi parents' knowledge, attitudes, and practices regarding antibiotic use for upper respiratory tract infections in children. International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences, 9(1), 115–120. https://www.ijpras.com/article/saudi-parents-knowledge-attitudes-and-practices-regarding-antibiotic-use-for-upper-respiratory-tract-infections-in-children

98. Wun, Y. T., Lam, T. P., Lam, K. F., Ho, P. L., & Yung, W. H. (2013). The public's perspectives on antibiotic resistance and abuse among Chinese in Hong Kong. Pharmacoepidemiology and drug safety, 22(3), 241–249. https://doi.org/10.1002/pds.3339

99. Paredes, J., Navarro, R., Watanabe, T., Morán, F., Balmaceda, M., Reateguí, A., Elias, R., Bardellini, M., & Ochoa, T. (2022). Knowledge, attitudes and practices of parents towards antibiotic use in rural communities in Peru: a cross-sectional multicentre study. BMC Public Health, 22. https://doi.org/10.1186/s12889-022-12855-0.

100. Salm, F., Ernsting, C., Kuhlmey, A., Kanzler, M., Gastmeier, P., & Gellert, P. (2018). Antibiotic use, knowledge and health literacy among the general population in Berlin, Germany and its surrounding rural areas. PLoS ONE, 13. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193336

101. Elkhadry, S., & Tahoon, M. (2024). Health literacy and its association with antibiotic use and knowledge of antibiotic among Egyptian population: cross sectional study. BMC Public Health, 24. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19668-3

102. Harake, K., Nasser, S., Dimassi, H., Ramia, E., & Mansour, H. (2025). Impact of health literacy on healthcare outcomes in hospitalized patients in Lebanon including quality of life and antibiotic knowledge. Scientific Reports, 15. https://doi.org/10.1038/s41598-025-90036-w

103. Menikou, J., Middleton, N., Papastavrou, E., & Nicolaou, C. (2023). Perceived and functional health literacy and antibiotic use in children among Cypriot parents. European Journal of Public Health, 33(Supplement_2), ckad160.1411. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.1411

104. Mostafa, A., Abdelzaher, A., Rashed, S., AlKhawaga, S., Afifi, S., AbdelAlim, S., Mostafa, S., & Zidan, T. (2021). Is health literacy associated with antibiotic use, knowledge and awareness of antimicrobial resistance among non-medical university students in Egypt? A cross-sectional study. BMJ Open, 11. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046453

105. Muflih, S., Al-Azzam, S., Karasneh, R., Conway, B., & Aldeyab, M. (2021). Public Health Literacy, Knowledge, and Awareness Regarding Antibiotic Use and Antimicrobial Resistance during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. Antibiotics, 10. https://doi.org/10.3390/antibiotics10091107

106. Hamedani, M., Hoveidamanesh, S., Koohpayehzadeh, J., Arabi, M., & Divsalar, F. (2023). Relationship between Health Literacy and Proper Antibiotic Use Awareness in Tehran 2019-2020. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, 37. https://doi.org/10.47176/mjiri.37.133

107. Makornkan, S., & Jarujit, S. (2024). Health Literacy and Antibiotic Use Behavior Among Working Age People in Muak Lek District, Saraburi Province. HUMAN BEHAVIOR, DEVELOPMENT and SOCIETY. https://doi.org/10.62370/hbds.v25i3.276448

108. Aykaç, A., Tuncay, B., & Sehirli, A. (2023). Assessments of Students' Numeracy Knowledge Levels in Health Literacy and Their Knowledge, Attitude, and Behavior Regarding Antibiotic Use. Middle Black Sea Journal of Health Science. https://doi.org/10.19127/mbsjohs.1276058

109. Jianvitayakij, S., Niyomyart, A., Junsawang, C., Bualoy, W., Butsing, N., Monkong, S., & Voss, J. (2024). Knowledge of antibiotics and antibiotic resistance, antibiotic use and eHealth literacy among nursing students in Thailand: a cross-sectional study. BMJ Open, 14. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090956

110. Değer, M., Sezerol, M., & Atak, M. (2023). Rational Drug and Antibiotic Use Status, E-Health Literacy in Syrian Immigrants and Related Factors: A Cross-Sectional Study. Antibiotics, 12. https://doi.org/10.3390/antibiotics12101531

111. Kharaba, Z., Al-Azzam, S., Altawalbeh, S., Alkwarit, A., Salmeh, N., Alfoteih, Y., Araydah, M., Karasneh, R., & Aldeyab, M. (2023). Health literacy, knowledge, household disposal, and misuse practices of antibiotics among UAE residents: a nationwide cross-sectional study. Expert Review of Anti-infective Therapy, 22, 103 - 113. https://doi.org/10.1080/14787210.2023.2284878

112. Onukansi, F. O., Umoh, M. E., Eneh, S. C., Anokwuru, C. C., Ezejindu, C. N., Dozie, U. W., Diala, M. I., Fosso, L. C. F., & Madukaku, C. U. (2025). Antibiotic use among university students: insights from a Nigerian institution.

113. Wang, X., Peng, D., Wang, W., Xu, Y., Zhou, X., & Hesketh, T. (2017). Massive misuse of antibiotics by university students in all regions of China: Implications for national policy. International Journal of Antimicrobial Agents, 50(3), 441–446. (Erişim: 27 Haziran 2025)

114. Henaine, A.-M., Lahoud, N., Abdo, R., Shdeed, R., Safwan, J., Akel, M., Fahs, I., Zeenny, R., Sacre, H., Hallit, S., & Salameh, P. (2021). Knowledge of Antibiotics Use among Lebanese Adults: A study on the influence of sociodemographic characteristics.

115. Panattoni, N., Renzi, E., Di Simone, E., Costantino, S., Baccolini, V., Migliara, G., Marzuillo, C., De Vito, C., Villari, P., & Massimi, A. (2024). Antibiotic use and resistance: Knowledge, attitudes and practices in Italian healthcare workers. *European Journal of Public Health, 34*(Supplement_3), ckae144.1916. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1916 (Erişim: 27 Haziran 2025)

116. Barchitta, M., Sabbatucci, M., Furiozzi, F., Iannazzo, S., Maugeri, A., Maraglino, F., Prato, R., Agodi, A., & Pantosti, A. (2021). Knowledge, attitudes and behaviors on antibiotic use and resistance among healthcare workers in Italy, 2019: Investigation by a clustering method. Antimicrobial Resistance and Infection Control, 10, Article 66. https://doi.org/10.1186/s13756-021-01002-w (Erişim: 27 Haziran 2025)

117. Ashiru-Oredope, D., Hopkins, S., Vasandani, S., Umoh, E., Oloyede, O., Nilsson, A., Kinsman, J., Elsert, L., & Monnet, D. (2021). Healthcare workers' knowledge, attitudes and behaviours with respect to antibiotics, antibiotic use and antibiotic resistance across 30 EU/EEA countries in 2019. Eurosurveillance, 26(12), Article 1900633. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.12.1900633 (Erişim: 27 Haziran 2025)

118. Ashiru-Oredope, D., Casale, E., Harvey, E., Umoh, E., Vasandani, S., Reilly, J., & Hopkins, S. (2022). Knowledge and Attitudes about Antibiotics and Antibiotic Resistance of 2404 UK Healthcare Workers. Antibiotics, 11. https://doi.org/10.3390/antibiotics11081133.

119. Rasmussen, I., Hansen, M., Marloth, T., Arpi, M., Jarløv, J., Arnold, S., Mogensen, D., & Jensen, J. (2021). Native and foreign healthcare workers' knowledge of appropriate use of antibiotics: a prospective pre-post study in Danish nursing homes. Primary Health Care Research & Development, 22. https://doi.org/10.1017/S1463423621000025.

120. Al-Emam, D., El-Badawy, M., & El-Masry, R. (2020). Pattern of Use, Knowledge, Attitude and Practice of Healthcare Workers about Antibioticsin Egyptian Primary Healthcare Facilities. Archives of Community and Family Medicine. https://doi.org/10.22259/2638-4787.0302012.

121. Castro-Sánchez, E., Chang, P., Vila-Candel, R., Escobedo, A., & Holmes, A. (2016). Health literacy and infectious diseases: Why does it matter? *International Journal of Infectious Diseases, 43*, 103–110. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.12.019 (Erişim: 27 Haziran 2025)

122. Ojo, J., Ipinnimo, T., Osho, B., Ipinnimo, O., & Ogundun, O. (2024). Antibiotics Use, Resistance and Self-medication Practices among Healthcare Workers in a Federal Teaching Hospital in Southwest, Nigeria. Journal of Public Health and Development. https://doi.org/10.55131/jphd/2024/220125.

123. Nwafia, I., Ohanu, M., Ebede, S., Okoil, C., Nwachukwu, P., Umenzekwe, C., Ndubueze, C., Aroh, A., Oraebueze, I., Ezomike, C., Okeke, P., & Izundu, D. (2022). Antibiotic use and resistance: Assessment of healthcare workers' knowledge, attitude, and practice. International Journal of Medicine and Health Development, 27(1), 31–37. https://doi.org/10.4103/ijmh.IJMH_7_21 (Erişim: 27 Haziran 2025)

124. Verbrugge, L. (1979). Marital Status and Health.. Journal of Marriage and Family, 41, 267. https://doi.org/10.2307/351696.

125. Albayrak, T. (2023). Predictors of Health Literacy Levels in Patients Attending Anesthesia Outpatient Clinics for Preoperative Evaluation. Cureus, 15. https://doi.org/10.7759/cureus.51371.

126. Mboya, E., Davies, M., Horumpende, P., & Ngocho, J. (2020). Inadequate knowledge on appropriate antibiotics use among clients in the Moshi municipality Northern Tanzania. PLoS ONE, 15. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239388.

127. McHale, T., Medder, J., Geske, J., Rupp, M., & Van Schooneveld, T. (2020). The Effect of Insurance on Appropriate Hospital Discharge Antibiotics for Patients With Staphylococcus aureus Bacteremia. Open Forum Infectious Diseases, 8. https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa568.

128. Guo, H., Hildon, Z., Lye, D., Straughan, P., & Chow, A. (2021). The Associations between Poor Antibiotic and Antimicrobial Resistance Knowledge and Inappropriate Antibiotic Use in the General Population Are Modified by Age. Antibiotics, 11. https://doi.org/10.3390/antibiotics11010047.

129. Yunita, S., Yang, H., Chen, Y., Kao, L., Lu, Y., Wen, Y., To, S., & Huang, Y. (2022). Knowledge and practices related to antibiotic use among women in Malang, Indonesia. Frontiers in Pharmacology, 13. https://doi.org/10.3389/fphar.2022.1019303

130. Barlam, T., Soria-Saucedo, R., Cabral, H., & Kazis, L. (2016). Unnecessary Antibiotics for Acute Respiratory Tract Infections: Association With Care Setting and Patient Demographics. Open Forum Infectious Diseases, 3. https://doi.org/10.1093/ofid/ofw045