



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE HASTA GÜVENLİĞİ İLİŞKİSİ**

Ali GÜVEN

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2016

SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE HASTA GÜVENLİĞİ İLİŞKİSİ

Ali GÜVEN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

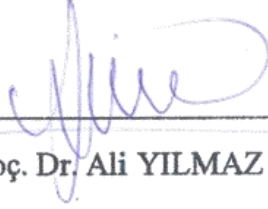
Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

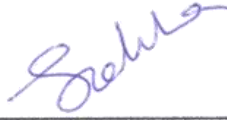
Ankara, 2016

KABUL VE ONAY

Ali GÜVEN tarafından hazırlanan “Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi” başlıklı bu çalışma, 23.12.2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ (Başkan)



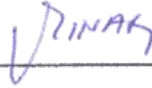
Prof. Dr. Sıdıka KAYA (Danışman)



Doç. Dr. Mehmet TOP



Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM



Yrd. Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Sibel BOZBEYOĞLU
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

23.12.2016

Ali GÜVEN

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Tezimin tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

Tezimin tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç kapak, Özet, İöindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma iöin başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

Tezimin tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

Serbest Seçenek / Yazarın Seçimi

23.12.2016

Ali GÜVEN

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel, ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Prof. Dr. Sıdıka KAYA danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Arş. Gör. Ali GÜVEN

TEŞEKKÜR

Her Őeyden önce tűrlű zorluklara gűgűs gerip, bűyűk fedakarlıklarla beni bugűnlere getiren anne ve babama, hayatım boyunca aile olma duygusunu anlamamı saęlayan ve benden desteklerini hiębir zaman esirgemeyen kardeŐlerime,

Bu sűreęte belki de en çok ihmal ettiğim fakat her koŐulda sonsuz bir sabır ve sevgiyle yanımda olan çok kıymetli eŐim ve kızıma,

Bu çalıŐmanın her aŐamasında değerli bilgi ve tecrűbesiyle beni destekleyen, hayatıma kattığı değerleri asla unutmayacağım sayın danıŐman hocam Prof. Dr. Sıdıka KAYA'ya,

TanıŐtıęımız gűnden beri benden bir an olsun yardımını esirgemeyen, yaŐadıęım her sorunda ilk aklıma gelen ve bu durumdan da hiębir zaman Őikayet etmeyen, deęerli dostum Gűlnur İLGŪN'e,

Bugűne kadar űzerimde emeęi olan herkese, onları mahcup etmemek ve onlara layık olabilmek űmidiyle, sonsuz teŐekkűrlerimi sunarım.

ÖZET

GÜVEN, Ali. *Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016.

Sağlık hizmetleri sunumu giderek hasta merkezli bir hal almakta, hastaların sistem içindeki rolleri her geçen gün artmaktadır. Sağlık hizmetleri konusunda giderek daha çok bilinçlenen hastaların, kaliteli sağlık hizmeti talepleri de artmaktadır. Bu durum dikkatleri hasta güvenliği kavramı üzerine çekmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında da hastaya çeşitli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Bununla birlikte hastanın sürece aktif şekilde katılabilmesi ve kendine biçilen rolü oynayabilmesi için sağlık konusunda güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu noktada sağlık okuryazarlığı kavramı gündeme gelmektedir. Hastaların güçlendirilmesi ve sürece aktif katılımlarını sağlayarak hasta güvenliğine olumlu katkıda bulunabilmeleri için sağlık okuryazarlığı üzerinde önemle durulması gerekir. Bu çalışma 15 Haziran-15 Temmuz 2015 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi dahili bilimler polikliniklerine başvuran 232'si kadın, 148'i erkek toplam 380 hastadan elde edilen veriler ışığında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada tesadüfi olmayan örneklem yöntemlerinden kota örnekleme kullanılmış, çalışma kapsamında cinsiyete dayalı kotalama yapılmıştır. Veri toplamak için anket uygulaması yapılmış, elde edilen veriler SPSS 20.0 paket programı yardımıyla analiz edilmiştir. Bu çalışmanın amacı sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri belirlemek ve farklı sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip hastaların, kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri arasındaki farkları incelemektir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Okuryazarlığı, Hasta Güvenliği, Hasta Katılımı

ABSTRACT

GÜVEN, Ali. The Factors Affecting Health Literacy and Relation Between Health Literacy and Patient Safety, Master Thesis, Ankara, 2016.

Healthcare provision is increasingly becoming patient-centered and the role of patients in the system is increasing day by day. Patients who are becoming more conscious about health services are also increasing their demand for quality health care services. This draws attention to the concept of patient safety. Providing patient safety also involves various tasks and responsibilities for the patient. However, the patient needs to be strengthened about health to be actively involved in the process and play the expected role. At this point the concept of health literacy is on the agenda. It is important to focus on health literacy so that patients can be strengthened and contribute positively to patient safety by providing active participation in the process. This study was performed in the light of data from total 380 patients (232 female, 148 male) of whom applied to Düzce University Research and Practice Hospital internal science outpatient clinics between June 15 and July 15, 2015. In this study, quota sampling was used from non-random sample methods and sex-based quotation was used in the scope of the study. Surveys were conducted to collect data and the obtained data were analyzed with the SPSS 20.0 packet program. The purpose of this study is to determine the factors that affect health literacy and to examine the differences between the levels of participation of patients with different levels of health literacy in their own health care processes.

Key Words: Health Literacy, Patient Safety, Patient Participation

İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY.....	i
BİLDİRİM.....	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	iii
ETİK BEYAN	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
TABLolar DİZİNİ.....	xiv
ŞEKİLLER VE GRAFİKLER DİZİNİ	xix
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM	
HASTA GÜVENLİĞİ, TIBBİ HATA VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMLARI.....	4
1.1. HASTA GÜVENLİĞİ.....	4
1.1.1. Hasta Güvenliği Kavramının Tanımı	5
1.1.2. Hata Güvenliğinin Tarihi Gelişimi	7
1.1.2.1. Eski Uygarlıklarda Hasta Güvenliği.....	7
1.1.2.2. Hasta Güvenliği Konusunda Son Dönemde Yaşanan Gelişmeler.....	9
1.1.3. Hasta Güvenliğinin Önemi	11
1.2. TIBBİ HATA.....	15
1.2.1. Hata Kavramı.....	15
1.2.2. Tıbbi Hata Kavramının Tanımı	17

1.2.2.1. Hata Oluşum Modelleri	18
1.2.2.2. Hata Türleri	21
1.2.3. İsviçre Peyniri Hata Önleme Modeli	25
1.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	30
1.3.1. Okuryazarlık Kavramı	30
1.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Tanımı	31
1.3.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	34
1.3.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	37
1.3.5. Sağlık Okuryazarlığına Farklı Yaklaşımlar	41
1.3.5.1. Bir Risk Faktörü Olarak Sağlık Okuryazarlığı	42
1.3.5.2. Bir Değer Olarak Sağlık Okuryazarlığı	43
1.3.6. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Ölçülmesi	46
1.3.6.1. Okuma Testleri	47
1.3.6.1.1. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine -REALM)	47
1.3.6.1.2. Tıbbi Başarımla Okuma Testi (Medical Achievement Reading Test-MART)	48
1.3.6.1.3. Diyabet Hastaları İçin Okuryazarlık Değerlendirmesi (Literacy Assessment for Diabetes -LAD)	48
1.3.6.2. Kavrama Testleri	49
1.3.6.2.1. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults – TOFHLA)	49
1.3.6.2.2. En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (The Newest Vital Sign -NVS)	50
1.3.6.2.3. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32 (TSOY-32)	51
İKİNCİ BÖLÜM	
GEREÇ VE YÖNTEM	52

2.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....	52
2.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	52
2.3. PROBLEM CÜMLESİ.....	53
2.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	53
2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	55
2.6. ETİK DURUM.....	56
2.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	56
2.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	57
2.8.1. Sağlık Okuryazarlığı Anketi – Avrupa Birliği.....	57
2.8.2. Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerini Ölçmeyi Hedefleyen Anket Formu.....	58
2.8.2.1. Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerini Ölçmeyi Hedefleyen Ölçeğin Geçerlilik Çalışmaları.....	59
2.8.2.2. Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerini Ölçmeyi Hedefleyen Anket Formunun Güvenirlik Çalışması.....	72
2.9. VERİLERİN TOPLANMASI.....	75
2.10. VERİLERİN ANALİZİ.....	76
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	
BULGULAR.....	78
3.1. TANIMLAYICI BULGULAR.....	78
3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER.....	82
3.2.1. Hastaların Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Değişkenlere Göre İncelenmesi.....	82
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMININ FARKLI BOYUTLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ.....	92

3.3. HASTALARIN GENEL SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ İLE KENDİ SAĞLIK BAKIM SÜREÇLERİNE KATILIM DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İSTATİSTİKSEL AÇIDAN İNCELENMESİ.....	105
---	-----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	114
4.1. TARTIŞMA.....	114
4.2. SONUÇ ve ÖNERİLER	120
KAYNAKÇA	125
EKLER	141
Ek 1: Sağlık Okuryazarlığı Anketi Kullanım İzni	141
Ek 2: Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyon Kararı.....	142
Ek 3: Düzce Üniversitesi Etik Kurul Kararı.....	143
Ek 4: Anket Formu	144
Ek 5: Orjinallik Formu	144

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri.

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality.

Akt.: Aktaran.

AMA: American Medical Association.

Bkz.: Bakınız.

CDC: Centers for Disease Control and Prevention.

ICN: International Council of Nurses.

IOM: Institute of Medicine.

JCI: Joint Comission International.

LAD: Literarcy Assessment for Diabetes.

MART: Medical Achievement Reading Test.

MÖ: Milattan Önce.

NCCMERP: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.

NPSA: National Patient Safety Agency.

NVS: The Newest Vital Sing.

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development.

p: Anlamlılık Düzeyi

REALM: Rapid Estimate of Adult Literarcy in Medicine.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

SS: Standart Sapma

TOFHLA: Test of Functional Health Literarcy in Adults.

TTB: Türk Tabipler Birliği.

U.S. : United States.

WHO: World Health Organization.

WRAT: Wide Range Achievement Test.

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Eylem Düzeyleri ve Hata Tipleri	18
Tablo 2. Uygulamada Görülen Hatalar	21
Tablo 3. Sağlık Hizmetleri Sunumu Sırasında Görülen Hata Tipleri.....	22
Tablo 4. Tıbbi Hata Türleri ve Görülme Sıklıkları.....	23
Tablo 5. Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketinin Boyutları.....	58
Tablo 6. Uzman Sayısı ve KGO Değerleri.....	60
Tablo 7. Muayene Öncesi Yapılması Gerekenler ve Kapsam Geçerlilik Ortalamaları..	61
Tablo 8. Muayene Sırasında Yapılması Gerekenler ve Kapsam Geçerlilik Ortalamaları	62
Tablo 9. İlaç Kullanımı Sürecinde Yapılması Gerekenler ve Kapsam Geçerlilik Ortalamaları.....	64
Tablo 10. Hastane Enfeksiyonlarından Korunmak İçin Yapılması Gerekenler ve Kapsam Geçerlilik Ortalamaları.....	66
Tablo 11. Muayene Sonrası Yapılması Gerekenler ve Kapsam Geçerlilik Ortalamaları	67
Tablo 12. Cerrahi Operasyon Süreci ve Kapsam Geçerliliği Ortalamaları	68
Tablo 13. Faktör Analizi İçin Gözlem Sayısı	69
Tablo 14. KMO Değerinin Nitelendirilmesi	70
Tablo 15. Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılımlarını Ölçmeye Yönelik Hazırlanan Ölçeğin Faktör Analizi.....	71
Tablo 16. Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerini Ölçmek İçin Geliştirilen Anket Formunun Test-Tekrar Test Çalışması	73
Tablo 17. Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerini Ölçmeyi Amaçlayan Anket Formunun Güvenirlik Analizi Sonuçları	74
Tablo 18. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	78

Tablo 19. Hastaların Cinsiyete Göre Mesleki Durumlarının İncelenmesi	79
Tablo 20. Kişi Başına Düşen Hane Halkı Geliri	80
Tablo 21. Hastaların En Sık Tercih Ettikleri Sağlık Kurumu	80
Tablo 22. Hastaların Kronik Hastalık Durumlarının ve Hanehalkı İçerisinde Sağlık Mesleğine Mensup Kişilerin Olma Durumlarının İncelenmesi.....	81
Tablo 23. Hastaların Sahip Oldukları Sağlık Sigortası Türü.....	81
Tablo 24. Hastaların Sağlık Eğitimi Durumları	82
Tablo 25. Hastaların Genel Sağlık Okuryazarlık Skorları.....	83
Tablo 26. Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve Alt Okuryazarlık İndeksleri Ortalama Puanları.....	83
Tablo 27. Cinsiyete Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi.....	84
Tablo 28. Yaşa Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi	84
Tablo 29. Yaşa Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İncelemesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)	85
Tablo 30. Medeni Duruma Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi.....	85
Tablo 31. Kişi Başı Düşen Gelire Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi	85
Tablo 32. Gelire Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İncelemesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)	86
Tablo 33. Eğitim Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi.....	86
Tablo 34. Eğitim durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İncelemesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p).....	87
Tablo 35. Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi	87

Tablo 36. Tercih Edilen Sağlık Kurumu Türüne Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi.....	88
Tablo 37. Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi.....	88
Tablo 38. Hanehalkı İçerisinde Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bulunup Bulunmamamsı Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi.....	89
Tablo 39. Hanehalkı İçerisinde Sağlık Mesleğine Mensup Kimselerin Olması Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi.....	89
Tablo 40. Hastaların Sağlık Eğitimi Durumlarına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi.....	90
Tablo 41. Hastaların Sağlık Eğitimi Durumlarına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İncelemesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)	90
Tablo 42. Hastaların Sağlık Sigortası Türüne Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi	91
Tablo 43. Doktora Başvuru Sayısı ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	91
Tablo 44. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre İncelenmesi.....	92
Tablo 45. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Yaşa Göre İncelenmesi.....	93
Tablo 46. Bilgiyi İşleme Alt Boyutlarının Yaşa Göre İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)	94
Tablo 47. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre İncelenmesi ..	95
Tablo 48. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Gelire Göre İncelenmesi.....	95
Tablo 49. Bilgiyi İşleme Boyutlarının Gelire Göre İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)	96
Tablo 50. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi	97
Tablo 51. Bilgiyi İşleme Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p).....	97

Tablo 52. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre İncelenmesi.....	98
Tablo 53. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının En Sık Tercih Edilen Sağlık Kurumlarına Göre İncelenmesi	99
Tablo 54. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Değerlendirilmesi	99
Tablo 55. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Hanehalkı İçerisinde Kronik Hastalığa Sahip Kimselerin Olması Durumuna Göre İncelenmesi	100
Tablo 56. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Hanehalkı İçerisinde Herhangi Bir Sağlık Mesleğine Mensup Kimselerin Olması Durumuna Göre İncelenmesi.....	101
Tablo 57. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Hastaların Sağlık Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi.....	102
Tablo 58. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Hastaların Sağlık Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)	103
Tablo 59. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Hastaların Sigorta Türlerine Göre İncelenmesi.....	104
Tablo 60. Genel ve Alt Boyutlarda Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeyleri	105
Tablo 61. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyesine Göre Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerinin İncelenmesi.....	106
Tablo 62. Sağlık Okuryazarlık Seviyesine Göre, Sağlık Bakım Sürecine Katılım Düzeylerinin İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)	106
Tablo 63. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, Muayene Öncesi Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi	107
Tablo 64. Sağlık Okuryazarlık Seviyesine Göre, Muayene Öncesi Yapılması Gerekenler Boyutunun İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p).....	107
Tablo 65. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, Muayene Sırasında Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi	108

Tablo 66. Sağlık Okuryazarlık Seviyesine Göre, Muayene Sırasında Yapılması Gerekenler Boyutunun İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p).....	108
Tablo 67. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, İlaç Kullanımı Konusunda Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi	109
Tablo 68. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, Hastane Enfeksiyonlarından Korunmak İçin Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi.....	110
Tablo 69. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, Muayene Sonrasında Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi	110
Tablo 70. Sağlık Okuryazarlık Seviyesine Göre, Muayene Sonrasında Yapılması Gerekenler Boyutunun İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p).....	111
Tablo 71. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, Cerrahi Operasyon Sürecinde Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi	111
Tablo 72. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, Cerrahi Operasyon Sürecinde Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi	112
Tablo 73. Sağlık Okuryazarlığı ve Hastaların Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerine İlişkin Korelasyon Değerleri.....	113

ŞEKİLLER VE GRAFİKLER DİZİNİ

Şekil 1. Hastanelerde Hata Gelişim Modeli	20
Şekil 2. Hırsızlık Riski (James Reason'un, 'Human Error: Modelsand Management' adlı makalesinden uyarlanmıştır.)	26
Şekil 3. Sağlık Hizmetlerinde Hata Oluşumu.....	27
Şekil 4. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları ve Kişinin Rolü	35
Şekil 5. Bir Risk Faktörü Olarak Sağlık Okuryazarlığı.....	43
Şekil 6. Bir Değer Olarak Sağlık Okuryazarlığı.....	45
Grafik 1. Ülkelere Göre Yatan Hastaların Tıbbi Hataya Maruz Kalma Oranları (%)....	13

GİRİŞ

İnsanoğlu varolduğu sürece hastalık ve sağlık kavramlarının da var olacağından yola çıkarak, sağlık konusunun insanlık tarihi kadar eski bir konu olduğunu söyleyebiliriz. Pek çoğumuzun doğumunun bir sağlık kurumunda gerçekleştiğini veya pek çoğumuzun dünyaya gözlerimizi bir sağlık çalışanı yardımıyla atığımızı dikkate alacak olursak, insanların sağlık hizmetleriyle ilişkisinin doğumla birlikte ve hatta doğumdan önce başladığını ve bu ilişkinin ömür boyu devam ettiğini görürüz. Sağlık hizmetleri kullanımının, başka bir deyişle sağlık hizmetlerine olan bağımlılığın artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin önemi de giderek artmıştır. Sağlık bakım süreçlerinin temel konusunun insan olması, bu süreçte yaşanabilecek bir takım aksaklıkların veya hataların hizmeti kullanan insanların sağlığını olumsuz yönde etkileyecek olması, hatta bazı durumlarda ölümle sonuçlanması gibi faktörler de sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayırmakta ve önemini arttırmaktadır.

Bununla birlikte hastaların sağlık hizmetlerinden güvenli bir şekilde yararlanamamaları, şikayetlerinden kurtulmak ve sağlığına kavuşmak için başvurdukları hastanelerin pek çok açıdan hasta güvenliğini tehdit ediyor olması ve meydana gelen istenmeyen olayların hastanın hayatını tehdit edecek şekilde büyük riskleri beraberinde getirmesi, hasta güvenliği kavramını sağlık alanında üzerinde konuşulan ve tartışılan en önemli konulardan birisi haline getirmiştir. Hasta güvenliği, istenmeyen olayları ve bunların önlenmesi ile ilgili konuları, sağlık bakım sürecinde hastanın zarar görmesini engellemek için yapılabilecek her türlü klinik, politik ve organizasyonel faaliyetleri de kapsayan komplike bir kavramdır (Baker ve Norton, 2004; Kurutkan, 2009).

Hasta güvenliği ile ilgili pek çok çalışma yapılmış, bu çalışmalarda hasta güvenliği kavramı doktor, hemşire veya yönetici perspektifinden ele alınmıştır. Kurum kültürü ve çalışma ortamının hasta güvenliğine etkisi de sıkça araştırılan konular arasındadır. Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalarda genellikle hastalar ihmal edilmiş, hastaya edilgen bir rol biçilmiştir. Oysaki hasta, sağlık bakım sürecinin taraflarından birisidir ve olası bir aksaklıkta en çok etkilenecek olan da yine hastadır. Öte yandan hastaların giderek bilinçlenmesi, daha kaliteli sağlık hizmeti taleplerinin artması ve kullanılan

kaynakların etkililiğinin artırılması ihtiyacı gibi faktörler, sağlık hizmetleri sunumunda bir paradigma değişimine zemin hazırlamış, “hasta merkezli” hizmet sunma bakış açısı daha çok kabul görür hale gelmiştir. Bu paradigma değişimi, “hasta için” bakış açısının yerini “hasta ile birlikte” bakış açısına bırakması şeklinde özetlenebilir. Bu durum sağlık hizmetleri sunumunda hastaların pasif rolden daha aktif bir role kaymalarını sağlamıştır (Rowe ve Shepherd, 2002; Chambers, 2003; Say ve Thomson, 2003; Florin ve Dixon, 2004).

Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif bir şekilde katılımları; uygun tedavi yönteminin seçimi, tedaviye uyumun sağlanması, yan etkilerin belirlenmesi, sağlık hizmetleri kalitesinin yükseltilmesi, daha etkin kaynak tahsisi yapılması gibi konuların yanı sıra hasta güvenliğinin geliştirilmesinde de pozitif bir etkiye sahiptir (Catalan ve diğ., 1994; Arora, 2000; Coulter ve Ellins, 2006; Davis ve diğ., 2007; Carmen ve diğ., 2013; Fraenkel, 2013). Tüm bu pozitif katkıların yanı sıra, hastaların sağlık hizmetlerinde daha aktif rol alabilmeleri için güçlendirilmeleri gerekmektedir.

Reason’un (2000) hataların önlenmesi için geliştirdiği “İsviçre Peyniri Hata Önleme Modeli”ni sağlık hizmetlerine uyarlayan Lee (2006) “ Hastanelerde Hata Gelişim Modeli”ni ortaya koymuştur. Lee bu modelde hastaları, hataların önlenmesi için yararlanılacak bir bariyer olarak ele almıştır. Lee’ye göre bir hasta kendi sağlık bakım sürecine ne kadar aktif katılırsa, hataların önünde o kadar güçlü bir bariyer görevi görecektir. Bununla birlikte hastaların temel sağlık bilgisi konusundaki eksiklikleri de sürece aktif katılımlarını engelleyecek, başka bir deyişle bariyer zayıflayacak, hata riski artacaktır.

Hastaların güçlendirilmesi konusunda sağlık okuryazarlığı önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kişinin temel sağlık bilgisi düzeyiyle sınırlı kalmayıp, kişinin sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve söz konusu bilgiyi kullanma becerilerini de kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığı bireylerin doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini, bu hizmeti kullanabilme yeteneğini, sağlık hizmetleri talimatlarını doğru okuma ve anlamayı geliştirir ve destekler. Kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin kendi sağlığının ve toplum sağlığının üzerinde yetkin olmasını güçlendirir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler ise; yetersiz sağlık bilgisine

sahip, hastalanma riski yüksek, tedavi yöntemlerini anlama düzeyi düşük, hastaneye yatma sıklığı yüksek bireylerdir. Bütün sağlık hizmetleri maliyetini arttırırken, hasta güvenliğini de olumsuz etkiler (Nutbeam, 2000; Nielsen ve diğ., 2004; WHO, 2009; Baur, 2010).

Literatüre bakıldığında gerek sağlık okuryazarlığı ile gerekse hasta merkezli hasta güvenliği anlayışı ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Literatürdeki bu eksikliğin giderilmesine katkı sağlayacağı düşünülen tez çalışması, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri ve sağlık okuryazarlığının hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım eğilimleri üzerine etkisini ortaya koymayı hedeflemektedir. Bu kapsamda gerçekleştirilen tez çalışmasının birinci bölümünde Hasta Güvenliği ve Sağlık Okuryazarlığı ile ilgili genel bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümde araştırmanın gereç ve yöntemleri anlatılmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümünde araştırmadan elde edilen bulgular ve bu bulgulara ilişkin tartışmalara yer verilmiştir. Ayrıca sonuç ve öneriler kısmı da üçüncü bölümde yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTA GÜVENLİĞİ, TIBBİ HATA VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMLARI

Çalışmanın bu bölümünde hasta güvenliği, tıbbi hata ve sağlık okuryazarlığı kavramlarıyla ilgili genel bilgiler yer almaktadır.

1.1. HASTA GÜVENLİĞİ

Sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve daha ileriye götürülmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalara hızlı ve doğru tanı konarak tedavi edilmesiyle kişilerin sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmelerini sağlamaya çalışan, oldukça karmaşık, farklı alanlarda hizmet veren ve farklı meslek gruplarınca yerine getirilen hizmetlerdir (Büyükbingöl, 1994). Sağlık bakım hizmetleri bazı önemli yönlerden diğer endüstri ve hizmet işletmelerinden belirgin bir şekilde farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların en önemlisi sağlık bakım hizmetlerinin temel konusunun insan olmasıdır. Sağlık bakım sürecinde bir takım aksaklıklar çıkabilmekte, bazı istenmeyen olaylar görülebilmektedir. Bu tip durumlar hastanın sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmekte, bazı olaylar hastanın ölümüyle sonuçlanabilmektedir.

Toplumlarda giderek daha yaygın hale gelen müşteri merkezli hizmet anlayışı, sağlık hizmetlerinde de önem kazanmış, sağlık bakım hizmetlerinde hastanın/bireyin pasif rolden aktif role geçişi hızlanmıştır (Yılmaz, 2001). Bu durum tüm dünyada hasta güvenliği kavramının önemini arttırmış, hasta merkezli sağlık hizmeti anlayışının gelişmesine paralel olarak hasta güvenliği çalışmaları da hız kazanmıştır.

Aşağıdaki bölümlerde hasta güvenliği kavramının tanımı, tarihi gelişimi, hasta güvenliği ile ilgili temel kavramlar, hasta güvenliğinin önemi gibi konularla ilgili bilgiler yer almaktadır.

1.1.1. Hasta Güvenliği Kavramının Tanımı

Sağlık sektöründe hastaların sağlık hizmetlerinden güvenli bir şekilde yararlanamamaları, Őikayetlerinden kurtulmak ve sağlığına kavuŐmak için başvurdukları hastanelerin pek çok açıdan hasta güvenliğini tehdit ediyor olması ve meydana gelen istenmeyen olayların hastanın hayatını tehdit edecek şekilde büyük riskleri beraberinde getirmesi, hasta güvenliği kavramını sağlık alanında üzerinde konuşulan ve tartıŐılan en önemli konulardan birisi haline getirmiştir. Bu derece önemli bir kavramın her Őeyden önce iyi tanımlanması, neleri kapsadığının açıkça ortaya konulması gerekmektedir.

Gelişmiş ülkelerde her 10 hastadan birinin tanı, tedavi ve bakım hizmeti aldığı sırada, yani sağlık kurumlarında geçirdiği zaman zarfında istenmeyen etkilere ve hatalara maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Bu oranın az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çok daha yüksek olması beklenmektedir. Buradan yola çıkarak hasta güvenliğinin küresel bir sorun olduğunu söyleyebiliriz (Demir, 2007).

Baker ve Norton'a (2004) göre hasta güvenliği başlığı altında toplayabileceğimiz standart konular veya herhangi bir alan listesi bulunmamaktadır. Hasta güvenliği kavramını tanımlarken dar bir biçimde yalnızca istenmeyen olaylar ve bunların önlenmesiyle ilgili konular ele alınabilir. Ya da daha geniş bir biçimde hastanın zarar görmesine yol açabilen her türlü sağlık bakım ve sağlık hizmetlerini ve klinik, organizasyonel ve politika deđiŐimleri gibi zararını azaltmayı amaçlayan her türlü müdahaleyi kapsayacak şekilde tanımlanabilir. Sağlık hizmeti sunumu bir biriyle etkileşim halinde olan pek çok faaliyetten oluşan bir süreçtir. Bu bütüncül bakış açısıyla sağlık hizmetinin sunumunda hasta ve sağlık çalışanlarının zarar görmelerine yol açabilecek tüm işlem ve süreçler, hasta güvenliği kapsamında değerlendirilebilir (Kurutkan, 2009).

Güvenli sağlık hizmeti aynı zamanda kaliteli sağlık hizmetinin de olmazsa olmazıdır. Konuyu kaliteli hizmet bağlamında ele alan Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses, ICN) hasta güvenliği kavramını, hemşirelik uygulamaları ve verilen diğer sağlık hizmetlerinin kalitesi olarak tanımlamıştır. Sağlık bakım sürecinde hasta güvenliğinin sağlanması hemşirelerin kilit rol oynamaktadırlar.

Uluslararası Hemşirelik Konseyinin 2006 yılında yayımladığı bilgi ve eylem kılavuzunda doktor ve eczacılardan kaynaklanan hataların %86'sının hastaya zarar vermeden önce hemşireler tarafından engellenebileceği bilgisine yer verilmiştir (ICN, 2006). Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine, IOM) 2003 yılında bir rapor yayınlamıştır. Yayınlanan bu raporda sağlıkta kalitenin iyileştirilebilmesi için düzeltmeler yapılacak 20 temel alan belirlenmiştir. Bu alanlardan 3'ü de (medikasyon yönetimi, yaşlı sağlığı ve hastane enfeksiyonlarıyla başa çıkma) hasta güvenliğiyle ilgilidir (IMO, 2003). Bu ve benzeri çalışmalar dünyada hasta güvenliğine verilen önemin giderek artmasına yardımcı olmuştur.

Sağlık bakım süreci, hastanın sağlığını olumsuz etkileyebilecek pek çok hata ihtimalini içinde barındıran riskli bir süreçtir. Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency, NPSA) risk faktörüne vurgu yaparak hasta güvenliği kavramını; hastanede risk değerlendirme, hasta ile ilişkili risklerin yönetimi ve tanımlanması, risklerin azaltılması için kazaların raporlanması ve analizi ve gerekli çözümlerin uygulanması gibi hastaya daha güvenli bakım verme süreci olarak tanımlamıştır (NPSA, 2004).

Hasta güvenliğinde asıl olan hatalar ortaya çıkmadan gerekli önlemleri almaktır, hataları oluşmadan engelleyecek sistemler tasarlamaktır. Hataların sağlık çalışanlarına ve hastalara ulaşmadan belirlenmesi, raporlanması ve düzeltilmesini sağlayacak bütün önlemler hasta güvenliği çalışmalarını oluşturur (Aydın, 2010).

Sonuç olarak hasta güvenliğinde temel amaç sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesidir. Böylece bu hatalardan kaynaklanan hasta hasarları da engellenmiş olacaktır. Bununla birlikte tıbbi hatalar o kadar sık görülmektedir ki neredeyse modern tıbbın doğal bir parçası şeklinde algılanmaya başlanmıştır. Bu durumda tıbbi hataların ve bu hatalardan kaynaklanan hasta hasarlarının tamamen engellenemese de maksimum düzeyde azaltılması da hasta güvenliğinin amaçları arasında yer alır (Fusun Sayek TTB Raporları, 2010).

Pek çok uluslararası kurum ve pek çok araştırmacı hasta güvenliği kavramını farklı boyutlarıyla ele alarak tanımlamışlardır. Ancak hasta güvenliği çeşitli unsurları barındıran ve kendine özgü kavramları bulunan komplike bir süreçtir. Hasta güvenliğinin ne olduğunu ve neleri kapsadığını tam anlamıyla anlayabilmek için,

öncelikle hasta güvenliği kavramının tarihi gelişimini incelemek ve konuya bütüncül bir bakış açısıyla bakabilmek gerekir.

1.1.2.Hata Güvenliğinin Tarihi Gelişimi

Hasta güvenliği anlayışı giderek önemi artan bir konu olsa da, bu son dönemlerde ortaya çıkmış bir konu değildir. İnsanlık tarihi kadar eski bir mesele olan hasta güvenliği konusu tarihin farklı dönemlerinde ve farklı uygarlıklarda değişik açılardan ele alınmıştır. Bununla birlikte hasta güvenliği konusunda zaman içerisinde farklı anlayışlar benimsenmiştir.

1.1.2.1.Eski Uygarlıklarda Hasta Güvenliği

İnsanoğlu var olduğu sürece sağlık kavramı ve sağlık sorunları da var olacağından hasta güvenliğinin tarihi insanlık tarihi kadar eskidir diyebiliriz. Bugün anladığımız şekilde olmasa da her dönemde insanlar sağlık hizmetinin güvenli olmasına dikkat edegelmişlerdir. Tarihin her döneminde sağlık hizmeti alanlar, insan doğasına uygun olarak, hizmet talep ettikleri kişi veya mercilerin dertlerine ne ölçüde derman olabileceklerini hesap etmişler, bu hesabı yaparken de muhtemelen hizmet sunanın geçmişine bakmışlardır. Bir manada alacakları sağlık hizmeti ve sağlık hizmeti sunucusu hakkında risk tahmininde bulunmuşlar ve ona göre karar vermişlerdir. Aynı şekilde sağlık hizmeti sunanlar da (kasten adam öldürmek veya kurban adamak gibi özel amaçlı uygulamalar dışında) hastalarına ellerinden gelenin en iyisini vermeye çalışmışlardır (Eren, 1996).

Tarihin çok eski zamanlarından başlayarak, sağlık hizmeti sunucularının ellerinden gelenin en iyisini yapmaları kanunlarla da desteklenmiştir. Babil kralı Hammurabi (MÖ. 1728-1686) tarafından hazırlanan ve sosyal, siyasi ve dinsel hayatı düzenleyen, ‘Hammurabi Kanunları’ olarak bilinen yazmalarda hasta güvenliği ile ilgili de maddelere rastlanmaktadır. Bu dönemde sağlık sunucularının ellerinden gelenin en iyisini yapmalarını sağlamak ve hastaları korumak için ödül-ceza yöntemi belirlenmiştir. O dönem toplumlarında hekimlere kutsallık atfedildiğinden ve toplum içinde din adamlığı rolünü de üstlendiklerinden ve hekim ile cerrah ayrımı olduğundan

kanunlarda yalnızca cerrahlarla ilgili hükümler yer almaktadır. Cerrahların ödüllendirilmesinde ve cezalandırılmalarında, hastalarının dahil olduğu sosyal tabaka esas alınmıştır. Aydın'ın (2006) derlemesinden alınan aşağıdaki kurallar, o dönem hasta güvenliği uygulamalarına birer örnektir.

Madde 215- 217: Bir cerrah asil sınıftan ağır bir yaralı kimseyi bronz neşteri ile ameliyat edip hayatını kurtarırsa veya hastanın alnını ya da şakağını bronz neşteriyle açıp iyileştirirse on şekel (dönemin para birimi) gümüş alacaktır. Bu işlem orta sınıftan bir hastaya yapılmışsa beş şekel, köleye yapılmışsa iki şekel gümüş alacaktır.

Madde 218- 220: Bir cerrah asil sınıftan birini tedavi ederken ölümüne sebep olursa veya göz bölgesini neşteriyle açıp tedavi ederken gözünü kör ederse, cerrahın elleri bileklerinden kesilecektir. Aynı ameliyat bir köleye yapılırken köle ölürse, cerrah köle sahibine yeni bir köle verecek, kölenin gözü kör olmuşsa kölenin yarı değeri kadar gümüşü sahibine ödeyecektir.

Eski Mısırda da hekimlerin halk arasında iyi bir ünü vardı. Eski Mısırın en ayırt edici özelliği hekimlerin belli hastalıklarda uzmanlaşmış olmalarıydı. Hekimler bugünkü anlamıyla tam bir ihtisaslaşmaya gitmişlerdir. Mısır toplumunda hijyen konusu çok önemliydi. Ölülerin gömülmesi, kişisel temizliğe ve çevre temizliğine özen gösterilmesi, gıda maddelerinin temizliği gibi konular hem genel sağlık düzeyini hem de hasta güvenliğini olumlu yönde etkilemiştir (Aydın, 2006)

Eski Mısırdan farklı olarak Eski Yunan medeniyetinde hekimlerin hastayı bir bütün olarak görmeleri ve hastalıklarla ilgili mümkün olduğunca çok bilgi sahibi olmaları istenirdi. Tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat'ın 'Hastalık yok, hasta var.' demesi de bunun bir göstergesidir. Hipokrat'ın bu anlayışı aynı zamanda hastaya bir meta gözüyle bakılmaması, onun bir insan olduğunun unutulmaması gerektiğini de gösterir. Yüzyıllardır hekimlik mesleğinin temel etik ilkesini oluşturan Galenos'un 'Primumnonnocere' yani 'Öncelikle zarar verme' sözü de dönemin hasta güvenliği anlayışını yansıtmaktadır (İlan ve Fowler, 2005).

Osmanlı Devletinden günümüze kadar gelen arşiv belgeleri de Türk tıp tarihinde hasta güvenliği anlayışıyla ilgili bilgiler vermektedir. Anadolu Selçuklu Devleti ve sonrasında Beylikler Döneminden başlamak üzere arşiv belgelerinde, hasta güvenliğinin temeli olan iyi hekimlik tanımı yapılmıştır. Hekimlerin mesleki

uygulamalarının sonuçları hayati önem taşıdığından bir hekimden, doğru ve yeterli meslek bilgisi, tecrübe, beceri ve ustalık gibi niteliklere sahip olması beklenmektedir. Arşiv belgeleri arasında hasta güvenliği ile ilgili olarak en çok karşılaşılan belge rıza (onam) belgesidir. Osmanlı Devletinde tabipler, cerrahlar, kehlaller (göz hekimleri) ve eczacılar olmak üzere dört farklı sağlık meslek grubu vardı. Özellikle cerrahlar yapacakları ameliyatlara için rıza beyanı isterler, bu sayede herhangi bir olumsuz sonuçta hasta veya hasta yakınının kan davası gütmesi veya diyet (tazminat) talep etmesinin önüne geçilirdi. Rıza beyanı alınabilmesi için hastaya hastalığı tarif edilir, yapılacak ameliyat anlatılır, ödenecek ücret söylenir ve hastanın aklındaki sorulara cevap verilirdi (Tokaç, 2009).

1.1.2.2.Hasta Güvenliği Konusunda Son Dönemde Yaşanan Gelişmeler

1572-1631 yıllarında yaşamış olan ünlü İngiliz şair John Donne'nin 'Ben sanki hekimin kendisini hastalık gibi görüyorum.' demesi aslında her dönemde var olan bir düşünce yapısının özetidir. Toplumun bir bölümü her zaman tıp bilimine temkinli yaklaşmışlar ve tıbbi hatalar nedeniyle sağlık hizmetlerini faydadan çok zarar sağladığı nedeniyle eleştirmişlerdir. 1820-1910 yılları arasında yaşamış olan ve sağlıkta hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artırılması için çalışmalar yapan İngiliz hemşire Florence Nightingale 'Garip gelebilir ama bir hastanenin hastaya ilk önce zarar vermemeye çalışması gerekiyor. Bir hastanenin yapmaması gereken ilk şey mikrop saçmaktır.' diye yazmıştır (Sur ve Palteki, 2013).

20. yüzyılın özellikle ikinci yarısında hasta güvenliği çalışmaları hız kazanmıştır. Bu alanda yapılan ilk kapsamlı çalışma 1974 yılında California'da yaklaşık 20.000 yatan hastanın dosyalarının incelenmesiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda hastaların %4,5'inin başına istenmeyen bir olay geldiği, bu istenmeyen olaylardan %1'inin ihmal sonucunda meydana geldiği ortaya çıkmıştır (Mills, 1978, Akt.Sur ve Palteki, 2013).

1991 yılında New York eyaletinde hastaneye başvuranların %4'ünün hastanede yaralandıkları, bu yaralanmaların %69'unun önlenemez olduğu ve %0,5'inin ölümle sonuçlandığı ortaya konmuştur. Bu oranlar ABD'nin tamamına genellendiğinde ise yılda yaklaşık 180.000 ölüm etmektedir (Harvard Medical Practice Study Group, 1990).

ABD’de sağlık sektöründeki en muteber kuruluşlardan birisi olan Tıp Enstitüsü 1995 yılında kalite çalışmaları serisine başlamış ve temel olarak ‘kalite kesintisiz ölçülmeli ve geliştirilmelidir’ ilkesini benimsemiştir. Tıp Enstitüsü, bir dizi çalışmadan sonra ‘Hata İnsana Özgüdür veya Beşer şaşar’ olarak Türkçeye çevrilebilecek olan ‘ToErr is Human’ raporunu yayınlamıştır. Bu rapora göre ABD’de yılda yaklaşık 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar sonucu hayatını kaybetmektedir. Ekonomik olarak da tıbbi hatalar ABD’ye yıllık 17 milyar dolar ile 29 milyar dolar arasında bir maliyet yüklemektedir. (IOM, 2000).

Ulusal ve uluslararası pek çok kurumun hasta güvenliği konusunda çalışmalar yapması ve raporlar yayınlamasıyla bu konunun önemi daha iyi anlaşılmış ve alana olan ilgi artmıştır. Sorunun ciddiyeti ortaya konduktan sonra çeşitli çözümler önerileri içeren pek çok rapor da yayınlanmıştır. Örneğin Tıp Enstitüsü, 2001 yılında Crossing the Quality Chasm (Kalite Uçurumundan Geçmek), 2003 yılında Keeping Patient Safety: Transforming Work Environment of Nurses (Hastaları Güvende Tutmak: Hemşirelerin İş Çevrelerinin Dönüştürülmesi) ve yine 2003 yılında Patient Safety: Achieving a New Standard for Care (Hasta Güvenliği: Sağlık Bakımı İçin Yeni Bir Standart) adlı raporları yayınlamıştır. Bunun yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO), Birleşik Uluslararası Komisyon (Joint Commission International, JCI), Kalite ve Sağlık Araştırmaları Kurumu (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) ve daha pek çok ulusal ve uluslararası kuruluş tıbbi hataların azaltılması için çeşitli standartlar geliştirmişler ve izlenecek adımların yer aldığı programlar hazırlamışlardır. Dünya Sağlık Örgütü, tüm üye ülkelerde hasta güvenliği konusuna daha çok dikkat çekebilmek ve hasta güvenliğinin sağlanması önündeki engelleri ortaya koyarak makro düzeyde çözümler üretebilmek amacıyla, “World Alliance for Patient Safety” (Hasta Güvenliği İçin Dünya İttifakı) raporunu yayınlamıştır. Bu raporun en önemli çıktılarından birisi de “Speak Up” programının tanımlanmış olmasıdır. Bu program; hasta ve yakınlarının tedavi süreçlerinde daha çok soru sormalarını, daha dikkatli olmalarını hedeflemektedir. “Speak up” programıyla, bilinçli hastaların kendi tedavi ve bakım süreçlerine katılımları yardımcı olmaları öngörülmüştür. “World Alliance for Patient Safety” raporu, hasta odaklı sağlık hizmeti sunumu anlayışıyla, hasta güvenliğinin sağlanmasında hastaların önemini vurgulaması bakımından da oldukça önemlidir (WHO,2004). Joint Commission sağlık kurumları

akreditasyonuna yardımcı olması amacıyla 2002 yılında “National Patient Safety Goals” başlığıyla Amerika Birleşik Devletleri için Hasta Güvenliği Ulusal Hedeflerini ilan etmiştir. Bu hedefler 2008 yılında uluslararası geçerlilik kazanmış ve yıllık olarak yayınlanmaya başlanmıştır. Son olarak 2016 yılı için yayınlanan hedefler;

- Hastalara Doğru Tanı Konulması
- Kurum İçi İletişimi Geliştirmek
- Güvenli İlaç Kullanımı
- Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu
- Enfeksiyonların Önlenmesi
- Hasta Güvenliği Risklerinin Belirlenmesi
- Cerrahi Hataların Önlenmesi

şeklinde sıralanmıştır (Joint Commission, 2016). Dünya Sağlık Örgütü tıbbi hataların yönetim sürecindeki bilgi boşluğunu gidermek için 2005 yılında “Tıbbi Hataların Öğrenilmesi ve Raporlanması Taslak Kılavuzu” (Draft Guidelines For Adverse Event Reporting And Learning Systems) adıyla bir kitap yayınlamıştır (WHO, 2005). 2007 yılında Joint Commission ve World Health Organization’un birlikte yayınladıkları “Patient Safety Solutions” raporunda, hasta güvenliği ile ilgili çözümler sunmuşlardır (WHO, 2007).

1.1.3. Hasta Güvenliğinin Önemi

Hasta güvenliği kavramının geçmişi M.Ö. 17. yüzyıla dayansa da, günümüzdeki anlamıyla hasta güvenliği anlayışının gelişimi 19. yüzyılın özellikle ikinci yarısından itibaren başlamıştır. Yıllar içerisinde sağlık hizmetleri sunumunda hastalık odaklı sağlık hizmetlerinden, hizmet sunucusu odaklı, daha çok da hekim odaklı sağlık hizmetlerine, oradan da hasta odaklı sağlık hizmetlerine doğru bir evrilme yaşanmıştır. Sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan bu paradigma değişimi, hasta güvenliği kavramının hızla önem kazanmasını sağlamıştır.

Hasta güvenliği anlayışı da kendi içerisinde köklü bir değişim yaşamıştır. Bu alanda uzun yıllar gerçekleşen hatalara ve meydana gelen zararlara odaklanılmıştır. Hasta güvenliği kavramının konuşulması için bir hatanın ortaya çıkması beklenmiştir ve uzun

yıllar reaktif (telafi edici) yaklaşımlar benimsenmiştir. Hasta güvenliği ihlallerinin tek kaynağı sağlık çalışanları, özellikle de hekimlermiş gibi davranılmıştır. Çözüm olarak da genellikle suçlama ve cezalandırma yoluna gidilmekteydi (İnanır ve Serbest,2009).

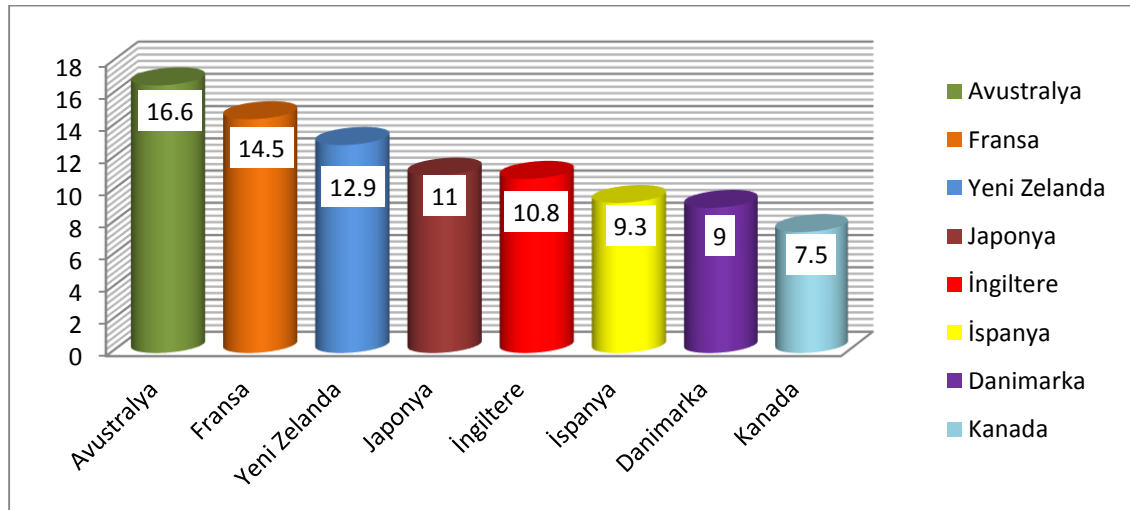
Özellikle 2000’li yılların başından itibaren ise hasta güvenliğinde asıl amacın hata henüz meydana gelmeden önlemek ve herhangi bir zararın ortaya çıkmasına izin vermemek olduğu kabul edilmeye başlandı. Bu anlayışın gelişmesiyle proaktif (önleyici) çalışmalara hız verildi. Proaktif yaklaşımda önlem almak veya bir iyileştirme yapmak için herhangi bir hatanın veya zararın ortaya çıkması beklenmez. Bu yaklaşımın temelinde; hatalar meydana gelmeden gerekli önlemleri alarak, hastaların olası kötü sonuçlardan etkilenmelerini önleme çabası vardır (Mcnutt, 2002). Tıbbi hatalar karşısında suçlama ve hesap sorma şeklindeki klasik anlayış da yavaş yavaş terk edilmektedir. Bu tutumun bir yarar sağlamadığı ve yeni hataların ortaya çıkmasına engel olmadığı görülmüştür. Hataların çoğunlukla çok çalışan ve işini iyi yapmak için uğraşan, eğitilmiş, profesyonel insanlar tarafından yapıldığı göz önünde tutulursa, ne suçlamanın ve ceza vermenin; ne de ‘daha çok’ ya da ‘daha dikkatli’ çalış demenin bir yararı olamayacağı da çok açıktır (Fusun Sayek TTB Raporları, 2010). Günümüz hasta güvenliği anlayışında hataların sadece sağlık çalışanlarından kaynaklanmadığı, kurgulanan sistemin, kullanılan teçhizatın ve hatta hekimleri eksik veya yanlış bilgilendirmek suretiyle hastaların bile hata kaynağı olabileceği anlaşılmıştır. Hataların görünen yüzleriyle ilgilenmek yerine ‘kök-neden’ analizi ile temel sebepler tespit edilip, bu alanlara yoğunlaşmaktadır (İnanır ve Serbest, 2009).

Tıp Enstitüsü’nün 2000 yılında ABD’de yayınladığı ‘ToErr is Human’ adlı rapor hasta güvenliği sorunlarının ne boyutta olduğunu gözler önüne sermiştir. Bu rapor tüm dünyada konunun önemini anlaşılması için adeta bir katalizör görevi görmüştür. Bu çalışmaya göre ABD’de yılda 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar sonucu hayatını kaybetmektedir. Bu sayılar tıbbi hataların ABD’de her yıl meme kanserinden veya trafik kazalarından daha fazla can aldığı göstermektedir. Hiç şüphesiz tek bir insan hayatına bile maddi bir değer biçmek imkansızdır. Fakat günümüz dünyasında her alanın olduğu gibi hasta güvenliği alanının da bir ekonomik boyutu vardır. Tıbbi hataların ABD’ye yıllık 17 milyar dolar ile 29 milyar dolar arasında bir maliyeti olduğu tahmin edilmektedir (IOM, 2000).

İngiltere’de yatan hastalar arasında tıbbi hata görülme oranı %10,8’dir. Bu da yılda yaklaşık 850.000 yatan hastanın tıbbi hataya maruz kaldığını göstermektedir. Yaşanan tıbbi hatalar, bunların yol açtığı zararlar ve bu zararların giderilmesi için yapılan çalışmalar da hesaba katıldığında hasta güvenliği ihlallerinin İngiltere’ye yıllık maliyetinin 423 milyon poundla 2 milyar pound arasında değiştiği tahmin edilmektedir (National Audit Office, 2005).

Avustralya’da ise aynı oran %16,6’dır ve tıbbi hataların %51’i alınacak küçük önlemlerle daha ortaya çıkmadan önlenebilecek niteliktedir. Avustralya’da tıbbi hataların yanı sıra bu hatalardan dolayı ortaya çıkan sağlık sorunları da gözlemlenmiş, bu sorunların %77,1’inin 12 ay içinde çözüldüğü, %18’inin kalıcı sakatlıklara neden olduğu ve %4,9’unu ise ölümlerle sonuçlandığı gözlemlenmiştir (Wilson, 1995).

Yeni Zelanda’da toplam ölümlerin %75’inden sorumlu tutulan ve içerisinde hava kirliliği, trafik kazaları, alkol ve uyuşturucu kullanımı, sigara gibi sebeplerin de yer aldığı ‘Ölümcül 20 Risk’ listesinde tıbbi hatalar 11. sıradadır. Yeni Zelanda’da yatan her 100 hastadan 12.9’u tıbbi bir hataya maruz kalmaktadır ve bu hataların %40’ı önlenebilir hatalardır. Ayrıca bu hatalar hastanede yatış süresini ortalama 6.7 gün uzatmaktadır ki bu da ciddi bir ekonomik maliyetin yanı sıra hastaların hastane enfeksiyonlarından etkilenme riskini arttırmaktadır (Davis ve diğ., 2001).



Grafik 1. Ülkelere Göre Yatan Hastaların Tıbbi Hataya Maruz Kalma Oranları (%)

Kaynak: Conklin, A., Vilamovska, A.M., Vries, H., Hatsiandreu, E. (2008). Technical Report, Improving Patient Safety in the EU, European Commission Publishing, United Kingdom.

Hasta güvenliği kavramı ölçülmesi çok zor bir kavram olmakla birlikte dünyanın pek çok ülkesinde bu konuda sağlıklı veriler toplanamamaktadır. Ancak şekil 1’de yer alan ülkelerin tamamının Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (2014) tarafından yayınlanan 2014 İnsani Gelişmişlik Raporu’nda ilk 30 ülke arasında yer almaları ve ‘çok yüksek insani gelişme’ sınıfında değerlendirmeleri, daha alt düzeyde insani gelişme sınıfında yer alan ülkelerde yaşanan olası tıbbi hatalar hakkında bizlere fikir vermektedir. 2013 yılında kişi başına toplam 8713 Amerikan Doları sağlık harcaması yapan (OECD, 2015) ve dünyanın en yüksek kişi başı sağlık harcamasına sahip ülkesi olan Amerika’da her yıl 44.000 ila 98.000 kişinin tıbbi hatalar yüzünden hayatını kaybediyor olması endişe vericidir.

Çeşitli gelişmiş ülkelerde yatan hastalar arasında tıbbi hatalardan kaynaklı ölüm oranları %0.2 ile %1 arasında değişmektedir. Örneğin Portekiz, Yeni Zelanda ve Japonya’da bu oran yıllık %0.2 iken Fransa, Almanya ve İngiltere’de %0,5, Avustralya ve Amerika’da %0,7, Avusturya’da ise %1’e çıkmaktadır (Conklin ve diğ., 2008).

Türkiye’de 2013 yılında tüm sektörlerde yatan hasta sayısı 12.373.557’dir (Sağlık İstatistik Yıllığı, 2013). Bu sayı, en düşük tıbbi hata kaynaklı ölüm oranı olan 0,002 ile çarpıldığında 24.747, daha yüksek bir oran olan 0,005 ile çarpıldığında 61.867, en kötümser tabloya göre 0,01 ile çarpıldığında ise 123.755 kişinin, Türkiye’de her yıl tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybettiği düşünülebilir. Bu da demek oluyor ki çeşitli gelişmiş ülke istatistiklerini referans aldığımızda Türkiye’de yılda 24.747-123.755 kişi tıbbi hatalar sebebiyle hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Bu sayılar arasında çok büyük bir fark olduğu açıktır. Fakat burada önemli olan her iki durumda da çok fazla insanın ölmüş olmasıdır.

Bütün bu sayılar ve oranlar hasta güvenliği konusunun ne kadar önemli bir mesele olduğunu anlamak açısından önemlidir fakat rakamlara ve maliyetlere çok fazla yoğunlaşmak, hasta güvenliği kavramını yalnızca kâğıt üzerindeki istatistiksel verilerden ibaret bir kavram seviyesine indirecektir. Bu noktada istatistiksel veriler ve ekonomik göstergelerin yanı sıra konunun insani boyutu da asla göz ardı edilmemelidir.

1.2. TIBBİ HATA

Hasta güvenliği sürecini yönetebilmek ve geliştirmek için öncelikle bu kavramın sınırları belirlenmelidir. Bu amaçla, hasta güvenliği ile ilgili kavramların içlerinin doğru ve detaylı bir şekilde doldurulması gerekir.

1.2.1. Hata Kavramı

Hata kavramına değişik pencerelerden bakıldığı zaman, farklı noktaların altının çizildiği görülür. Kavram hukuksal açıdan ele alındığında bir yasanın ihlalinden, bir kuralın çiğnenmesinden söz edebilir. Hata kavramına etik açıdan yaklaşıldığında ise ahlaki bir kusura vurgu yapılır. Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda ise, yapılan herhangi bir tıbbi uygulama sonucunda hastanın zarar görme ihtimalinin ortaya çıkması hata olarak kabul edilir. Hata kavramını hangi açıdan ele alırsak alalım değişmeyecek olan hatanın insana özgü bir kavram olduğudur. Hata yapma, insan doğasının özelliklerinden biridir. İstenmeyen, onaylanmayan hareket ve davranışlar hata olarak adlandırılır. Bilerek kurallara aykırı hareket etmek yani bilinçli ve istekli olarak haksız bir sonucun doğmasına neden olmak kasti hatayı doğurur. Fakat insanlar herhangi bir kasıt olmadan da hata yapabilirler. Kasıtlı olmayan hata ise ihmaldir. Yeterli özeni göstermeme veya gerekli önlemleri almama gibi durumlar ihmali doğurur (Aştı ve Acaroğlu,2000). İnsan hataları üzerine kapsamlı çalışmalar yapmış olan psikoloji profesörü James Reason hata kavramını “istenilen çıktılar elde etmek üzere planlı bir şekilde sıralanmış zihinsel ve fiziksel faaliyetlerdeki başarısızlığın şansa bağlı olmayan kısmıdır” şeklinde tanımlar. Bu tanımda kilit nokta istenilen çıktılardır. Hatalar iki türlü meydana gelebilir. Birincisi yapılan planlı faaliyetler sonucu hiçbir çıktıya ulaşamaması, ikincisi faaliyetler sonucunda ulaşılanın istenilen şey olmamasıdır. Reason (2000) ‘hata’ kavramına çok benzer olan ve sıklıkla bir birleri yerine kullanılabilen ‘yanlış’ ve ‘kusur’ kavramlarını da tanımlamıştır. Buna göre yanlış; istenilen çıktıya ulaşmak üzere planlanan zihinsel ve fiziksel faaliyetler istenilen şekilde yürümediği ya da bir ilke, kural veya gerçeğe uymadığı durum, bir başka deyişle, yapılan faaliyet sonucunda istenilen çıktıya ulaşamaması olarak tanımlanabilir. Kusur; bir eksiklik, yapılması gerekenin bilinçli veya bilinçli olmadan

istenilen şekilde yapılamaması olarak ifade edilebilir. Reason'a (2000) göre insanlar üç şekilde hata yaparlar. İnsanlar;

- Yanlış bir şey yapabilirler
- Doğru şeyi yapmayabilirler
- Doğru şeyi yanlış veya eksik bir şekilde yapabilirler.

Hatalar genellikle anlık olaylar değildir ve ilk seferinde fark edilmeleri güçtür. Araştırmalar, bir hatanın fark edilmeden önce yaklaşık 300 defa meydana geldiğini ortaya koymuştur (Çakmakçı, 2006). Hataları önlemenin birinci kuralı, hataya neden olan sebepleri ortaya çıkarmak ve bu sebepleri bertaraf etmektir. İnsan hatalarının oluşmasında pek çok sebep vardır. Bunlardan bazıları (Dhillon, 2003);

- İletişimsizlik
- Etkin eğitimin olmaması
- Unutkanlık
- Dikkatsizlik
- Yorulma, tükenme, stres
- Kalitesiz ekipman,
- Gürültülü çalışma ortamı,
- Diğer kişisel ve çevresel faktörler olarak sıralanabilir.

İnsan hatalarını oluşum nedenlerine göre incelendiği zaman, hataları 'aktif' ve 'gizli' hatalar olarak ikiye ayırmak mümkündür (Reason, 1990). Aktif hatalar daha çok operasyonel boyutta ortaya çıkan hatalardır. Çoğunlukla ön yüzde çalışanlar tarafından gerçekleştirilirler ve müşteriler tarafından da kolaylıkla algılanabilirler. Gizli hatalar ise fark edilmesi zaman alan, sebeplerinin ortaya konması nispeten daha zor olan, genellikle sistemin dizaynı veya organizasyon bozukluklarından kaynaklanan hatalardır (Reason, 2000). Bir geminin, azami hız sınırının üzerinde bir süratle yol alması, kaptanın önündeki buz dağını fark edememesi ve buz dağına çarparak batması aktif hataya örnektir. Aynı geminin bilgisayar programındaki bir hata nedeniyle kaptanın kontrolünden çıkarak batması ise gizli hatayı ifade eder (Kopec ve diğ., 2003).

Hataların en hayati öneme sahip olduğu alan hiç şüphesiz sağlık alanıdır. Sağlık hizmetleri sunumunda meydana gelebilecek hatalar, ister insan kaynaklı olsun, ister sistem kaynaklı olsun, doğrudan insan sağlığını tehdit eder. Söz konusu insan sağlığı olduğu için tıbbi hataların daha ortaya çıkmadan önlenmesi elzemdir.

1.2.2. Tıbbi Hata Kavramının Tanımı

Tıbbi uygulama hatalarını hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi sonucu hastanın maruz kaldığı zarar olarak tanımlamak mümkündür (IOM, 2000). Ancak böyle bir tanım, tıbbi uygulama hatalarının çerçevesini oldukça daraltacaktır, zira tıbbi hatalar yalnızca hekimlik uygulamalarıyla sınırlı değildir. İlgili yasalara uygun olarak hastaya müdahale yetkisi bulunan hemşire, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen gibi diğer sağlık çalışanları da tıbbi hatalardan sorumlu olabilirler (Hancı, 2002).

Tıbbi hata kavramını tanımlarken ‘iatrojenez’ ve ‘komplikasyon’ ayrımını da yapmak gerekir. Ivan Illich (2000) Sağlıkın Gaspı adlı kitabında, Yunancada hekim anlamına gelen ‘iatros’ kelimesinden türettiği ‘iatrojenez’ kavramını kullanmıştır. Illich (2000) bu kavramı doktorların uygulamalarından, bir başka deyişle tıbbin kendisinden kaynaklanan hastalıkları betimlemek için kullanmıştır. Literatürde de hekim veya diğer sağlık personelinin tıbbi uygulamaları sırasında hastada oluşan her türlü zarar iatrojenik zarar olarak adlandırılır. Fakat bazı durumlarda her şey mükemmel yapılsa dahi zarar ortaya çıkabilir. İatrojenik zararlar içerisinde; tıbbi uygulamaların bakım standartlarına uygun olmasına rağmen veya her türlü tedbirin alınmış olmasına rağmen ortaya çıkan zararlara ise ‘komplikasyon’ adı verilir (Polat,2005).

Tıbbi hata kavramını tanımlarken ‘standart’ kavramı sıklıkla kullanılır. Türk Dil Kurumu (2011) standart kelimesini ‘bir çalışma yöntemini belirlemek için konulmuş kurallar veya belirli ölçülere, yasalara, kullanıma uygun olan’ şeklinde tanımlamıştır. Tıbbi hata kavramı bu pencereden tanımlanacak olursa; hastanın yaralanmasına sebep olan, kabul edilmiş sağlık bakım ve beceri standartlarını sağlamada, bakım hizmeti sunan açısından, başarısızlık veya yanlış uygulama şeklinde tanımlanabilir (Yorulmaz, 2005). En kolay tanımıyla tıbbi uygulama hatası, sağlık bakım hizmetlerinin standartlardan sapması anlamına gelmektedir.

Çeşitli çalışmalarda tıbbi hatalar farklı şekillerde tanımlanmıştır. Örneğin Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN- International Council of Nurses) istenmeyen olay (adverse event) kavramıyla tıbbi hataları aynı anlamda kullanmıştır ve hastaya verilen veya verilmesinden vazgeçilen hizmetin bir sonucu olarak hastada meydana gelebilecek ölüm veya ciddi bir fiziksel veya psikolojik zarar ile sonuçlanan veya böyle bir durum riskini taşıyan olayları istenmeyen olay olarak tanımlamıştır (ICN, 2007). Tıp Enstitüsü de (IOM, 2003), istenmeyen olay kavramını sağlık hizmetinin, altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olmaksızın yol açtığı hasar/zarar olarak tanımlar. Literatürde tıbbi uygulama hatalarını açıklamak için başvurulan kavramlardan birisi de vahim (sentinel) olay kavramıdır. Vahim olay; hastaya veya hastanın tanısına bağlı olmaksızın gerçekleşen ölüm olayı veya hastada meydana gelen fonksiyon kayıplarını ifade etmek için kullanılır (İnanır ve Serbest, 2009). Bütün bu tanımlarda hastaya verilen bir zarardan söz edilmektedir. Ancak tıbbi hata nitelemesinin yapılabilmesi için hastanın zarar görmesi şart değildir (IOM, 2000).

1.2.2.1.Hata Oluşum Modelleri

Hasta güvenliğinde hataların sebeplerini doğru tespit ederek ortadan kaldırmak için farklı modeller geliştirilmiştir. Rasmussen geliştirdiği SRK (skill, rule, knowledge) modelinde hataları yetenek, kural ve bilgi temelinde üç düzeyde tanımlar. (Rasmussen,1983; Akt. Embrey, 2009). Söz konusu eylem düzeyleri ve karşılık gelen hata tipleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Eylem Düzeyleri ve Hata Tipleri

EYLEM DÜZEYİ	HATA TİPİ
Yetenek Temelli Eylem	Yetenek Temelli Hatalar ❖ Aksilikler(slips) ve Yanılmalar(lapses)
Kural Temelli Eylem	Kural Temelli Hata
Bilgi Temelli Eylem	Bilgi Temelli Hata

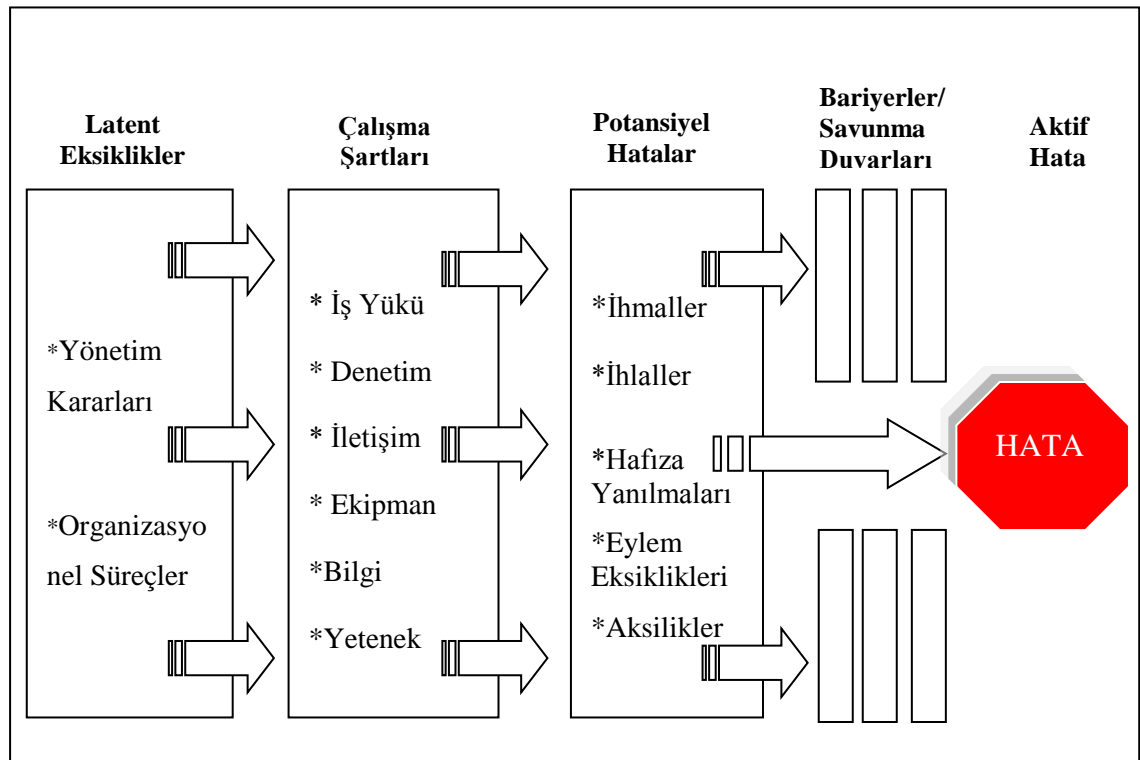
Kaynak:Embrey, D. (2009). *Human Factors for Engineers*, (Edited by Carl Sandom and Roger S. Harvey), The Institution of Engineering and Technology, pp:151-178.

Bu modele göre bilgi, bireyin karşılaşılabileceği sorunlara hazırlıklı olmasını sağlar. Bu sorunlarla baş edebilecek uygun stratejiyi seçmesi için gerekli uzmanlıklarla donatır. Fakat bazı durumlarda bilgi tek başına yeterli olmayabilir. Bireyin gerekli adımları atabilmesi için bilgi birikiminin yanı sıra uygun yeteneklere de sahip olması gerekir. Kişinin bilgi düzeyi ne olursa olsun, eğer yapması gereken işler ve alması gereken kararlar kapasitesini aşıyorsa, başka bir deyişle yeteneklerinin üstündeysen, kişi karşılaştığı sorunları çözmede başarısız olacaktır. Yüksek bilgi düzeyi ve uygun yeteneklere sahip olmanın, karşılaşılan sorunun çözümü için yeterli olmayacağı durumlar da vardır. Kişi ne yapacağını bilir ve bunu yapmak için yeteneği de vardır fakat harekete geçme konusunda isteksiz davranabilir. Böyle bir durumda bazı kuralların ve prosedürlerin varlığı, kişinin harekete geçmesine yardımcı olur. Söz konusu uygulama ile ilgili çeşitli kuralların ve prosedürlerin olduğunu bilmesi, kişiyi kurallar ve politikalarla belirlenmiş doğru hareketi yapmaya sevk edecektir (Sundström-Frisk, 2002). Bahsedilen bu üç unsur insan davranış düzeylerini belirler. Hata hangi davranış düzeyinde ortaya çıkıyorsa onun adını alır.

Yetenek temelli eylem düzeyinde iki tür hata meydana gelebilir. Bunlar aksilikler (slips) ve yanılmalar (lapses) olarak adlandırılır. Aksilikler, doğru yapılan bir planlamanın ardından uygulama aşamasında oluşan hataları ifade eder (Lawrence ve Gill, 2007). Bir cerrahın ameliyat sırasında sinir yaralanmasına sebep olması bu tip aksiliklere bir örnektir. Cerrahi operasyon çok başarılı bir şekilde planlanmış olsa bile, ameliyat sırasında cerrahın yetenek eksikliğinden kaynaklanan bir hata sonucu hastada sinir zedelenmesi meydana gelebilir. Yanılmalar ise daha çok planlama aşamasında yapılan hataların bir sonucudur. Örneğin yanlış tanı koyan bir hekim, buna bağlı olarak yanlış bir tedavi süreci planlar ve sağlık bakım süreci başarısızlıkla sonuçlanır (Embrey, 2009). Burada yanlış tanının kaynağı genellikle bilgi ve tecrübe eksikliğidir. Bununla birlikte, tanı koyma sürecinde hastanın şikayetiyle ve kendisiyle ilgili doğru bilgileri net bir şekilde hekime anlatması, hekimin doğru tanı koymasına yardımcı olacağından bu tür yanılmaların ortaya çıkması da önlenmiş olur.

Hata sebeplerini ortaya koymayı amaçlayan bir başka model de Lee'nin (2006) 'Hastanelerde Hata Gelişim Modeli'dir. Reason'dan (2000) uyarlanan bu modelde kişisel eylemlerin yanı sıra, hataya sebep olabilecek organizasyonel süreçler, latent (gizli) eksiklikler ve çevresel faktörlere de yer verilmiştir.

Yanlış yönetim uygulamaları, eksik organizasyonel süreçler veya ağır iş yükü, kalitesiz ekipman, zayıf iletişim gibi çevresel faktörler, kişisel yetersizliklerle birleştiği zaman aktif hatalara yol açabilir. Hastanelerde meydana gelen hataların oluşum nedenleri Şekil 1’de gösterilmiştir. Bu hataları önlemek için bazı bariyerler başka bir deyişle savunma sistemleri kurulabilir. Sözü edilen olumsuz durumlar bariyerleri geçmedikleri sürece bir zarara sebep olmazlar. Fakat bariyerlerdeki bazı zayıflıklar, bu olumsuz durumların hataya dönüşmesine olanak sağlayabilir (Lee, 2006).



Şekil 1. Hastanelerde Hata Gelişim Modeli

Kaynak: Lee C.Y.F. (2006). Improving Patient Safety Through A Total Quality Culture, *Master's Thesis*, University of Bradford, Bradford, United Kingdom, (Based on Reason, 2000)

Tıbbi hata oluşumunu engellemek için kullanılan bariyerlerden birisi de, olası tıbbi hatadan en çok etkilenecek kişi olan hastadır. Hastalar tanı koyma aşamasında hekimlerle kuracağı doğru ve net iletişimle hekimlere doğru tanı koyma noktasında yardımcı olabilir ve bilgi eksikliğinden kaynaklanan hataların oluşumunu önleyebilir. Aynı zamanda tedavi sürecindeki soruları, talep ve şikayetleriyle sağlık çalışanlarının kural ve prosedürlere bağlı kalmasında motive edici bir unsur olarak, kural temelli hataların ortaya çıkma ihtimalinin düşmesine yardımcı olabilir. Sağlık çalışanları, sistem veya ekipmanların yanı sıra, hastanın kendisi de tıbbi hatanın kaynağı olabilir

(Lee, 2006). Örneğin ilaç kullanımı süresince göstereceği yüksek bilinçlilik düzeyi, doktor ve eczacıdan aldığı talimatlara tam itaat ve bu süreçte takınacağı araştırmacı ve sorgulayıcı tavırla, çok sık rastlanan ilaç hatalarının önlenmesine yardımcı olabilir.

Vincent (2010) hatayı, yapan kişi tarafından istenmeden yapılan, sistem içinden, dışından ve kurallar tarafından da istenmeyen ve kabul edilebilir sınırların dışına çıkmış görevlerin ya da sistemin neden olduğu bazı kusurlar olarak tanımlamaktadır.

1.2.2.2. Hata Türleri

Hataların ortaya çıkış nedenlerini daha iyi anlamak ve önlenmesinde etkili olabilmek için, çeşitli hata sınıflamaları yapılmıştır. Örneğin, Tablo 2’de görüldüğü gibi, Vincent (2010) hataları, bir tıbbi işlemin planlanmasında yapılan hatalar, uygulamada yapılan hatalar, bilgi edinme hataları, iletişim hataları ve kontrol hataları olarak kategorize etmiştir.

Tablo 2. Uygulamada Görülen Hatalar

UYGULAMA ALANLARINDAKİ HATALAR	HATA TİPLERİ
Planlama Hataları	<ul style="list-style-type: none"> • Yanlış yapılmış planlar • Doğru fakat uygunsuz yapılmış planlar • Doğru fakat zamansız (çok erken veya çok geç) yapılmış planlar • Doğru plan fakat yanlış istem (order)
İşlem Hataları	<ul style="list-style-type: none"> • Çok uzun veya çok kısa işlem • Yanlış zamanda işlem • Yanlış yönde işlem • Doğru işlem, yanlış obje • Yanlış işlem, doğru obje • İşlemi ihmal (aksatma) • Tamamlanmamış (eksik) işlem
Kontrol Hataları	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolü ihmal etme • Tamamlanmamış (eksik) kontrol • Yanlış obje, doğru kontrol • Doğru obje, yanlış kontrol • Yanlış zamanda kontrol
Bilgi Edinme Hataları	<ul style="list-style-type: none"> • Bilgi edinememe • Yanlış bilgi edinme • Eksik bilgi edinme
İletişim Hataları	<ul style="list-style-type: none"> • İletilmemiş bilgi • Yanlış iletilmiş bilgi • Eksik iletilmiş bilgi

Kaynak: Vincent, C. (2010). *Patient Safety*, Blackwell Publishing, pp. 83, United Kingdom.

Tıbbi hataların hastaya bakan yönünü anlamak için Vincent'in (2010) sınıflamasında özellikle iletişim hatalarının iyi yorumlanması gerekir. Sağlık bakım sürecinde iletilmemiş bilgilerin yanı sıra eksik ve yanlış iletilmiş bilgiler de tıbbi hatalara sebep olabilir. Hastaların sağlık geçmişleriyle ilgili bilgileri tam ve doğru bir şekilde sağlık hizmeti sunucularına iletmesi, sorulan sorulara doğru ve açık bir şekilde cevap vermesi olası tıbbi hataların önüne geçilmesinde etkili olacaktır. Hastaların kendi sağlıklarıyla ve sağlık geçmişleriyle ilgili sağlık sunucularını tam ve doğru bir şekilde bilgilendirmeleri için de öncelikle kendi sağlık geçmişlerini iyi bilmeleri gerekir. İletişim hatalarının kaynağı hastalar olabileceği gibi, sağlık hizmet sunucularının hastaları sağlıkları hakkında bilgilendirmemeleri, yapmaları veya yapmamaları gereken davranışları hastalara doğru ve eksiksiz bir şekilde aktarmamaları da ciddi sağlık sorunlarına neden olabilir.

Vincent'in yukarıda belirttiği hata sınıflamasına benzer bir sınıflamayı tıbbi hatalar için oluşturan Steinebach ve Sameer (2008) sağlık hizmetleri sunumu sırasında görülen hata tiplerini tanı hataları, tedavi hataları, önleyici tedavi hataları ve diğer hatalar olarak belirtmişlerdir.

Tablo 3. Sağlık Hizmetleri Sunumu Sırasında Görülen Hata Tipleri

HATA TİPLERİ	ÖRNEKLER
Tanı Hataları	<ul style="list-style-type: none"> Geç veya hatalı tanı Uygun ve gerekli tetkiklerin uygulanmaması Güncel olmayan test veya tedavi metotlarının uygulanması Test sonuçlarının dikkate alınmaması
Tedavi Hataları	<ul style="list-style-type: none"> Test, tıbbi işlemler ve cerrahi girişimlerde hata Tedavi uygulamasında hata İlacın kullanım dozu veya ilaç yönetiminde hata Tedavi veya testlerin değerlendirilmesinde gecikme Uygunsuz tedavi yönteminin kullanılması
Önleyici Tedavi Hataları	<ul style="list-style-type: none"> Profilaktik(koruyucu) tedavi uygulamalarında başarısızlık Tedavinin yeterli takibinin veya kontrolünün yapılmaması
Diğer Hatalar	<ul style="list-style-type: none"> İletişim hataları Cihaz veya donanımın eksik veya bozuk olması Diğer sistem yetersizlikleri

Kaynak:Steinebach, M.,Sameer, K. (2008). Eliminating US Hospital Medical Errors, *International Journal Of Health Care Quality Assurancen*, 21(5), pp.450

Tablo 3'te de görüldüğü gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden başlamak üzere tanı koymadan tedavi aşamasına, ilaç kullanımından tedavi sonrası kontrollere kadar, sağlık

bakım hizmetlerinin her aşamasında tıbbi hataların meydana gelmesi mümkündür. Bu durum aynı zamanda hangi alanda ne kadar tıbbi hata gerçekleştiği sorusunu da beraberinde getirmektedir. Oluşan tıbbi hataların sayısından çok, hangi aşamada meydana gelen hatanın daha önemli, başka bir deyişle daha zararlı olduğunun belirlenmesi, önceliklerin belirlenmesinde kolaylık sağlayacaktır.

Giannakis ve Poravas (2006) tıbbi hataların nicelikleri kadar nitelikleri de hayati önem taşımakla birlikte, hataların çözümünde kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılabilmesi için, en çok hatanın meydana geldiği alanların bilinmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Tıp Enstitüsü'nün 2000 yılında yayınladığı 'To Err is Human' adlı raporda, en çok yaşanan tıbbi hata çeşidinin %40 ile tanı hataları olduğu belirtilmektedir. Aynı raporda yer alan bilgilere göre tanı hatalarını %28 ile ilaç hataları ve %22 ile tıbbi protokol hataları izlemektedir. Tıbbi hataların %4'ü ise idari hatalardan oluşmaktadır. Hata türleri ve görülme sıklıkları Tablo 4'te gösterilmiştir. Bu bilgiler hangi alana daha çok önem verilmesi gerektiği ve ne tür önlemlerin alınabileceği hususlarında fikir vermesi açısından son derece kıymetlidir.

Tablo 4. Tıbbi Hata Türleri ve Görülme Sıklıkları

HATA TÜRÜ	(%)
Yanlış Tanı Konulması	40
Yanlış İlaç Verilmesi	28
Tıbbi Protokollerde Hata	22
İdari Hatalar	4

Kaynak: IOM-Institute of Medicine (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, The National Academy Press, Washington DC.

Tıp Enstitüsü verilerine göre tıbbi hataların %40'ı tanı hatalarından oluşmaktadır. Böyle sık tekrarlanan bir hata olan tanı hatasını doğru anlamak gerekir. Hekim her durumda hastasına bir tanı koyamayabilir. Hekimin hastaya tanı koyamaması kesinlikle bir hata değildir. Fakat, eldeki imkanlar hastalığın tanısını koymaya olanak vermesine rağmen bilgi eksikliği veya tecrübesizlik sebebiyle tanı konulamaması büyük bir hatadır. İmkan olmasına rağmen tanı konulamaması kadar, yanlış bir hastalık tanısı konması da son derece tehlikeli bir tıbbi hatadır. Bazı durumlarda ise hekim doğru tanıyı koymasına rağmen yanlış bir tedavi uygulayabilir veya tedavi yöntemi tamamen

yanlış olmasa bile eski ve geçerliliğini kaybetmiş olabilir (Polat, 2005). Sağlık bakım sürecinin ilk adımı sayılabilecek olan tanı koyma aşamasında yapılacak herhangi bir hata, sürecin ilerleyen kısımlarında başka hatalara da sebep olabileceğinden, henüz ortaya çıkmadan önlenmelidir.

Bir diğer sık rastlanan tıbbi hata türü ise ilaç hatalarıdır. Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etmeve Önleme Koordinasyon Konseyi (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCCMERP) ilaç hatalarını, “ilacın sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenemez bir olay” olarak tanımlamıştır (NCCMERP, 2015).İlaç kullanımı pek çok tarafın işbirliğine dayanır. Muayene sonrası hekimin hasta için ilaç istemiyle başlayan süreç, ilacın hemşire, hekim, hasta bireyin kendisi ya da yakınları tarafından uygulanması, kayıt edilmesi ve gözlenmesi ile sonlanır (Uzun ve Arslan, 2008). Tıp Enstitüsünün (IOM, 2000) verilerine göre ABD’de yatan hastalardan her yıl 7000kişi önlenemez ilaç hatalarına bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Yine aynı verilere göre ABD’de her yıl 1.5 milyon önlenemez ilaç hatası meydana gelmektedir. Bu rakamların yalnızca tespit edilebilen ilaç hataları olduğu da düşünülürse, ilaç hatalarının hasta güvenliği için ne kadar önemli olduğu daha iyi anlaşılır.

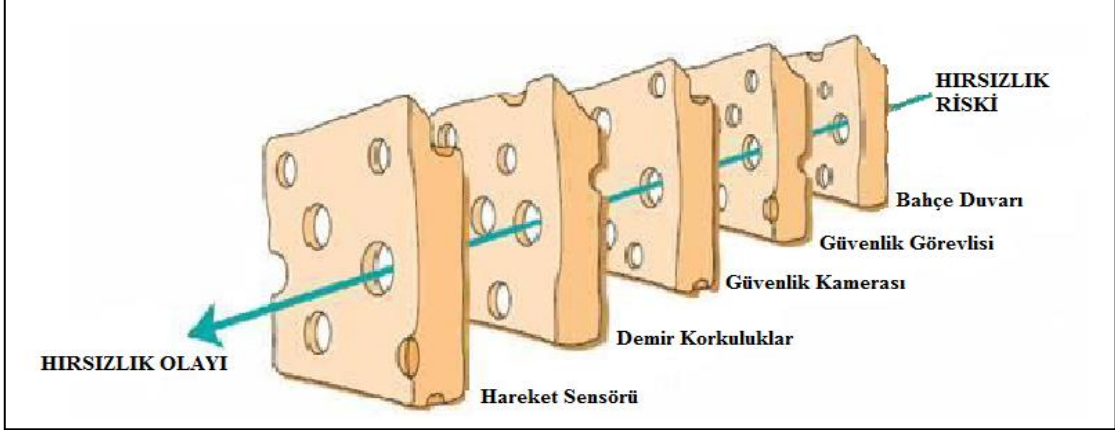
Hasta güvenliği kavramının kilit noktası tıbbi hatalardır. Daha güvenli sağlık hizmeti sunabilmek için tıbbi hataların iyi anlaşılması ve ortaya çıkmadan önce önlenmesi gerekir. Tıbbi hataların nedenlerini ve hata türlerini daha iyi anlayabilmek için pek çok model geliştirilmiştir. Bu modeller, çevresel faktörler, bireysel faktörler, organizasyonel eksiklikler, planlama yanlışlıkları, ekipman eksiklikleri ve daha pek çok olası hata kaynağına dikkat çekmektedirler. Fakat maalesef yapılan çalışmalarda, gerek tıbbi hata kaynağı olarak ve gerekse hataların önlenmesi noktasında hastalara gereken önem verilmemektedir. Hastalar genellikle tıbbi hatalardan etkilenen, edilgen taraf olarak ele alınmaktadır. Oysa sağlık bakım sürecinin birinci dereceden tarafı ve sonuçlardan olumlu veya olumsuz doğrudan etkilenecek olan hastalar, kendi bakım süreçlerine daha aktif ve bilinçli katılım sağlayarak tıbbi hataların azaltılmasına yardımcı olabilirler. Hastaların da aktif olarak sürece katılımlarını öngören, hasta odaklı bir sağlık bakım sistemi de, hasta güvenliği konusunda çok daha başarılı olacaktır.

Son dönemde özellikle Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı raporlarda hasta güvenliği çözümlerinin paydaşlarından birisi olarak hastalar ve hasta yakınları gösterilmektedir.. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü, tüm üye ülkelerde hasta güvenliği konusuna daha çok dikkat çekebilmek ve hasta güvenliğinin sağlanmasının önündeki engelleri ortaya koyarak makro düzeyde çözümler üretebilmek amacıyla, “World Alliance for Patient Safety” (Hasta Güvenliği İçin Dünya İttifakı) raporunu yayınlamıştır. Bu raporun en önemli çıktularından birisi de “Speak Up” programının tanımlanmış olmasıdır. Bu program; hasta ve yakınlarının tedavi süreçlerinde daha çok soru sormalarını, daha dikkatli olmalarını hedeflemektedir. “Speak up” programıyla, bilinçli hastaların kendi tedavi ve bakım süreçlerine katılımları yardımcı olmaları öngörülmüştür. “World Alliance for Patient Safety” raporu, hasta odaklı sağlık hizmeti sunumu anlayışıyla, hasta güvenliğinin sağlanmasında hastaların önemini vurgulaması bakımından oldukça önemlidir (WHO, 2004). Yine Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2013 yılında yayınlanan “Patient for Patient Safety” raporunda, hasta güvenliğinin sağlanmasında başrol oynayanlar arasında sağlık hizmeti sunucuları ve politika yapıcılarla birlikte hastalar ve hasta yakınları da sayılmıştır. Bu raporda hasta ve hasta yakınlarının hasta güvenliği meselesine nasıl katkı yapabileceklerine dair stratejilere de yer verilmiştir (WHO, 2013). İnsan hatalarının önlenmesi için Reason (2000) tarafından geliştirilen “İsviçre Peyniri Hata Önleme Modeli”, özellikle Lee (2006) tarafından tıbbi hatalara uyarlanmasıyla birlikte, hasta güvenliğinin sağlanmasında hastalara sorumluluk yükleyen önemli bir modeldir.

1.2.3.İsviçre Peyniri Hata Önleme Modeli

James Reason (2000) ‘Human Error: Models and Management’ adlı makalesinde, hataların oluşumunu engellemek için ‘İsviçre Peyniri Modeli’ni ortaya koymuştur. Reason’a göre bir sürecin her aşamasında az veya çok hata riski bulunur. Bu potansiyel risklerin aktif hatalara dönüşmesini önleyebilmek için süreç içerisine farklı ‘savunma katmanları’ yerleştirilmelidir. İdeal bir sistem İsviçre peyniri dilimleri gibi üst üste konulmuş savunma katmanlarından oluşur. Fakat bu katmanların da zayıf noktalarının olması muhtemeldir. Bu zayıflıklar İsviçre peynir dilimi üzerindeki deliklere benzerler. Arzu edilen durum bir katmanın minimum deliğe sahip olmasıdır fakat katman ne

kadar zayıfsa üzerindeki delikler de o kadar çok ve geniş olacaktır. Burada önemli olan delik sayısı veya deliğin genişliğinden ziyade, dilimler üzerindeki deliklerin üst üste gelmemesidir. Herhangi bir savunma katmanını aşan potansiyel risk bir diğer katmanda bertaraf edilerek, hataya dönüşmesi önlenebilir. Fakat katman üzerindeki delikler üst üste gelirse hata meydana gelir.

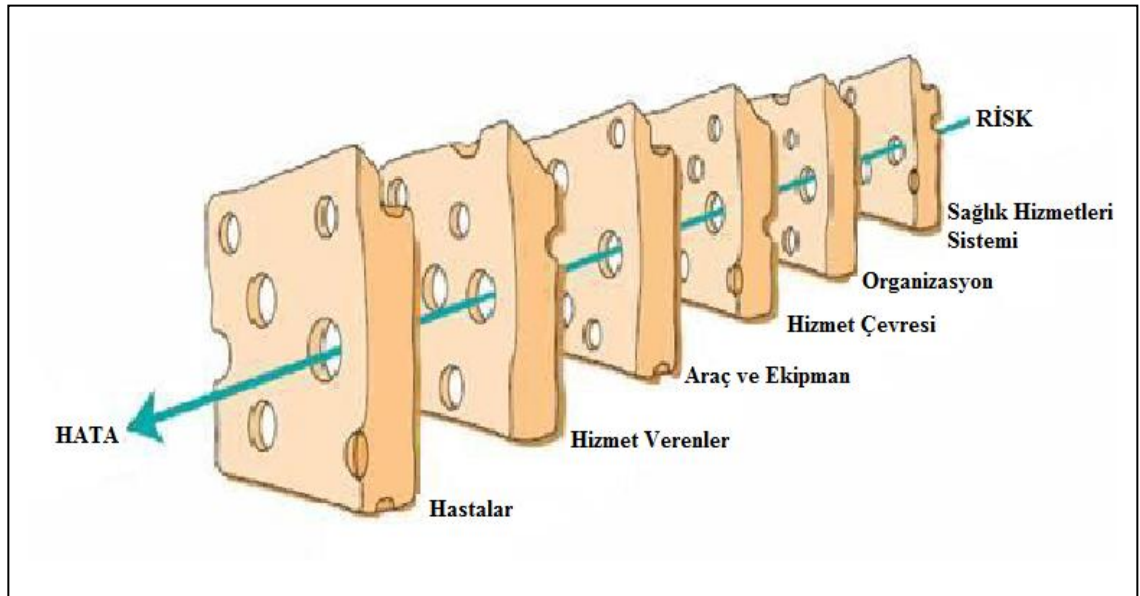


Şekil 2.Hırsızlık Riski (James Reason'un, 'Human Error: Models and Management' adlı makalesinden uyarlanmıştır.)

Şekil 2'deki gibi bir örnekle açıklamak gerekirse bir villa için hırsızlık potansiyel bir risktir. Villa sahibi bu riski önlemek için bahçeyi yüksek duvarlarla çevirmiş, güvenlik görevlileri istihdam etmiş, kapı ve pencerelere demir parmaklıklar taktırmış, evin etrafına güvenlik kameraları koymuş ve evin içerisine hareket sensörleri yerleştirmiş olsun. Bütün bu sayılanlar unsurlar hırsızlık olayını engellemek için konulan savunma katmanlarıdır. Fakat her katmanın bazı zayıflıkları olabilir. Örneğin villa yüksek bahçe duvarlarıyla çevrili olmakla birlikte arka bahçede bulunan kapının kilidi yoktur. Bahçede görevli güvenlik elemanının ekonomik sıkıntıları vardır ve gündüz de başka bir işte mesai yapmaktadır. Bu yüzden gece görevi sırasında uyumaktadır. Bina dışındaki güvenlik kameralarının gece görüş özelliği yoktur. Kapı ve pencerelerdeki parmaklıklar bir çocuğun geçmesini engelleyecek kadar sık ve dar değildir. Bina içerisindeki hareket sensörlerinin, elektrik kesintilerine karşı herhangi bir yedek güç kaynağı bulunmamaktadır. Koruma kalkanlarındaki bütün bu delikler üst üste geldiği zaman, örneğin bir grup hırsız gece kilidi bulunmayan arka kapıdan bahçeye girer. O anda uyumakta olan güvenlik görevlisine yakalanmadan elektrik paneline ulaşır ve bütün elektriği keser. Böylece bina dışındaki kameralar ve bina içerisindeki hareket sensörleri devre dışı kalır. Grupta bulunan bir çocuk pencere demirliklerini aşarak içeriye girer diğer hırsızlara kapıyı açar ve hırsızlık olayı gerçekleşir.

Potansiyel risklerin aktif hatalara dönüşmesini engellemek için iki yol izlenebilir. Bunlardan ilki; zayıflıkların giderilmesi suretiyle bariyerler üzerindeki deliklerin azaltılmasıdır. Örneğimizden yola çıkarsak, bahçe kapısına takılacak bir kilit, elektrik kesintilerine karşı bir güç kaynağı edinilmesi veya kapı ve pencere korkuluklarının daha da sıklaştırılması, hırsızlık olayını engellemeye yardımcı olacaktır. Hataları önlemek için izlenebilecek ikinci yol ise kullanılan bariyerlerin sayısının artırılmasıdır. Yine örneğimiz üzerinden gidecek olursak, bahçeye konulacak bir bekçi köpeği, yeni bir savunma bariyeri olarak, hırsızlık riskini azaltacaktır.

Sağlık hizmetleri çeşitli sayıda basamaktan oluşan bir süreçtir. Süreç içerisindeki her bir basamak potansiyel hataların tespit edilip ortadan kaldırılması için bir savunma bariyeri olarak kullanılabilir. Fakat aynı zamanda her bir basamak kendi içerisinde çeşitli kusurları ve zayıflıkları barındırır. Her bir basamaktaki kusur ve zayıflıkların üst üste gelmesiyle riskler aktif hataya dönüşür. Dolayısıyla sağlık hizmetleri içerisindeki bir takım olumsuzlukların ve eksikliklerin hastalar üzerinde nasıl hasara yol açtığına açıklanmasında 'İsviçre Peyniri Modeli' kullanılabilir. Lee (2006) Reason'dan (2000) uyarladığı İsviçre Peyniri Modeli'nde sağlık hizmetleri için 6 temel savunma bariyeri öngörmüştür. Lee'nin sağlık hizmetleri için oluşturduğu bu model Şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Sağlık Hizmetlerinde Hata Oluşumu

Kaynak: Lee C.Y.F. (2006). Improving Patient Safety Through A Total Quality Culture, *Master's Thesis*, University of Bradford, Bradford, United Kingdom, (based on Reason, 2000).

Sağlık hizmetleri sisteminde hataya neden olan, savunma tabakaları üzerindeki boşlukları, aktif eksiklikler ve gizli (latent) şartlar olarak iki farklı kategoriye ayırmak mümkündür. Aktif eksiklikler hata ile doğrudan temas halinde olan kişilerden kaynaklanır. Bunlar dikkatsizlik, unutkanlık veya beceri eksikliğinden kaynaklanan hatalardır. Gizli şartlar sistemle ilgili hatalardır. Zaman baskısı, yetersiz veya liyakatsiz istihdam, ihtiyaca cevap veremeyen prosedürler, uygun olmayan ekipmanlar ve sağlıklı sonuçlar vermeyen ölçüm araçları gizli şartlara örnek olarak verilebilir (Reason, 2000).

Özellikle hastaların sürece katılımları ve bilinçli sorularla bilgi talep etmeleri, sağlık çalışanlarının dikkatsizlik ve unutkanlıklarından kaynaklanan aktif eksikliklerin önlenmesinde etkili olacaktır. Yine hastaların özellikle tanı koyma aşamasında kendileri ve rahatsızlıkları hakkında sağlık çalışanlarına verecekleri doğru ve anlaşılır bilgiler de, sağlık çalışanlarının işini kolaylaştıracak, sağlık çalışanlarının tecrübe ve beceri eksikliklerinden kaynaklanabilecek hataların engellenmesine yardımcı olacaktır. Hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine yapacakları olumlu katkılar bunlarla sınırlı değildir. Gerek ilaç kullanımı, gerek hekimin talimatlarını yerine getirme ve gerekse hijyen kurallarına uyma gibi konularda hastaların gösterecekleri olumlu katkılar, pek çok tıbbi hatanın önlenmesinde etkili olacaktır (Vincent ve Coulter, 2002).

Lee'nin (2006) sağlık sistemi içerisindeki savunma bariyerleri arasında saydığı hastaların, hataları engelleyebilmeleri için bilgili, bilinçli ve katılımcı olmaları gerekir. Başka bir deyişle 'hasta' peynir dilimi üzerindeki boşluklar ne kadar az ve küçükse, bu bariyerin hataları önleme ihtimali o kadar yüksektir. Tıpkı diğer bariyerlerde olduğu gibi 'hasta' peynir dilimi üzerinde de bazı boşluklar bulunur. Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif bir şekilde katılmaları ve hataların önlenmesi için kendisine biçilen bariyer rolünü oynayabilmesi için güçlendirilmesi gerekir. Dünya çapında sağlık konusundaki gelişmeleri belirleyen 5 temel faktör vardır. Sağlığın 5P'si olarak da adlandırılan bu faktörler; hasta (patient), doktor (physician), düzenleyici kamu kuruluşları (policy makers), ilaç sektörü (provider) ve toplumdur (people). Türkiye'de bu beş ayaktan birisi olan hasta ayağı yok denecek kadar zayıf kalmaktadır. Bu kapsamda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de hasta güçlendirme programları yardımıyla hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetlerinin pasif kullanıcıları olmaktan çıkartılıp, sağlık, yaşam kalitesi ve savaştıkları hastalıklar hakkında bilinçlilik

durumlarının artırılması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, Hasta Güçlendirme Programı).

Bireysel düzeyde güçlendirme, kişinin kendi kararlarını verebilmesi ve kişisel yaşamı üzerinde büyük oranda kontrol sahibi olmasının sağlanması şeklinde tanımlanmaktadır (Schulz ve diğ., 1993). Gibson'a (1991) göre güçlendirme, insanların yaşamlarını etkileyen faktörler üzerinde kontrol kazanmalarına yardım eden bir süreçtir. Bu hem sağlık bakımında bireysel sorumluluğu hem de insanların kendi sağlıklarının sorumluluklarını almalarını sağlamada yaygın kurumsal, örgütsel ya da toplumsal sorumlulukları kapsar. Güçlendirme yaklaşımı, hastalar açısından ele alındığında, hastaların öz yeterlilik, yetkinlik ve kontrol kazanarak kendi seçimlerini yapabilmeleri, karar verme süreçlerine etkin olarak katılabilmeleri, gereksinim duydukları kaynaklara ulaşabilmeleri, diğer kişilerle etkili ilişkiler kurabilmeleri ve bu yolla yaşam kalitelerini artırabilmeleri gibi, bir dizi sonuçlara ulaşmayı amaçlayan bir süreç olarak düşünülmelidir. Hasta güçlendirmenin temelinde hastanın geliştirilmesi istenen yönleri; işbirliği, katılım, karar verme ve sorun çözme faaliyetleridir (Stevenson ve diğ., 2000).

Dünya Sağlık Örgütü hasta güçlendirmeyi, hastalara kendi sağlıklarını etkileyen karar ve işlemler üzerinde daha çok kontrol sahibi olmalarına yardımcı olacak bir süreç olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü hasta güçlendirme kavramının sağlık hizmetlerinde yeni bir konsept olduğuna ve özellikle son on yılda hasta güvenliğinin sağlanmasında hasta güçlendirme ve hasta katılımı faaliyetlerinin öne çıktığına vurgu yapmaktadır. Hastaların güçlendirilmeleri ve sürece aktif katılımları için, yeterli sağlık bilgisine ulaşmaları, bu bilgileri anlamaları ve bu bilgileri, sağlık profesyonellerinin sorumluluklarını paylaşma yönünde kullanmaları gerekmektedir. Bu noktada Dünya Sağlık Örgütü hastaların güçlendirilmesi ve aktif katılımları için iki gereklilikten söz eder. Bunlardan birisi 'öz yeterlilik' kavramıdır. Öz yeterlilik sonuca ulaşabilme veya bir etki yaratabilme konularında hastaların kendilerinde gördükleri kapasitedir. Öz yeterliliği yüksek hastalar, sağlık bakım sürecinde daha aktif rol oynamaktadırlar. Dünya Sağlık Örgütünün üzerinde durduğu diğer bir kavram ise 'sağlık okuryazarlığı' kavramıdır. Hastaların kendilerine tanımlanan sorumlulukları yerine getirebilmeleri sağlık okuryazarlık düzeyleriyle ilişkilidir (WHO, 2009).

1.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlık kavramının önemi hızla artan bir türüdür. Okuryazarlık, zaman içinde tanımı değişen ve gelişen bir kavramdır. En önemli gerçeğin ‘değişim’ olduğu modern dünya anlayışında, klasik okuryazarlık tanımı eksik ve yetersiz kalmış, yaşanan paradigma değişimlerine paralel olarak okuryazarlık kavramı da zaman içerisinde farklı boyutlardan yeniden yorumlanmıştır.

1.3.1. Okuryazarlık Kavramı

Tarih boyunca insanlığın içinde bulunduğu sosyal, kültürel ve ekonomik değişimler özellikle 20. yüzyıldan itibaren daha önce hiç olmadığı kadar hızlı cereyan etmeye başlamıştır. Kişinin içinde yaşadığı topluma ve bu hızlı değişimlere ayak uydurabilmesi için, hayatı boyunca eğitim alması bir gereklilik haline gelmiştir. Böylece yaşam boyu eğitim kavramı ortaya çıkmıştır. Yaşam boyu eğitim, mevcut sistemi yeniden yapılandırmayı ve formal eğitim sisteminin dışında eğitimle ilgili tüm potansiyeli geliştirmeyi amaçlayan genel bir düzenlemedir ve örgün, yaygın her türlü eğitim faaliyetini kapsayan geniş bir kavramdır. Eğitim ve öğrenmenin önemini bu denli arttırmasına paralel olarak, yaşam boyu öğrenme sürecinin hem girdisi hem de bir ürünü olan ‘okuryazarlık’ kavramı da, üzerinde daha sık çalışılan bir kavram haline gelmiştir.

Okuryazarlık öğrenme sürecinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu bakımdan sosyolojiden psikolojiye, eğitimden tarihe pek çok bilim dalı okuryazarlık kavramı üzerinde durmuşlar ve bu konuda gerek teoride gerekse de pratikte pek çok araştırma yapmışlardır. Türk Dil Kurumu (2011) okuryazarlık kavramını ‘okuryazar olma durumu’ olarak tanımlar. Okuryazar ise ‘okuması yazması olan öğrenim görmüş kimse’ olarak açıklanmaktadır. En basit ve genel tanımı ile okuryazarlık; yazılı metinleri okuyabilme ve bir yazılı metin oluşturabilme becerisi olarak ifade edilebilir (Aldemir, 2003).

Okuryazarlık kavramının üzerinde hemfikir olunan en önemli yönü okuma ve yazma işlemiyle olan bağıdır. Ancak okuryazarlık boyutlarının gelişmesiyle birlikte bir kişinin yalnızca okuyabilmesi veya yazabilmesi okuryazar sayılabilmesi için yetersiz hale

gelmiştir. Artık yalnızca okuyup yazarak bilgiyi öğrenmek değil, aynı zamanda o bilgiyi yorumlayabilmek ve kullanabilmek de okuryazarlığın gerekleri arasına girmiştir (Polat, 2006). Bu durum 'işlevsel okuryazarlık' tanımını beraberinde getirmiştir. İşlevsel okuryazarları; içinde yaşadığı grupta ve toplumdaki tüm faaliyetlerinde, etkin bir katılım için yeterli bilgiye ve beceriye sahip kişiler olarak tanımlamak mümkündür. Bu tanımın özünde yatan fikir, okuryazarlığı tek başına bir amaç olmaktan çıkartıp, çeşitli amaçlara hizmet eden bir araç olarak görülmesini sağlamaktır. Özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren okuryazarlık bir gelişmişlik göstergesi olarak kabul edilmiş, sosyal ve ekonomik yönden başarısızlıkların sebebi de okuryazar olmamaya bağlanmıştır. Böylece okuryazarlık, kişinin sosyal ve ekonomik rollerinde başarılı olmasına ve yurttaşlık görevlerini yerine getirebilmesine yardımcı olan bir araç haline gelmiştir. Okuryazarlığın yani yalnızca okuma ve yazma becerilerinin kazandırılmasının kendi kendine yetecek bir amaç olduğunu savunanlar, okuryazarlığın başka hedeflere ulaşmada bir araç olarak algılanmasına şiddetle karşı çıkmışlardır (Güneş, 1997).

Snavely ve Cooper okuryazarlığı, belli bir konuda bilgi edinebilme olarak tanımlamışlardır. Bu tanım okuryazarlık kavramının, belli alanlarda hedeflere ulaşmak için kullanılan bir araç olduğu görüşünü destekler niteliktedir. Burada kastedilen belli bir konuda okuryazar olmak kişinin o alandaki uzmanlık düzeyini değil, temel bilgilere sahip olmasını, daha da önemlisi o alanla ilgili bilgilere ulaşabilme, anlayabilme ve yorumlayarak kullanabilme becerisini ifade etmektedir (Akt. Polat, 2005). Bu yaklaşıma uygun olarak özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, tarım okuryazarlığı, sinema okuryazarlığı, dans okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı gibi pek çok farklı okuryazarlık türü ortaya çıkmıştır. Bu okuryazarlık türlerinden birisi de, özellikle 2000'li yılların başlamasıyla birlikte üzerine pek çok araştırma yapılan ve raporlar yazılan sağlık okuryazarlığıdır.

1.3.2. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Tanımı

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının verilerine göre gebelik döneminde en az bir kez hastaneye başvurma oranı 2013 yılında %98'dir. Hastaneye başvuran gebelerin ortalama muayene sayısı ise 2013 yılında 4,3 olarak gerçekleşmiştir. Yine 2013 yılında

Türkiye’de tüm doğumların %98’i hastanelerde gerçekleştirilmiştir. Doğum sonrasında ise 2013 yılında bebek başına ortalama izlem sayısı 8,8, çocuk başına ortalama izlem sayısı ise 2,2’dir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Tek başına bu rakamlar bile sağlık hizmetlerinin hayatımızda ne kadar önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir. Neredeyse herkes gözlerini bu dünyaya hastanelerde, başka bir deyişle sağlık hizmetleri sistemi içinde açmaktadır. Hayatı boyunca da, gerek kendisi için gerekse bir yakını için olsun, pek çok kez sağlık hizmetleri sistemiyle etkileşime geçmektedir. Bununla birlikte söz konusu sistem gerek sağlık hizmetlerinden yararlananlar için, gerekse yakınları için çoğu zaman son derece karmaşıktır. Bu karmaşık sistem giderek daha çok hasta merkezli bir yapıya bürünmektedir. Bu yaklaşım hastalara yeni sorumluluklar yüklemiştir. Bireyler gerek sağlık hizmeti sunucuları tarafından, gerek eczacılar tarafından, gerekse internet ve medya yoluyla yoğun bir bilgi yağmuruna tutulmaktadır ve sağlık hizmeti talebinde bulunanların, sağlıkla ilgili temel kararları verebilmeleri beklenmektedir. Ancak etraftan gelen bu bilgilerin anlaşılabilir, uygulanabilir ve doğru karar vermede kullanılabilir olması bireyin sağlık okuryazarlık düzeyiyle yakından ilişkilidir. Doğru kararlar vermenin temelinde, yeterli temel sağlık bilgisine sahip olmak, hak ve sorumluluklarının bilincinde olmak ve bu doğrultuda hareket etmek yatmaktadır. Bu ise ancak kişilerin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmalarıyla mümkün hale gelmektedir (CDC, 2009).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974 yılında Scott Simonds tarafından kullanılmıştır (Simonds, 1974; akt:Egbert ve Nanna, 2009). Kullanılmaya başlandığı ilk yıllarda çok fazla ilgi gösterilmeyen sağlık okuryazarlığıyla ilgili çalışmalar 1990’lı yıllarda hız kazanmaya başlamış ve 2000’li yıllarla birlikte bu ilgi giderek artmıştır. Özellikle sağlık alanında otorite olarak kabul edilen Dünya Sağlık Örgütü, Amerikan Tabipler Birliği, Tıp Enstitüsü gibi ulusal ve uluslararası kuruluşların konuyla ilgili raporlar yayınlamaları ve çeşitli tanımlarla konunun farklı boyutlarının altını çizmeleri, sağlık okuryazarlığı alanına verilen önemin hızla artmasını sağlamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını; ‘iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda hastaların sağlık bilgilerine erişebilme, anlama ve kullanabilme kapasiteleri’ olarak tanımlamıştır (WHO, 1998). Amerikan Tabipler Birliği (American

Medical Association) ise sağlık okuryazarlığını ‘sağlık hizmeti ortamında işlevde bulunmak için gerekli temel okuma görevlerini ve sayısal işlemleri uygulama yeterliğini ve reçeteli ilaçları, randevu kartlarını ve sağlığa ilişkin diğer önemli materyalleri okuma ve anlama yeterliğini de içine alan becerilerin uyumlu birlikteliği’ şeklinde tanımlamıştır (AMA, 2003). Tıp Enstitüsü de Dünya Sağlık rgütü’ne çok benzer şekilde sağlık okuryazarlığını; kişinin kendi sağlığı hakkında uygun karar verebilmesi için gerekli sağlık bilgisini elde etme, anlama ve o bilgiden yararlanma olarak tanımlamıştır (IOM, 2004).Sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitimi ve halk sağlığı gibi alanlarda pek çok çalışma yapmış olan Nutbeam’a göre ise sağlık okuryazarlığı kavramı;ilaç prospektüslerini okuyabilmek veya randevu alabilmekten çok daha geniş bir anlam ifade etmektedir. Nutbeam sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlığını geliştirici etkisi olduğunu ve sağlık okuryazarlığının bireyi sosyal ve ekonomik yönden güçlendirebileceğini söyler (Nutbeam, 2000). Amerikan Tabipler Birliği gibi Moncusoda (2009) sağlık okuryazarlığını tanımlarken bireylerin sağlık bakım sürecinde işlevsel ve etkili olabilmelerinin altını çizerek kavramı ‘sağlık ortamında fonksiyonel olabilmek için gereken temel okuma yetisi ve matematiksel yetilere sahip olmayı içeren beceriler topluluğu’ olarak tanımlamıştır. Kişinin sağlık okuryazarı olması, kendi sağlık durumu ile ilgili sağlık hizmet sunucularını bilmesi, yardım gerektiği durumlarda nereye ve kime başvurması gerektiğine karar vermesi, tedavi seçeneklerini anlaması ve uygun tedavi seçeneğine karar vermesi anlamına gelmektedir. Sağlık okuryazarı olmak ayrıca ilaçları doğru şekilde alabilmeyi, gerektiğinde basit tıbbi cihazları doğru şekilde kullanabilmeyi ve sağlık hizmeti sunucularının uyarı ve talimatlarına tam anlamıyla uyabilmeyi de kapsamaktadır (Barrett ve Puryear, 2006).

Yukarıdaki tanımlara bakıldığında farklı kişi ve kurumlar tarafından birbirine çok yakın tanımlar yapıldığı görülmektedir. Buradan hareketle sağlık okuryazarlığı kavramının bazı temel özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Sağlık okuryazarlığı bir süreçtir.
- Sağlık okuryazarlığı süreci temel sağlık bilgilerine erişebilme yeteneğiyle başlar ve bu bilgilerin kullanılmasıyla sona erer.

- Sağlık okuryazarlığı süreci bireyin sürekli öğrenmesiyle her zaman daha ilerilere taşınabilir.
- Yetenek, kapasite gibi kavramlarla tanımlanan sağlık okuryazarlığının ölçülmesi çok zordur.
- Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık bakım süreçlerine daha aktif katılmalarına, kendi sağlıklarıyla ilgili doğru kararlar vermelerine ve sağlık sistemi içerisinde daha etkili ve işlevsel olmalarına yardımcı olur (Osborne, 2013).

1.3.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı kavramının çok boyutlu bir kavram olduğunu ve ilaç prospektüslerini okuyabilmek veya randevu alabilmekten çok daha geniş bir anlam ifade ettiğini söyleyen Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını 3 basamağa ayırmıştır.

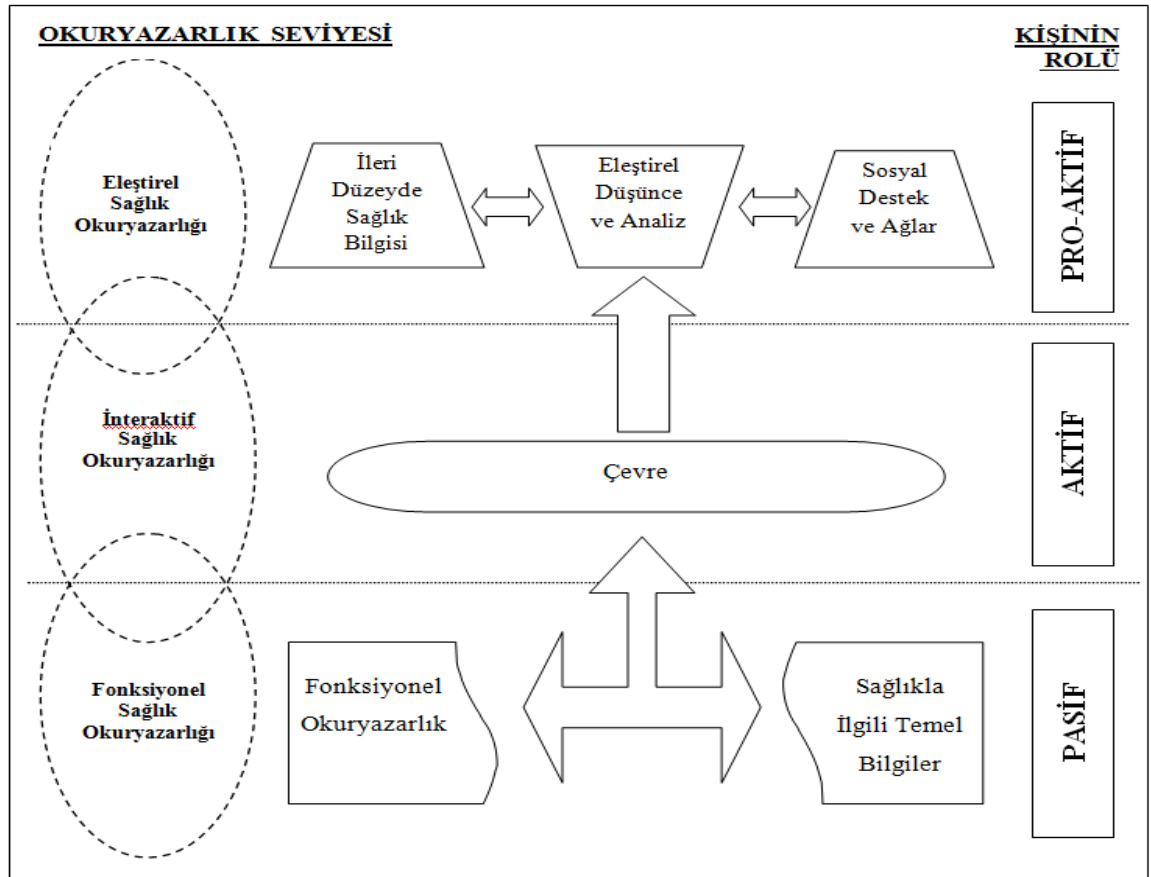
Şekil 4’te görüldüğü gibi her birisi kendisinden öncekini de kapsayan bu basamaklar; fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığıdır. Nutbeam’ın (2000) bu basamaklandırmasından hareketle Kickbusch’da (2004) her bir basamakta kişinin rolünü tanımlamıştır. Şekil 4’te görüldüğü gibi fonksiyonel sağlık okuryazarlığından eleştirel sağlık okuryazarlığına gidildikçe, kişinin rolü de pasiften aktife ve oradan da eleştirel düşünme ve analiz edebilme yeteneğini de kapsayan pro-aktife doğru gelişmektedir.

-Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı: Temel sağlık okuryazarlığı da diyebileceğimiz bu düzey, kişilerin sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, ilkyardım gibi temel sağlık konularında bilgi sahibi olmasını ifade eder. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyinde kişinin basit yazılı ve sözlü sağlık mesajlarını anlayabilmesi beklenir. Kişi bu düzeyde sağlık hizmetlerini nasıl kullanacağını bilir ve sağlık risklerini hesaplayabilir, bununla birlikte kişi bu basamakta pasiftir (Nutbeam, 2000).

-İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı: Bu basamakta kişi, mevcut sağlık bilgilerini kullanarak sağlığını koruyucu aktiviteler yapar. Başka bir deyişle fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bildiklerini uygulamaya koyarak pasif durumdan aktif duruma geçer. Örneğin hangi egzersizleri nasıl yapacağını bilmekle kalmaz, teorik bilgilerini pratiğe dökerek günlük egzersizlere başlar, dengeli beslenme hakkındaki bilgileri

işığında doğru besinler seçer. Bu basamakta kişiler sağlığını geliştirici aktivitelere katılarak belirli bir sosyal çevreyle de etkileşime girerler (Nutbeam, 2000; Kickbusch, 2004).

-Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı: Bu basamakta kişi yalnızca kendi sağlığı için değil üçüncü kişilerin yani toplumun sağlığı için de hareket eder. Kendisinin ve çevresinin sağlığı üzerinde söz sahibi olabilmenin farkındalığına erişir, yani kişi bu basamakta pro-aktiftir. Sağlık okuryazarlığı eleştirel düzeyde gelişmiş bir birey, sağlığın sosyal ve ekonomik boyutlarını anlayabilir, sağlık alanındaki makro politikaları analiz edebilir. Kişinin bu basamaktaki faaliyetleri yalnızca kendi sağlığıyla sınırlı kalmayıp, temiz gıda ve temiz su temini, çocuklar için güvenli oyun alanları gibi taleplerle toplum sağlığını da olumlu yönde etkilemeyi amaçlar (Nutbeam, 2000; Kickbusch, 2004; Smith ve McCaffery, 2010).



Şekil 4. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları ve Kişinin Rolü

Kaynak: Kickbusch, I. (2004). Improving Health Literacy in The European Union: Towards A Europe of Informed and Active Health Citizens, pp: 3, *7thEuropeanHealth Forum Gastein*; based on; Nutbeam, D. (2000).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili bir diğer sınıflama da Zarcadoolas ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir. Bu sınıflamada sağlık okuryazarlığı; temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olmak üzere 4 başlıkta incelenmiştir.

-Temel Okuryazarlık: Sağlık okuryazarlığı için kilit öneme sahip olan bu basamak okuma, yazma, konuşma ve sayılarla işlem yapma becerilerini içerir. Hastanın sağlıkla ilgili istatistikî bilgileri anlayabilmesi, tedavi riskleri ve olasılıkları değerlendirebilmesi, kendisine tavsiye edilen ilaç kullanım talimatlarına uyabilmesi gibi sayısal beceriler temel sağlık okuryazarlığı için beklenen yeteneklerdir. Sağlık okuryazarlığında kelimeleri okuyabilmek ve anlayabilmek kadar, sayısal verileri anlayabilmek ve yorumlayabilmek de önemlidir (Zarcadoolas ve diğ., 2006; Parvanta ve diğ., 2011).

-Bilimsel Okuryazarlık: Bu basamak kişilerin sağlık alanında bilimi ve teknolojiyi anlama ve kullanma ile ilgili becerilerini kapsar. Bilim ve teknolojiye hızlı değişimi takip edebilme yeteneği gerektirir. Günümüzde bilim ve teknoloji her alanda olduğu gibi sağlık alanında da hızla gelişmekte, teknoloji her geçen gün sağlık alanına, aynı zamanda da hasta ve hasta yakınlarının hayatına daha çok girmektedir. Bu durum da, sağlık okuryazarlığı için sağlık teknolojilerinde yaşanan gelişmeleri takip etmeyi, anlamayı ve kullanmayı gerekli hale getirmektedir (Zarcadoolas ve diğ., 2006)

-Yurttaşlık Okuryazarlığı: Bu basamak kişinin kamusal düzenin farkında olması ve toplumun hiyerarşik düzenini bilmesini ifade eder. Bireyin yaşadığı toplumdaki ilişki ağları hakkında bilgi düzeyinin yüksek olması, yurttaşlık okuryazarlığını da arttıracaktır. Bu durum da kişinin, kamu otoritelerini, başka bir deyişle karar vericileri etkileme konusundaki beceri ve eğilimini arttıracaktır. Kişinin yurttaşlık okuryazarlığı arttıkça kendisinin ve başkalarının sağlık haklarını savunma becerileri ve kendi eylemlerini daha büyük sosyal gruplara yayma yeteneği de artar (Zarcadoolas ve diğ., 2006).

-Kültürel Okuryazarlık: En geniş anlamıyla kültür, bir toplumu ya da toplumsal bir grubu tanımlayan belirgin maddî, manevî, zihinsel ve duygusal özelliklerin bileşiminden oluşan bir bütün ve sadece bilim ve edebiyatı değil, aynı zamanda yaşam biçimlerini, insanın temel haklarını, değer yargılarını, geleneklerini ve inançlarını da

kapsayan bir olgudur (UNESCO, 1982). Kültür bir toplumun dil, davranış biçimi, inanç, adet, gelenek gibi ortak özelliklerini ifade eden bir kavramdır. Sağlık ile ilgili bilgilerin yayılmasında kültürel okuryazarlık kolaylaştırıcı bir rol oynar. Kişi tedavi yönteminden, ilaç kullanımına, teknolojiye yaklaşımına kadar pek çok konuyu içinde yetiştiği kültür penceresinden değerlendirir. Sağlık alanında kültürel okuryazarlık karşılıklı olmalıdır. Gerek sağlık bilgisini veren kişi (doktor, hemşire, eczacı vb.) gerekse sağlık bilgisini alan kişi (hasta veya hasta yakınları), karşısındaki insanın yetişmiş olduğu kültürü ve bu kültürün özelliklerini anlamaya çalışmalı, iletişim kurarken kültür ögesini asla göz ardı etmemelidir. Kültürel okuryazarlık sağlık hizmetleri sunumunda bütün tarafların birbirlerinin onurlarını korumalarını, birbirlerine saygı göstermelerini ve bir birlerinin farklılıklarını kabul etmelerini gerektirir (Zarcadoolas ve diğ., 2006).

Zarcadoolas ve diğerleri (2006) yaptıkları sınıflamada sayısal becerilerin öneminin altını çizmişler, bilimsel ve teknolojik gelişmelere ayak uydurmanın gerekliliğine dikkat çekmişler ve özellikle sağlık iletişiminde kültür kavramının ne kadar önemli bir unsur olduğunu vurgulamışlardır. Gerek Nutbeam, gerekse Zarcadoolas ve arkadaşları yaptıkları sağlık okuryazarlığı sınıflamalarında, bu kavramın yalnızca sağlık bilgilerini okumak ve anlamının ötesinde, çok boyutlu bir süreç olduğunu ortaya koymuşlardır. Sağlık okuryazarlığı kavramının bu çok boyutlu yapısı, kavramın ölçülmesini de zorlaştırmaktadır (Sezgin, 2013).

1.3.4. Sağlık Okuryazarlığının  nemi

Sağlık hizmetleri hayatımızda giderek daha önemli hale gelirken, sağlık sistemi de gelişen yeni teknolojiler, uzmanlaşmayla birlikte oluşan yeni alanlar, siyasi ve politik kararlarla değişen hiyerarşik yapı, değişen randevu ve ödeme sistemi gibi pek çok unsurla birlikte her geçen gün daha karmaşık bir hal almaktadır. Bu durum sağlık okuryazarlığı kavramının öneminin arttırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı sağlığın korunmasından geliştirilmesine, iyi sağlık halinin kaybolması durumunda sağlık hizmetlerine ulaşımdan bu hizmetlerin kullanımına, sağlık hizmetleri kullanımından sonra sağlık profesyonellerininin uyarı ve talimatlarına uyumdan ilaç kullanımına kadar

pek çok süreçte etkin rol oynar. Sağlık okuryazarlığı kavramı pek çok insana yabancı gelse de aslında durum hiç de öyle değildir. Günlük hayatta;

- Satın aldığımız bir gıda ürününün etiketini okumamız,
- Gazetelerde sağlıkla ilgili haberler okumamız,
- Sağlıkla ilgili televizyon programları takip etmemiz,
- Diyet ve egzersiz yapmamız, beslenmemize dikkat etmemiz,
- Ne zaman doktora görünmemiz gerektiğine ve hangi sağlık kuruluşuna (aile hekimi, özel hastane, devlet hastanesi, üniversite hastanesi...) başvuracağımıza karar vermemiz,
- Doktor için randevu almamız,
- İlaç kullanmamız gerektiğinde doktorumuzun veya eczacımızın talimatlarına uymamız, ilacın prospektüsünü okumamız ve buna benzer yaptığımız veya yapmadığımız daha pek çok şey sağlık okuryazarlığıyla alakalıdır.

Sağlık okuryazarlığı öncelikle sağlığın korunmasında önemli bir rol oynar. Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Sağlık okuryazarlığı arttıkça, kişilerin dengeli beslenme, fiziksel aktiviteler yapma, stresten kaçınma gibi konulardaki eğilimleri de olumlu yönde artmaktadır (Sezer, 2012). Wanger ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli olanların %47,4'ü günlük düzenli olarak meyve sebze tükettiklerini belirtirken, sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda bu oran %29,3'te kalmıştır. Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olanların %36,6'sı egzersiz yaptıklarını belirtirken, sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlarda egzersiz yapma oranı %29'dur. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişiler sigara, alkol, uyuşturucu bağımlılığı gibi kötü alışkanlıklardan kurtulma ve bu alışkanlıkların tedavisi için dahil oldukları süreçlerden, sağlık okuryazarlığı yüksek olanlara göre daha çabuk ayrılma, tedavi sürecini tamamlamadan bırakma eğilimindedirler (Stewart ve diğ., 2014). Bunun sebebi de katılımcıların tedavi sürecinde kullanılan yazılı materyalleri ve sözlü talimatları anlamakta zorlanmaları ve bu durumu utandıkları için başkalarıyla paylaşmadıkları, başkalarına soru sormaktan çekinmeleri olarak açıklanabilir (Parikh ve diğ., 1996). Sağlığın korunmasında sağlık okuryazarlığının etkisini gösteren bir başka çalışma da Bennett ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır. Amerika Birleşik

Devletleri'nde 65 yaş ve üzeri 2668 yaşının katılımıyla yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı ile grip aşısı yaptırma, meme kanseri taraması/mamografi ve dişler için chek-up yaptırma gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı arttıkça insanların koruyucu sağlık hizmetlerini kullanım oranları da artmaktadır.

Sağlık okuryazarlığının sağlık çıktıları üzerinde de önemli etkileri vardır. Özellikle sağlık kurumlarının akredite edilmesi ve verilen hizmet kalitesinin yükseltilmesi ile ilgili çalışmalar yapan ve bu alanda referans kurumlardan birisi olan Uluslararası Ortak Komisyon (JointComission International-JCI) verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde İngilizce konuşma ve yazma becerisi düşük olan hastalarda tıbbi hata rapor oranı %49,2 iken, iyi derecede İngilizce konuşup yazabilen hastalarda bu oran %29,5 olarak belirlenmiştir. Raporlanan bu olaylarda düşük okuma yazma düzeyine sahip hastaların %47'si oluşan tıbbi hatalardan fiziksel zarar görürken, yüksek okuma yazma becerisine sahip hastalardan %25'i fiziksel zarara maruz kalmışlardır. Ayrıca düşük okuma yazma becerisine sahip hastaların tıbbi hatalara bağlı sebeplerden ölüm oranı %3,7 iken, okuma yazma becerileri yüksek olan hastalarda bu oran %1,4'tür(JCI, 2007). Bu rakamlarda sağlık okuryazarlığı yalnızca İngilizce konuşabilme ve okuyabilme becerisi olarak ele alınmıştır. 2002 yılında 288 milyon olan Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun 40-44 milyonluk kesiminin (%13 ile %15 arası) en düşük okuryazarlık seviyesinde yer aldığı göz önünde bulundurulacak olursa, hastaların sağlık hizmetleri alımları sürecinde yalnızca iyi derecede konuşabiliyor ve okuyabiliyor olmalarının bile ne kadar hayati önem taşıdığı anlaşılacaktır (U.S. Department of Education, 2002).

2006 yılı verilerine göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde nüfusun yalnızca %12'si 'yeterli' sağlık okuryazarlığına sahiptir. Nüfusun üçte birinden daha fazla bir kesimi ise, nüfusun %35'i yani yaklaşık 77 milyon kişi, en alt düzeyler olan temel düzey ve temel düzeyin altında sağlık okuryazarlığına sahiptir (U.S. Department of Education, 2006). Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yayınlanan rapora göre, Yeni Zelanda nüfusunun %56,2'si yetersiz sağlık okuryazarlığına sahiptir. Bu durum yaklaşık iki buçuk milyon Yeni Zelandalının günlük hayatlarında sağlıkla ilgili asgari düzeyde bilgilerden mahrum olduğunu göstermektedir (New Zealand Health Ministry, 2010). Avustralya nüfusunun %59'u (Pink, 2006), Kanada'da çalışan nüfusun %55'i,

65 yaş üstü nüfusun %88'i, toplam nüfusun %60'ı (Canadian Public Health Association, 2008) yetersiz sağlık okuryazarlığına sahiptir. Sekiz Avrupa Birliği ülkesinde (İspanya, Polonya, Almanya, Hollanda, Yunanistan, Bulgaristan, Avusturya, İrlanda) toplam 8.000 katılımcıyla yapılan sağlık okuryazarlığı çalışması da, neredeyse her iki katılımcıdan birinin (%47) sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir (Pelikan ve diğ., 2012). Türkiye'de ise Sağlık-Sen tarafından yapılan çalışmada, toplumun %24,5'inin 'yetersiz', %40,1'inin ise 'sorunlu' sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı ortaya çıkmıştır (Tanrıöver ve diğ., 2014).

Bütün bu rakamlar ve oranlar farklı tarihlerde, farklı ülkelerde, farklı metodlarla yapılan çalışmalar sonucu elde edilmiştir. Bu nedenle 'yetersiz', 'sorunlu', 'sınırlı' gibi kategorilerin bütün çalışmalarda aynı şeyi ifade edip etmediği akla gelebilir. Fakat olaya tersinden bakacak olursak bütün çalışmalar yapıldıkları örneklemin büyük çoğunluğunun okuryazarlık düzeyinin 'yeterli' düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır. Bu durum yetersiz sağlık okuryazarlığının ne boyutlarda olduğunu, ve sağlık okuryazarlığı iyileştirme çalışmalarının etki alanının ne denli geniş olduğunu ortaya koyması açısından son derece önemlidir.

Sağlık okuryazarlığının öneminin anlaşılabilmesi için, ekonomik boyutunun da mutlaka göz önünde bulundurulması gerekir. Düşük sağlık okuryazarlığının, Amerika Birleşik Devletleri'nin Missouri eyaletine yıllık ekonomik maliyeti 3,3 milyar dolar ile 7,5 milyar dolar arasında değişmektedir. Eyalette yılda yaklaşık 78.000 civarında önlenbilir hastaneye yatış gerçekleşmektedir. Önlenbilir yatışlarla sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur (Cimasi ve diğ.,2013). Düşük sağlık okuryazarlığının Amerika Birleşik Devletlerine toplam maliyeti ise 106 ila 238 milyar dolar arasında değişmektedir (Kanaj ve Mitic, 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nin 3 eyaletinde (Ohio, Texas,Florida) 65 yaş üzeri 3260 yaşlıyla yapılan bir çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip yaşlılarda acil servis maliyetlerinin kişi başı ortalama 1551 dolar olduğu, bununla birlikte yeterli sağlık okuryazarlığına sahip yaşlılarda bu rakamın ortalama 108 dolara düştüğü belirlenmiştir. Aradaki muazzam fark istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuş ve bunun sebebi olarak da sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin sağlık hizmetlerini gereksiz ve verimsiz kullanmaları olarak belirtilmiştir (Howard ve diğ., 2005). Eichler ve arkadaşları da (2009) sınırlı sağlık okuryazarlığının ortadan kaldırılmasıyla,

Amerika Birleşik Devletleri'nin yıllık toplam sağlık harcamalarında %3 ila %5 oranında bir düşüş yaşanacağını belirtmişlerdir. Sağlık okuryazarlığı düşük kişiler, yüksek sağlık okuryazarlığına sahip kişilere göre %6 daha fazla hastaneye başvurumaktadırlar. Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişiler hastanede ortalama 2 gün daha fazla yatmaktadır (Center for Health Care Strategies, 2013).

Düşük sağlık okuryazarlığına sahip insanlar sağlık bilgilerini anlamada zayıflık, prosedür ve talimatları yerine getirmede zorluk ve sağlık hizmetlerine ulaşımında problem yaşayabilirler. Bu bireyler genellikle hastalanma riski yüksek, tedavi yöntemlerini anlama yeteneği düşük, koruyucu sağlık hizmetleri kullanım oranı düşük, hastaneye yatma süreleri uzun kişilerdir. Sağlık okuryazarlığı düşük insanlar günlük hayatın içinde yer alan sıradan faaliyetlerden olan bir ilaç kutusunun üzerinde yazanları okuma, ilaç kullanım talimatlarına uyma hatta hastaneden randevu alma gibi konularda bile zorluk çekerler (Osborne, 2013).

Görüldüğü üzere sağlık okuryazarlığı; sağlığın korunmasında, sağlık hizmetlerine ulaşımından kullanımına, sağlık hizmetleri harcamalarına, sağlık çıktılarına kadar pek çok alanda etkilidir. Özellikle kronik hastalıkların seyri üzerinde hastanın kişisel tutum ve davranışlarının yüksek etkisine paralel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin de önemli ölçüde etkisi vardır. Dünyada tüm ölümlerin %63'nün sebebinin kronik hastalıklar olması (WHO, 2005), Amerika Birleşik Devletleri'nde her 10 ölümden 7'sinin kronik hastalıklardan kaynaklanıyor olması (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2009), ülkemizde de 22 milyon kişinin kronik hastalıkların etkisi altında olması (Sağlık Bakanlığı, 2013), sırf kronik hastalıkların yönetimine bakan yönüyle bile, sağlık okuryazarlığının ne denli önemli bir konu olduğunu ortaya koymaktadır.

1.3.5. Sağlık Okuryazarlığına Farklı Yaklaşımlar

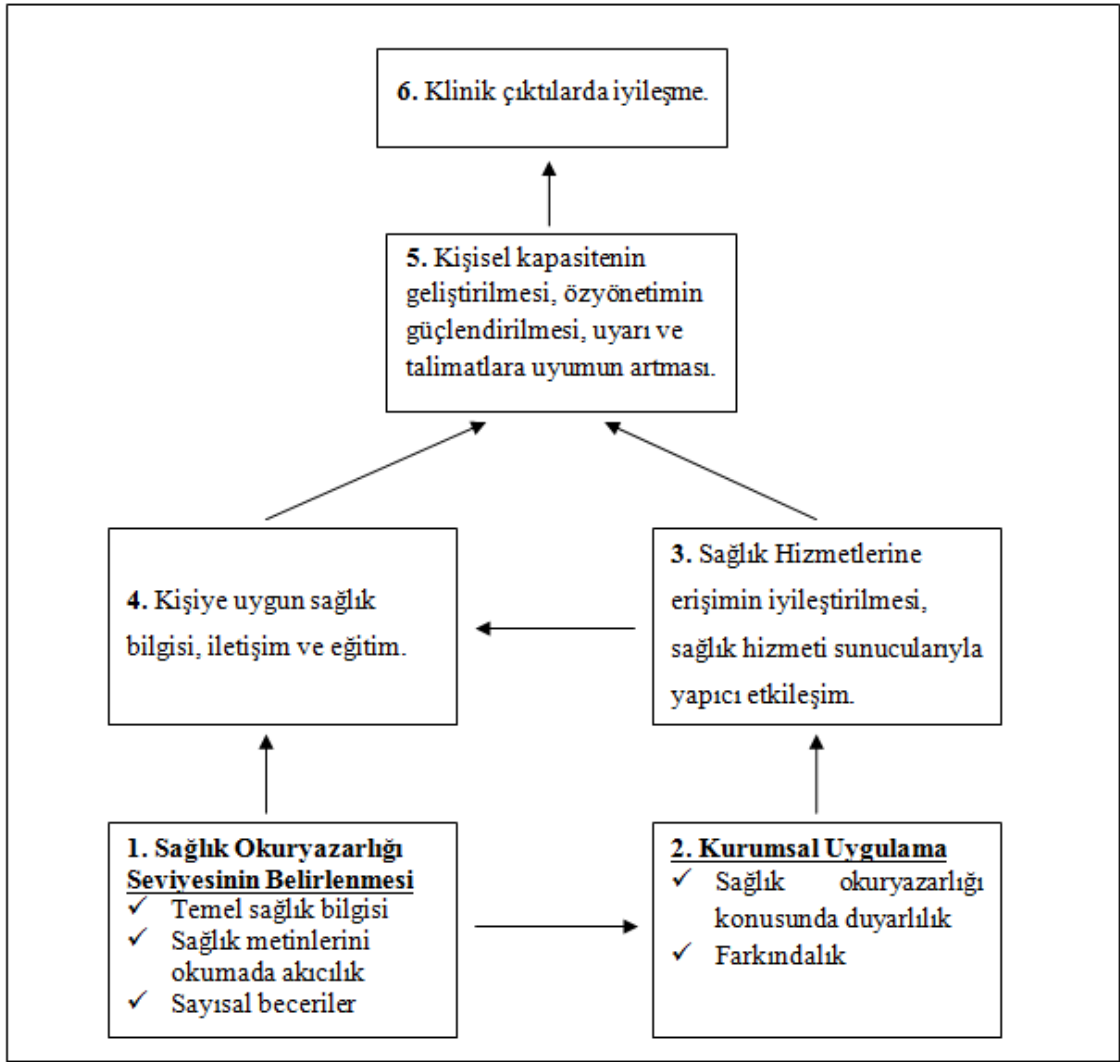
Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar her geçen gün artmaktadır. Bu çalışmalar, sağlık okuryazarlığı kavramının başka alanlarla olan ilişkisini ortaya koymakta, kavrama farklı boyutlar kazandırmaktadır. Yeni gelişmeler ışığında sağlık okuryazarlığı kavramının tanımı da şekillenmektedir. Çeşitli tanımlamalardan yola çıkarak iki farklı sağlık okuryazarlığı bakış açısı gelişmiştir. Bunlardan ilki sağlık okuryazarlığını bir

risk faktörü olarak gören ve özellikle sağlık bakım sürecinde dikkatli bir şekilde yönetilmesi gerektiğine inanan bakış açısı, diğeri ise sağlık okuryazarlığını bir varlık, bir değer olarak gören ve yalnızca kaybedilen sağlığın geri kazanılması için değil, sağlıklı olma durumunun sürdürülmesi için de sağlık okuryazarlığının gerekliliğini vurgulayan bakış açısıdır (Parker, 2000; Renkert ve Nutbeam, 2001)

1.3.5.1. Bir Risk Faktörü Olarak Sağlık Okuryazarlığı

Okuryazarlık ve sağlık arasındaki ilişkinin ortaya konulması ve bu ilişkiye yönelik farkındalığın artmasıyla sağlık okuryazarlığı kavramı farklı boyutlardan incelenmeye başlanmıştır. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan pek çok çalışmada düşük sağlık okuryazarlığının getirdiği maliyetler, sebep olduğu iletişim aksaklıkları ve yönetim zorlukları üzerinde durulmuştur. Düşük sağlık okuryazarlığının negatif etkileri politika yapıcılarının ve sağlık hizmeti sunucularının da dikkatini çekmiştir (Howard ve diğ., 2005; Parker, 2000). Şekil 5'te sağlık okuryazarlığını bir risk faktörü olarak ele alan bakış açısında, mevcut sağlık okuryazarlığı seviyesinin belirlenmesinden, klinik çıktıların iyileştirilmesine kadar olan süreçte hangi adımların yer aldığı gösterilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı kavramını yönetilmesi gereken bir risk faktörü olarak gören bakış açısının temelinde, düşük sağlık okuryazarlığının neden olabileceği maliyetler ve yönetim sorunları vardır. Yetersiz okuryazarlık düzeyi klinik sonuçlarını da olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden, söz konusu yaklaşımda temel amaç klinik çıktılarının iyileştirilmesidir. Süreç kişinin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesiyle başlar. Yetersiz sağlık okuryazarlığının olumsuz etkilerinden korunmak için hizmet sunucuları hastalarla iş birliği içinde olmalıdır. Hizmet sunucuları düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalara karşı daha duyarlı olmalıdır. Böylece hastaların hizmete erişimi kolaylaşacak, hasta ve sağlık çalışanları arasında yapıcı bir etkileşim meydana gelecektir. Bu bakış açısında özellikle doktorlar çok önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık bakım sürecinde doktorlar hastalarla uygun iletişimi kurarak onları bilgilendirme, bir anlamda onları eğitime rolünü üstlenirler. Sonuç olarak sağlık bakım sürecinde hastanın etkinliği artar. Ayrıca hasta, uyarı ve talimatlara daha çok uymaya başlar. Bütün bunlar da klinik çıktılarının iyileşmesine yardımcı olur (Nutbeam, 2008).



Şekil 5. Bir Risk Faktörü Olarak Sağlık Okuryazarlığı

Kaynak: Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy, Journal of Social Science&Medicine, (67), pp: 2072-2078.

Bu bakış açısı kişinin etki alanını kendi sağlığıyla sınırlandırmış ve sosyal çevreyi gözardı etmiştir. Ayrıca sürecin sağlık kurumunda başlıyor olmasıyla, sağlık okuryazarlığı, kaybedilen sağlığın geri kazanılması için kullanılan bir araç olarak görülmüş ve anlamı daraltılmıştır.

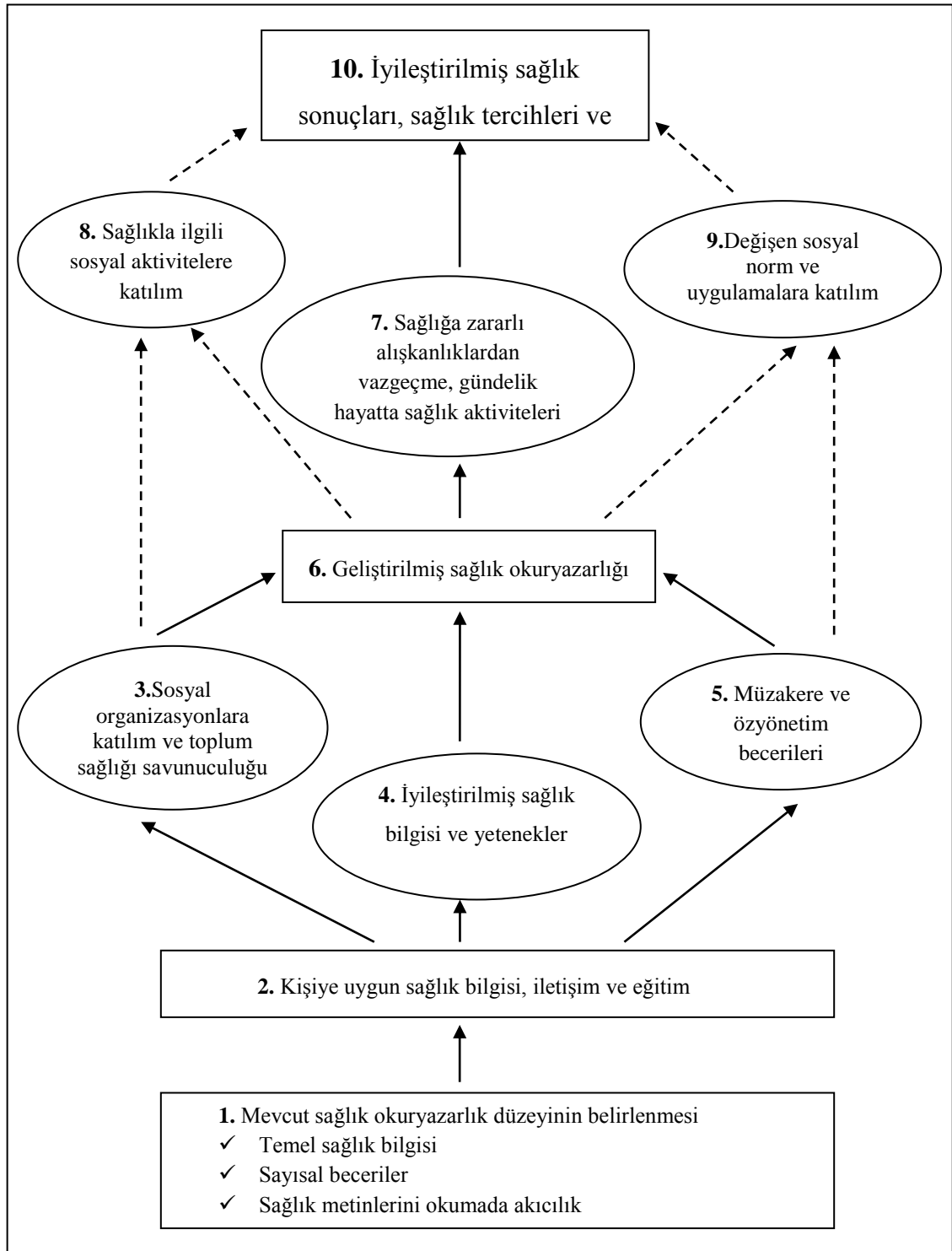
1.3.5.2. Bir Değer Olarak Sağlık Okuryazarlığı

Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını ‘iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda hastaların sağlık bilgilerine erişebilme, anlama ve kullanabilme kapasiteleri’ olarak tanımlamıştır (WHO, 1998). Bu tanımdan yola çıkan araştırmacılar,

sağlık okuryazarlığının yalnızca randevu alabilmek veya hastanedeki broşürleri okuyabilmekten çok daha fazlası olduğunu savunmuşlardır. Daha çok İngiltere, Kanada ve Avustralya'da yapılan pek çok araştırmada sağlık okuryazarlığının yalnızca sağlık hizmeti alırken hastaların işini kolaylaştıran fonksiyonel bir kavram olmadığı, kişinin bütün hayatını etkileyen, sağlığın kazanılmasının yanı sıra mevcut iyi sağlık halinin de korunması için gerekli olan bir kavram olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca sağlık okuryazarlığının gelişmesiyle ortaya çıkacak pozitif sonuçların yalnızca kişinin kendi sağlığını değil, toplum sağlığını da olumlu etkileyeceği vurgulanmıştır (Coulter ve Ellins, 2007; Renkert ve Nutbeam, 2001; Rootman ve Ranson, 2005; Hayes ve diğ., 2007).

Şekil 6'da, sağlık okuryazarlığına bir değer olarak yaklaşan bakış açısına göre sağlık okuryazarlığı adımları gösterilmektedir. Bir değer olarak sağlık okuryazarlığı yaklaşımı, sağlık okuryazarlığını bir süreç olarak ele alır ve bu süreç ilerledikçe kişinin katılımı pasiften, aktife ve pro-aktife doğru değişir. İlk aşamada yalnızca kendi sağlığı ile ilgili kararlara etki eden birey, sağlık okuryazarlık düzeyi yükseldikçe çevresindeki insanların ve tüm toplumun sağlığını ilgilendiren konularda giderek daha çok söz alma eğiliminde olur.

Sağlık okuryazarlığını bir değer olarak gören bakış açısında da, tıpkı risk faktörü yaklaşımında olduğu gibi, süreç kişinin mevcut sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesiyle başlar. Fakat bunun için kişilerin sağlıklarını kaybetmiş olmaları veya bir sağlık kurumuna başvurmaları gerekmez. Mevcut durum tespit edildikten sonra kişiye uygun eğitim ve iletişim kanallarıyla, kişinin ihtiyaç duyduğu sağlık bilgisine ulaşması sağlanır, bilgi birikimi artırılır. Bu eğitimlerin sağlık çalışanları tarafından, sağlık bakım sürecinde verilmesi şart değildir. Örgün eğitim sistemi içerisinde veya hayat boyu öğrenme anlayışıyla çeşitli yetişkin kurslarında, eğitim programlarında bu bilgi desteği sağlanabilir. Sağlık bilgi birikimi artan kişi, ulaştığı sağlık okuryazarlık seviyesine göre roller üslenir.



Şekil 6. Bir Değer Olarak Sağlık Okuryazarlığı

Kaynak: Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy, Journal of Social Science&Medicine, (67), pp: 2072-2078.

Temel düzeyde, yalnızca bilgiye ulaşan ve öğrenen kişi, sağlık bakım sürecinde hala pasif rodedir. Kişi öğrendiği bilgileri kullandıkça müzakere yeteneği artar, özyönetimi gelişir ve kendi sağlığı ile ilgili aktif bir rol üslenir. İlerleyen aşamalarda sağlıkla ilgili sosyal faaliyetlere de katılmaya başlayan kişi, toplum sağlığını ilgilendiren konularda da aktif roller üslenmeye, halk sağlığını ilgilendiren konularda politika yapıcılarını etkilemeye çalışır. Tüm bunların sonucunda kişinin sağlık okuryazarlığı gelişir ve gelişim kişinin günlük hayatını etkiler. Zararlı alışkanlıkların terk edilmesi, gündelik hayatta sağlık aktivitelerine başlanması gibi değişiklikler, artan sağlık okuryazarlığı seviyesinin etkileri olarak değerlendirilir. Süreç sonunda kişinin sağlık çıktılarının yanı sıra, sağlık tercihleri ve sağlığın geliştirilmesine yönelik fırsatlarda da bir iyileşme yaşanır. Yaşanan iyileşme yalnızca kişi sağlığı ile ilgili değil, ayrıca toplum sağlığında da gözlemlenebilir (Nutbeam, 2008).

1.3.6. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Ölçülmesi

Sağlık okuryazarlığı alanında yaşanan en büyük sıkıntılardan bir tanesi, kavramın ölçülmesinde yaşanan zorluktur. Sağlık okuryazarlığının ölçümü için geliştirilen pek çok ölçek olsa da, her bir ölçekte var olan çeşitli sınırlılıklar, bu ölçeklerin farklı coğrafyalarda ve kültürlerde kullanımına engel olmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı kavramının ölçümünde ne tür bir ölçek kullanılacağı sorusunun cevabı, kavramın nasıl tanımlandığına bağlıdır. Eğer sağlık okuryazarlığı yönetilmesi gereken bir risk faktörü olarak ele alınıp, işlevsel bir kapasite olarak algılanırsa, kişilerin okuma ve konuşma becerilerini ölçmek, kavramın değerlendirilmesi için yeterli olacaktır. Fakat değer temelli bakış açısıyla sağlık okuryazarlığına yaklaştığımızda, kavramın içine okuma ve konuşma becerilerinin yanı sıra; anlama, yorumlama ve müzakere etme yetenekleri de girmektedir. Aynı zamanda sosyal çevre, hayat tarzı, alışkanlıklar ve toplum sağlığı da işin içine gireceğinden, yalnızca okuma ve konuşma becerilerini ölçmek, sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde yetersiz kalacaktır (Baker, 2006; Nutbeam, 2009; Mancuso, 2009).

Sağlık okuryazarlığını ölçmek amacıyla, gerek kişilerin yalnızca okuma ve konuşma becerilerini ölçmeyi hedefleyen, gerekse kişinin anlama ve yorumlama yeteneğini de işin içine katan pek çok ölçek geliştirilmiştir.

1.3.6.1. Okuma Testleri

Sağlık okuryazarlığını, yalnızca sağlığını kaybeden hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma süreçlerinde kolaylaştırıcı etkiye sahip, işlevsel bir kavram olarak gören bakış açısına göre geliştirilmiş testlerdir. Katılımcıların kavrama veya bilgiyi kullanma yetenekleri, sosyal çevreyle olan ilişkileri ve gündelik hayattaki sağlık davranışları değerlendirilmez. Bu kapsamda geliştirilen testler aşağıda verilmiştir.

1.3.6.1.1. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine -REALM)

İlk kez 1991 yılında Davis ve arkadaşları tarafından tasarlanıp kullanılan test, tıbbi terimleri tanıma ve söyleme yeteneğini ölçen bir telaffuz testidir (Davis ve diğ., 1991). İlk versiyonu 125 kelimedenden oluşan test 1993 yılında Davis ve arkadaşları tarafından tekrar revize edilerek 66 kelimeye indirilmiştir (Davis ve diğ., 1993). 2003 yılında Bass ve arkadaşları ölçeği daha da kısaltarak Gözden Geçirilmiş Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahminini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Resived, -REALM-R) testini tasarlamışlardır. Ölçeğin bu versiyonu 11 kelimedenden oluşmaktadır. Son olarak 2007 yılında Arozullah ve arkadaşları Tıpta Yetişkin Okuryazarlığı Hızlı Tahmini- Kısa Form'u (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Short Form, -REALM-SF) geliştirmişlerdir (Arozullah ve diğ., 2007). Ölçeğin geliştirilen bu son versiyonu 7 kelimedenden oluşmaktadır.

REALM ölçeğinin en büyük avantajı uygulamasının kolay ve hızlı olmasıdır. 125 kelimelik ilk versiyonu dahi 3-5 dakikada uygulanabilmektedir. İngilizce ve İspanyolca olarak kullanılabilen bu test kolaydan zora doğru sıralanmış kelimelerden oluşur. Telaffuzu kolay olan, basit tek heceli kelimelerle başlar (örneğin fat,flu,pill vb.) daha uzun ve telaffuzu nispeten daha zor olan kelimelerle (örneğin inflammatory, osteoporosis, gallbladder vb.) devam eder. Katılımcılara REALM formu verilir ve üzerinde yazan kelimeleri sırasıyla ve yüksek sesle okuması istenir. Doğru telaffuz edilen kelimeler puanlanarak ölçeğin değerlendirmesi yapılır. Bu ölçeğin en büyük dezavantajı katılımcının anlama yeteneği ve sayısal becerilerini ölçememesidir.

Yalnızca tıbbi kelimelerin doğru telaffuz edilip edilmediklerine yoğunlaşan REALM, katılımcıların okuma düzeylerini ölçmeye yardımcı olur (Osborne, 2013).

1.3.6.1.2. Tıbbi Başarımlar Okuma Testi (Medical Achievement Reading Test-MART)

Kolay ve hızlı bir şekilde yönetilebilen bu test Hanson (1997) tarafından oluşturulmuştur. MART, ilaç etiketleri ve hasta eğitim malzemelerinde sıklıkla kullanılan 42 kelimedenden oluşur. Kelimelerin doğru telaffuzuna odaklanan test, katılımcının doğru okuduğu her kelimenin puanlaması yoluyla değerlendirilir. Test 3 ila 5 dakika içerisinde tamamlanır. Bu hızlı uygulama süresi testin en büyük avantajıdır.

1.3.6.1.3. Diyabet Hastaları İçin Okuryazarlık Değerlendirmesi (Literacy Assessment for Diabetes -LAD)

Bu test artan zorluk derecesine göre üç aşamalı sözcük listelerinden oluşan bir sözcük tanıma testidir. Diyabetlere özgü olarak klinik ziyaretlerde ve öz-bakım öğrenimi süresinde karşılaşılabilecekleri terimleri telaffuz etme becerilerini ölçer. Bu testin yürütülmesi en az 3 dakika sürer. Diyabetli yetişkinlerde okuryazarlığı ölçmeye yönelik güvenilir ve geçerli bir araçtır. Bu test REALM testinin diyabet hastalarına özel versiyonudur denilebilir (Nath ve diğ., 2001).

Bunlarla birlikte Gözden Geçirilmiş-Slosson Sözel Okuma Testi 3 (Slosson Oral Reading Test-Revised 3 - SORT-R3), Gözden Geçirilmiş Geniş Kapsamlı (Aralıklı) Başarımlar Testi-3 (Wide Range Achievement Test -Revised 3- WRAT-R3) gibi birbirine benzer çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bunlar arasında özellikle MART 0,96 test-tekrar test güven skoruyla, literatürde sıkça kullanılmaktadır. Tüm bu testlerin ortak özelliği katılımcıların kelime telaffuzlarına göre değerlendirilmesidir. Herhangi bir anlama kapasitesi veya sayısal işlem yeteneğini değerlendirmeyen bu testlerin tamamı hastaların okuma yeteneğini ölçmeye yöneliktir (Hanson, 1997; IOM, 2004).

1.3.6.2. Kavrama Testleri

Bu testler katılımcıların yalnızca okuma becerilerini değil, aynı zamanda anlama ve sayısal işlem yapma kapasitelerini de ölçmeyi amaçlar. Bu testler; çok boyutlu ve karmaşık bir yapı olan sağlık okuryazarlığı kavramının değerlendirilmesinde, okuma testlerine göre daha kapsamlı sonuçlar vermeleri açısından, sağlık okuryazarlığını bir varlık olarak gören bakış açısına daha uygundur.

Aşağıda, bu bakış açısına uygun olarak geliştirilmiş testlere yer verilmiştir.

1.3.6.2.1.Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults – TOFHLA)

1995 yılında Parker ve arkadaşları tarafından geliştirilen TOFHLA, kişinin sağlık sistemini anlayıp sistem içerisinde sağlıklı iletişim kurabilme ve sayısal işlem yapabilme becerisini ölçmeyi hedefler. TOFHLA'nın 20 sorudan oluşan sayısal test kısmında hastanın, sağlık bakım sürecinde kendisine iletilen sayısal verileri ne derece doğru anladığı ve yorumladığı araştırılır. Bu bölümde katılımcılara bir etiket üzerindeki tıbbi talimatlar ve çeşitli tanı senaryoları sunulur. Katılımcılar senaryoları gözden geçirerek sorulara yanıt verirler. Testin sözel test kısmı 50 sorudan oluşur. Bu bölümde katılımcılara tıbbi olaylarla ilgili kısa pasajlar verilir. Fakat bu pasajlarda bazı boşluklar bırakılır. Her cümlede eksik bir veya iki kelime vardır ve katılımcılardan bu cümleleri okuyarak, verilmiş dört seçenekten en uygun kelimeyi seçerek cümleleri tamamlamaları istenir. TOFHLA testinin uygulanması yaklaşık 22-25 dakika sürer. Test 100 puan üzerinden değerlendirilir ve sonuçlar 3 kategoride toplanır. 0-59 puan aralığı yetersiz sağlık okuryazarlığını, 60-74 puan aralığı düşük sağlık okuryazarlığını ve 75-100 puan aralığı yeterli sağlık okuryazarlığını gösterir (Parker ve diğ., 1995).

Barker ve arkadaşları 1999 yılında Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA) ismiyle testin kısa versiyonunu geliştirmişlerdir. Bu versiyon 36 sözel 4 sayısal toplam 40 sorudan oluşmaktadır ve uygulama süresi yaklaşık 8-12 dakikadır. Test uzun versiyonunda olduğu gibi 100 puan üzerinden puanlanmaktadır ve sonuçlar aynı 3 kategori üzerinden yorumlanır (Barker ve diğ., 1999).

Katılımcıların okuma yeteneğinin yanı sıra anlama ve sayısal işlem yapma yeteneğini de ölçen TOFHLA, aynı zamanda katılımcıların sağlık bilgi düzeyleri ve doğru karar verebilme yetenekleri konusunda da bilgiler verir. Uygulama süresinin diğer pek çok okuryazarlık testinden uzun olması, TOFHLA'nın dezavantajı olarak düşünülebilir. Testin İngilizce, İspanyolca ve İbranice versiyonları mevcut olmakla birlikte diğer diller için uygun olmaması bir başka kısıtlılıktır (Barker ve diğ., 1999).

1.3.6.2.2. En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (The Newest Vital Sign -NVS)

Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin belirlenmesi için kullanılan ve hızlı bir test olan En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi, Weiss ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiştir. Katılımcıya herhangi bir gıda etiketi verilir ve bunu okuması istenir. Daha sonra bu gıda etiketine ilişkin 6 adet soru sorulur ve katılımcının cevaplanması istenilir. Soruların cevaplanması esnasında katılımcının söz konusu gıda etiketine bakmasında bir sakınca yoktur. Verilen doğru cevapların puanlanması yoluyla değerlendirilen test sonucunda 1 puan yetersiz sağlık okuryazarlığını, 2-3 puan sınırlı okuryazarlığı ve 4-6 puan da yeterli okuryazarlık düzeyini gösterir. Testin en büyük avantajı uygulamasının yaklaşık 3 dakika gibi kısa bir sürede tamamlanabilmesidir. Ayrıca katılımcıların hem okuduğunu anlayabilme hem de matematiksel işlem yapabilme becerilerini ölçtüğü için, yalnızca okuma yeteneğini ölçen testlere göre daha kapsamlı sonuçlar verir (Betz ve diğ., 2008; Özdemir ve diğ., 2010).

Literatürde, farklı soru şekilleri, farklı soru sayıları ve farklı uygulama sürelerine sahip daha pek çok ölçek bulmak mümkündür. Bütün bu ölçekler iki temel başlık altında gruplanabilir. Bu ölçeklerin bir kısmı katılımcıların yalnızca okuma becerilerini ölçmeye odaklanırken, bir kısmı da okuma yeteneklerinin yanı sıra anlama ve sayısal işlem yapma becerilerini de ölçerek, kişinin sağlık okuryazarlığı seviyesi hakkında daha kapsamlı bilgiler verir.

Son dönemde yapılan pek çok çalışmada sağlık okuryazarlığının hasta güvenliğini etkilediği, düşük sağlık okuryazarlığının tıbbi hata riskini arttırdığı, hastaların sağlık okuryazarlığının geliştirilmesiyle hasta güveninin daha ileri seviyelere taşınabileceği ortaya konulmuştur (Howadr ve diğ., 2005; Sudore ve diğ., 2006; The Joint Commission, 2007; Wolf, 2009; Weiss, 2009). Bu çalışmada İsviçre Peyniri Hata

Önleme Modelinden yola çıkılarak, sağlık okuryazarlığının hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılımları üzerene etkisi incelenecektir.

1.3.6.2.3. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği -32 (TSOY-32)

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından 2016 yılında tamamlanan bu ölçek çalışmasında öncelikle Sorenson ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilen, bu tez çalışmasında da veri toplama aracı olarak kullanılmış olan, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe'ye uyarlanmış, ardından yeterli ve yetersiz olduğu alanlar belirlenerek Türkiye'ye uygun bir ölçüm aracı geliştirilmiştir. Çalışma sonucu geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 ifadeden oluşmaktadır ve 5'li likert şeklinde dizayn edilmiştir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 2x4'lük bir matris yapıdan oluşmaktadır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016).

İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde çalışmada kullanılan gereçler ve araştırmanın yöntemiyle ilgili bilgilere yer verilmiştir.

2.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu çalışma Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama hastanesi dahiliye polikliniklerine başvuran hastalar üzerinde yapılan tanımlayıcı türde kesitsel bir araştırmadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Aynı amaca hizmet eden pek çok profesyonel meslek grubunun birlikte çalışmasıyla meydana gelen sağlık hizmetleri sunumu, oldukça karmaşık süreçleri içinde barındırır. Bu karmaşık süreçte hizmet sunarken en önemli öncelik, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak olmalıdır. Ancak sağlık hizmetlerinin doğası gereği gerek insan kaynaklı, gerekse sistem veya kullanılan materyal kaynaklı hatalar sıklıkla meydana gelmekte, bu hatalar hastalara zarar verebilmekte, bazı durumlarda can kaybına sebep olmaktadır. Bütün bu faktörler hasta güvenliği kavramının ortaya çıkmasına, gelişmesine ve hızla önem kazanmasına sebep olmuştur. Ancak hasta güvenliği kavramını incelerken sadece sistem, hizmet sunucuları veya kullanılan materyaller üzerinde durmak konunun tam olarak kavranmasına engel olacaktır. Hasta güvenliği kavramında konuya birinci dereceden taraf olan ve olası zararlardan en çok etkilenenler hastalardır. Hastalar genellikle hatalı uygulamaların kurbanı gibi algılanmakta ve sürekli edilgen bir pozisyonda görülmektedirler. Fakat olası hataların önlenmesi ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunumunda hastalara da pek çok sorumluluk düşmektedir. Hastalar, doğru tanıya ulaşma, tedaviye karar verme, güvenli ve tecrübeli bir hizmet sağlayıcı seçme, tedavinin doğru bir şekilde verilmesi, takip edilmesi, olumsuz olayların tanımlanması ve gerekli önlemlerin alınmasında anahtar role sahiptirler. Bu

süreçte hastaların üzerine düşen sorumluluklarını layıkıyla yerine getirebilmelerinde, sahip oldukları sağlık bilgi düzeyleri önemlidir. Bu noktada, ‘iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda hastaların sağlık bilgilerine erişebilme, anlama ve kullanabilme kapasiteleri’ (WHO, 1998) olarak tanımlanabilen sağlık okuryazarlığı kavramı devreye girmektedir.

Bu çalışmanın amacı hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek, sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen faktörleri tespit etmek ve hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri değiştikçe, kendi sağlık bakım süreçlerine katılımlarının nasıl etkilendiğini ortaya koymaktır.

2.3. PROBLEM CÜMLESİ

Araştırmanın problem cümleleri şunlardır:

- 1)Hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri sosyodemografik ve ekonomik özelliklerine göre değişmekte midir?
- 2)Farklı sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip hastaların, kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri arasında fark var mıdır?

2.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amaçları çerçevesinde ortaya konulan hipotezler şu şekildedir:

- 1) Hastaların genel sağlık okuryazarlık düzeyleri; a) cinsiyete, b) yaşa, c) medeni duruma, ç) gelire, d) eğitim durumuna, e) sahip olunan çocuk sayısına, f) en sık tercih edilen sağlık kurumuna, g) kronik hastalığa sahip olma durumuna, ğ) hane halkı içerisinde herhangi bir kronik hastalığı olan kimsenin bulunması durumuna, h)hane halkı içerisinde herhangi bir sağlık mesleğine mensup birisinin olması durumuna ı)sağlıkla ilgili alınan eğitim durumuna, i) sahip olunan sağlık sigortası türüne göre farklılık göstermektedir.
- 2) Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından olan ‘bilgiye ulaşma’ boyutu; a) cinsiyete, b) yaşa, c) medeni duruma, ç) gelire, d) eğitim durumuna, e) sahip olunan çocuk sayısına, f) en sık tercih edilen sağlık kurumuna, g) kronik hastalığa sahip olma durumuna, ğ) hane halkı içerisinde herhangi bir kronik hastalığı olan kimsenin

bulunması durumuna, h)hane halkı içerisinde herhangi bir sağlık mesleğine mensup birisinin olması durumuna ı)sağlıkla ilgili alınan eğitim durumuna, i) sahip olunan sağlık sigortası türüne göre farklılık göstermektedir.

3) Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından olan ‘bilgiyi anlama’ boyutu; a) cinsiyete, b) yaşa, c) medeni duruma, ç) gelire, d) eğitim durumuna, e) sahip olunan çocuk sayısına, f) en sık tercih edilen sağlık kurumuna, g) kronik hastalığa sahip olma durumuna, ğ) hane halkı içerisinde herhangi bir kronik hastalığı olan kimsenin bulunması durumuna, h)hane halkı içerisinde herhangi bir sağlık mesleğine mensup birisinin olması durumuna ı)sağlıkla ilgili alınan eğitim durumuna, i) sahip olunan sağlık sigortası türüne göre farklılık göstermektedir.

4) Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından olan ‘bilgiyi değerlendirme’ boyutu; a) cinsiyete, b) yaşa, c) medeni duruma, ç) gelire, d) eğitim durumuna, e) sahip olunan çocuk sayısına, f) en sık tercih edilen sağlık kurumuna, g) kronik hastalığa sahip olma durumuna, ğ) hane halkı içerisinde herhangi bir kronik hastalığı olan kimsenin bulunması durumuna, h)hane halkı içerisinde herhangi bir sağlık mesleğine mensup birisinin olması durumuna ı)sağlıkla ilgili alınan eğitim durumuna, i) sahip olunan sağlık sigortası türüne göre farklılık göstermektedir.

5) Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarından birisi olan ‘bilgiyi kullanma’ boyutu; a) cinsiyete, b) yaşa, c) medeni duruma, ç) gelire, d) eğitim durumuna, e) sahip olunan çocuk sayısına, f) en sık tercih edilen sağlık kurumuna, g) kronik hastalığa sahip olma durumuna, ğ) hane halkı içerisinde herhangi bir kronik hastalığı olan kimsenin bulunması durumuna, h)hane halkı içerisinde herhangi bir sağlık mesleğine mensup birisinin olması durumuna ı)sağlıkla ilgili alınan eğitim durumuna, i) sahip olunan sağlık sigortası türüne göre farklılık göstermektedir.

6) Hastaların doktora başvuru sayıları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

7) Hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri, sağlık okuryazarlık düzeylerine göre farklılık göstermektedir.

8) Hastaların, kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerinin alt boyutlarından olan ‘muayene öncesi yapılması gerekenler’ boyutu ortalamaları, sağlık okuryazarlığı seviyesine göre farklılık göstermektedir.

9) Hastaların, kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerinin alt boyutlarından olan ‘muayene sırasında yapılması gerekenler’ boyutu ortalamaları, sağlık okuryazarlığı seviyesine göre farklılık göstermektedir.

10) Hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerinin alt boyutlarından olan ‘muayene sonrası yapılması gerekenler’ boyutu ortalamaları, sağlık okuryazarlığı seviyesine göre farklılık göstermektedir.

11) Hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerinin alt boyutlarından olan ‘ilaç kullanımı’ boyutu ortalamaları, sağlık okuryazarlığı seviyesine göre farklılık göstermektedir.

12) Hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerinin alt boyutlarından olan ‘hastane enfeksiyonlarından korunmak için yapılması gerekenler’ boyutu ortalamaları, sağlık okuryazarlığı seviyesine göre farklılık göstermektedir.

13) Hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerinin alt boyutlarından olan ‘doktorun bir cerrahi operasyon uygun görmesi durumunda yapılması gerekenler’ boyutu ortalamaları, sağlık okuryazarlığı seviyesine göre farklılık göstermektedir.

2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Bu araştırmanın evrenini, 15 Haziran 2015- 15 Temmuz 2015 tarihleri arasındaki bir aylık süre içerisinde Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi dahili bilimler polikliniklerine başvuran 18-65 yaş grubundaki hastalar oluşturmaktadır. Hastane bilgi işlem merkezinden alınan bilgilere göre 2014 yılının aynı döneminde söz konusu polikliniklere toplam 3527 hasta başvurmuştur. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri literatüründe, 0.05 güven düzeyinde yapılacak çalışmalarda kişi sayısı 3000 ile 4000 arasında değişen evrenler için uygun olan minimum örneklem sayısı 351’dir (Büyüköztürk ve diğ., 2012; Altunışık ve diğ., 2012). Bu çalışmada tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kota örnekleme kullanılmıştır. Kota örnekleme yönteminde, evrende bulunan ve araştırma konusu için önemli olduğuna inanılan bazı spesifik özelliklerin, seçilen örnekleme de evrenle aynı oranda temsiliyeti sağlanır (Büyüköztürk ve diğ., 2012).

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından 2014 yılında yayınlanan ve çok geniş kapsamlı bir çalışma olan ‘Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’ adlı

raporda, sağlık okuryazarlığı kavramının cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği ortaya konmuştur (Sağlık-Sen, 2014). Balçık ve arkadaşları da (2014) yaptıkları geniş kapsamlı derleme çalışmasında, cinsiyetin sağlık okuryazarlığını etkileyen değişkenlerden birisi olduğunu belirtmişlerdir (Balçık ve diğ., 2014). Uğurluda yaptığı çalışmada hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin cinsiyet açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklar gösterdiği sonucuna varmıştır (Uğurlu, 2011). Tüm bu bilgiler ışığında araştırmacı tarafından bu çalışmada cinsiyete dayalı kota uygulanmıştır. Hastane bilgi işlem merkezinin verilerine göre 2014 yılının 15 Haziran-15 Temmuz tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi dahili bilimler polikliniklerine başvuran hastalardan 2152'si (%61) kadın, 1375'i (%39) erkektir.

Bu alışma kapsamında 232'si kadın (%61), 148'i erkek (%39) toplam 380 hastaya ulaşılması hedeflenmiştir.

2.6. ETİK DURUM

Bu çalışmanın yapılabilmesi için gerek Düzce niversitesinden, gerekse Hacettepe niversitesinden gerekli etik kurul izinleri alınmıştır. Ayrıca çalışmada yararlanılacak anketin kullanımı için ilgili mercilere başvuru yapılarak izin alınmıştır. İlgili izinler Ekler kısmında sunulmuştur.

2.7. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma kapsamına, kronik bir hastalık nedeniyle daha fazla hastaneye başvurularının olduğu ve bu nedenle sağlık sistemi ve sağlık personeli ile temaslarının daha fazla olduğu düşünülen dahili bilimler polikliniklerine başvuran hastalar alınmıştır. Söz konusu tarihler arasında geçen yılın verilerine de bakılarak, başvurabilecek hasta sayısının çok fazla olması, evrenin tamamına ulaşma ihtimalini ortadan kaldırmış ve bir örneklem seçmeyi zorunlu kılmıştır. Ancak söz konusu süre içerisinde polikliniklere kaç kişinin başvuracağı, kimlerin başvuracağı, hangi saatte başvuracağı gibi bilgilerin bilinmesi imkansız olduğu için olasılığa dayalı örnekleme yöntemleri

kullanılamamıştır. Bu durumda çalışma şartlarına uygun olarak olasılığa dayalı olmayan örnekleme yöntemlerinden kota örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmada elde edilen sonuçlar, hastalardan alınan bilgilerin doğru olduğu kabulüyle elde edilmiştir ve örnekleme dışına genellenemez. Bu çalışmada hasta güvenliği kavramı yalnızca hastaların sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri boyutundan ele alınmıştır.

2.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak 3 bölüm ve 94 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci bölümü araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. 15 soru içeren bu bölüm, katılımcıların sosyodemografik ve ekonomik özelliklerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Anket formunun ikinci kısmı 47 sorudan oluşmaktadır ve bu bölümde katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. 32 sorudan oluşan üçüncü bölüm araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

2.8.1. Sağlık Okuryazarlığı Anketi – Avrupa Birliği

Bu çalışmada hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi için, ‘Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi 2009-2012’ kapsamında geliştirilen ve Sağlık-Sen’in yayınlamış olduğu ‘Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması’ çalışmaları kapsamında Türkçeye çevrilerek, Türk toplumunda kullanılmasına yönelik adaptasyon ve validasyonunun yapıldığı 47 ifadeden oluşan anket formu kullanılmıştır (Tanrıöver ve diğ., 2014).

Söz konusu anket formunun farklı dillerin konuşulduğu, farklı sağlık sistemlerine ve sosyodemografik özelliklere sahip sekiz Avrupa ülkesinde (Almanya, Hollanda, Avusturya, İspanya, İtalya, Yunanistan, Bulgaristan ve Polonya) uygulanmış olması, sağlık okuryazarlığının küresel düzeyde ölçülmesi söz konusu olduğunda bu anketin diğer sağlık okuryazarlığı anketlerine göre daha avantajlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 5. Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketinin Boyutları

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	Sağlıkla İlgili Bilgilere Ulaşabilme	Sağlıkla İlgili Bilgileri Anlayabilme	Sağlıkla İlgili Bilgileri Değerlendirebilme	Sağlıkla İlgili Bilgileri Kullanabilme
Sağlık Hizmetleri Sunumu	1. Tıbbi bilgilere ulaşabilme	2. Tıbbi bilgileri anlayabilme ve çıkarımlar yapabilme	3. Tıbbi bilgileri yorumlayabilme ve değerlendirebilme	4. Tıbbi konularda karar verirken bu bilgileri kullanabilme
Hastalıklardan Korunma	5. Sağlık riskleriyle ilgili bilgilere ulaşabilme	6. Sağlık riskleriyle ilgili bilgileri anlayabilme ve çıkarımlar yapabilme	7. Sağlık riskleriyle ilgili bilgileri yorumlayabilme ve değerlendirebilme	8. Sağlık riskleriyle ilgili konularda karar verirken bu bilgileri kullanabilme
Sağlığın Geliştirilmesi	9. Sahip olunan sağlık bilgisini güncelleyebilme	10. Sağlıkla ilgili meseleleri anlayabilme ve çıkarımlar yapabilme	11. Sağlıkla ilgili meseleleri yorumlayabilme ve değerlendirebilme	12. Sağlıkla ilgili meselelerde bilgiye dayalı fikirler üretebilme

Kaynak:The European Health Literacy Project Consortium (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Members State, s:8.

Sağlık Okuryazarlığı Anketi – Avrupa Birliği, sağlık okuryazarlığı kavramını 4 temel bilgiyi işleme süreci (Bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma) kapsamında ölçmektedir.

2.8.2. Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerini Ölçmeyi Hedefleyen Anket Formu

Anket formumun son kısmı hastaların sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Yapılan literatür taraması sonucu hasta güvenliği kavramını hasta merkezli bir bakış açısıyla ölçen bir ölçeğin olmaması, bu çalışmada böyle bir ölçeğin geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Anketin, hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerini ölçmeyi hedefleyen ve geniş bir literatür taraması sonucu (Catalan ve diğ., 1994; Say ve Thomson; 2003; Florin ve Dixon, 2004; Roizen ve Öz, 2006; Davis ve diğ., 2007; The Joint Commission, 2007; Weiss, 2009; Cohen, 2010; Williams, 2010; Bulun, 2012; Fraenkel, 2013; Öztekin, 2013; Fancott, 2013; Baker, 2014) araştırmacı tarafından geliştirilen son kısmı 6 bölüm ve 32 sorudan oluşmaktadır.

2.8.2.1. Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerini Ölçmeyi Hedefleyen Ölçeğin Geçerlilik Çalışmaları

Yeni geliştirilen bir testin aranan en önemli özelliklerden birisi geçerliliğidir. Geçerlilik bir testin ölçmek istediği özelliği ölçmesiyle alakalı bir kavramdır. Bu amaçla paralel olarak düşünülen 4 tip geçerlilik söz konusudur. Bunlar; kapsam geçerliliği, mantıksal geçerlilik, bir referansa göre geçerlilik (ölçüt bağımlı geçerlilik) ve yapı geçerliliğidir (Alpar, 2012).

Bu çalışma kapsamında araştırmacı tarafından geliştirilen hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerini ölçmeyi hedefleyen ölçeğin geçerliliğinin araştırılması için kapsam geçerliliği çalışmaları yapılmıştır. Kapsam geçerliliği, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen davranış/özelliği yeterli düzeyde temsil edip etmediğinin göstergesidir. Kapsam geçerliliği uzman görüşü ile elde edilir. (Büyüköztürk, 2012). İstenildiği takdirde uzman görüşleri istatistiksel olarak da yorumlanabilir. Bunun için Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) ve Kapsam Geçerlilik İndeksinden (KGI) yararlanılabilir. Kapsam geçerliliği kapsamında görüşüne başvurulacak uzman sayısının 5 ile 40 arasında olması önerilmektedir. Uzman değerlendirmeleri; üretilen maddelerin ölçülecek özelliği temsil edip etmediği, maddelerin yeterince yalın ve açık bir şekilde ifade edilip edilmediği, maddelerin hedef kitle tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı gibi konularda ele alınır. Bu bakış açısıyla yapılan inceleme son aşamada üçlü derecelendirme ile değerlendirilir. Uzman görüşü alınarak yapılan kapsam geçerliliği çalışmalarında uygulanan üçlü derecelendirme şu şekildedir:

- 1) Madde gereklidir ve madde havuzunda kalmalıdır.
- 2) Madde yararlı ancak geçerli değildir.
- 3) Madde gerekli değildir.

Bu işlemin ardından her madde için kapsam geçerlilik oranı hesaplanır. Bu hesap, G: madde gereklidir ve madde havuzunda kalmalıdır diyen uzman sayısı, N: toplam uzman sayısı olmak üzere, $KGO = \frac{G}{(N/2)} - 1$ eşitliği ile elde edilir (Alpar, 2012). Uzman sayısına göre bir madde için kabul edilebilir en düşük oran Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6.Uzman Sayısı ve KGO Değerleri

Uzman Sayısı	5	10	15	20	25	30	35	40
En Küçük KGO	0,99	0,62	0,49	0,42	0,37	0,33	0,31	0,29

Kaynak: Alpar, R. (2012). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik.s: 499, Detay Yayınları, Ankara.

Kapsam geçerlilik indeksi ise istatistiksel değerlendirme sonucunda havuzda kalan maddelerin kapsam geçerlilik oranlarının ortalaması alınarak bulunur. Bulunan değer 0,67'den büyük olması istenir. Eğer ölçek birden fazla boyuttan oluşuyorsa indeks puanı her bir boyut için ayrı ayrı hesaplanır.

Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılımlarını ölçmeye yönelik bir ölçek oluşturulmuş, oluşturulan bu ölçek formu farklı sosyodemografik özelliklere sahip 30 kişinin görüşüne sunulmuştur. 30 kişiyle yapılan görüşmeler sonucu katılımcıların anlamadıkları veya yanlış anladıkları ifadeler üzerinde çeşitli değişiklikler yapılmıştır. Bu ön görüşmeler sonrası elde edilen anket formu 6 bölüm (Muayeneden önce yapılması gerekenler, muayene esnasında yapılması gerekenler, ilaç tüketimi, el hijyeni, sağlık testleri, ameliyat) ve 46 ifadeden oluşmaktadır. Bu anket formunun kapsam geçerliliğini ölçmek için toplam 15 uzmandan görüş alınmıştır. Bu uzmanlar; iki aile hekimi, hastanede görevli iki sosyal hizmet uzmanı, iki kadın doğum uzmanı ve bir cerrah olmak üzere toplam 7 doktor, 5 hemşire, 2 sosyal hizmet uzmanı ve hasta güvenliği konusunda çalışmalar yapmış 1 öğretim üyesinden oluşmaktadır.

Bir doktorun en önemli bilgi kaynağı hastanın kendisidir. Hasta doktoruna ne kadar doğru ve düzenli bilgi verirse doktorun hata yapma ihtimali o kadar azalır. Hastanın doktorunu yeterince bilgilendirmemesi, eksik veya yanlış bilgilendirmesi durumunda ise hasta yanlış teşhisten yanlış tedavi seçimine ve yanlış ilaç kullanımına kadar uzanan bir dizi tıbbi hatanın ortaya çıkmasına sebep olabilir (Bulun, 2012; Roizen ve Öz, 2006). Hastaların gerekli bilgileri doktorlarına doğru ve eksiksiz bir biçimde iletebilmelerinin temel şartı bu bilgilere sahip olmalarıdır. Hastalar kendileri ile ilgili doğru tanının konulması ve uygun tedavi sürecinin seçimine katkı sağlayabilmeleri için sağlık geçmişlerini iyi bilmeleri gerekir (Öztekin, 2013, Williams, 2010). Bu konuyu

ölçmek için kullanılan ifadeler ve bu ifadeler için uzman görüşü alınarak hesaplanan kapsam geçerliliği ortalamaları Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7.Muayene Öncesi Yapılması Gerekenler ve Kapsam Geçerlilik Ortalamaları

	İFADELER	Gerekli	Yararlı ancak yetersiz	Gereksiz	KGO
1	Daha önce yaptırdığım tahlil sonuçlarını saklarım.	15	0	0	1,00
2	Kullandığım/kullanmakta olduğum ilaçların bir listesini tutarım.	12	3	0	0,60
3	Yakın akrabalarımın (anne, baba, amca, teyze, hala, dayı, büyükanne gibi) geçirdiği hastalıklardan haberdarım.	14	1	0	0,86
4	Doktora gittiğim zaman, içerisinde sağlık geçmişimle ilgili bilgilerin yer aldığı (daha önce yaptırdığım tahlil sonuçları, röntgen görüntüleri, geçirdiğim ameliyatlara gibi) bir dosyayı yanımda götürürüm.	12	3	0	0,60
5	Doktora gitmeden önce, soracağım soruların bir listesini yaparım.	14	1	0	0,86
6	Doktora giderken yanımda bana eşlik edecek, ailemden birisini veya bir arkadaşımı götürürüm.	13	2	0	0,73
7	Doktor ziyareti sırasında bana eşlik edecek kişinin benim hakkımda ve rahatsızlığım hakkında bilgi sahibi birisi olmasına özen gösteririm.	5	2	8	-0,33
8	Doktordan bana eşlik edecek kişinin, görüşmemiz sırasında yanımda bulunmasını rica ederim.	15	0	0	1

Uzman görüşü alındıktan sonra 8 uzmanın gereksiz bulduğu ve hesaplamalar sonucu KGO -0,33 çıkan 7. ifade anket formundan çıkarılmıştır. Geri kalan ifadelerin tamamı 15 uzmanlı bir geçerlilik çalışmasında kabul edilebilir en küçük KGO değeri olan 0,49’un (Tablo X) üzerinde olduğu için anket formunda yer almışlardır. Bu bölüm için kapsam geçerliliği indeksi $[(1+0,60+0,86+0,60+0,86+0,73+1)/7]= 0,80$ olarak hesaplanmıştır. Bu değer kabul edilebilir alt değer olan 0,67’nin üzerindedir ($0,80>0,67$).

Hastaların kendi sağlık durumlarını veya sağlık geçmişlerini sadece bilmeleri yetmez, aynı zamanda bu bilgileri doktorlarıyla paylaşmaya gönüllü olmaları gerekir. Doğru

teşhisin konulmasında hastaların kendileri hakkında verdiği bilgiler doğru kabul edilir. Bu noktada hastalar doktorların sorduğu sorulara açık ve anlaşılır cevaplar vermelidir. Doktorlar muayene sürecinde hastalara çeşitli sorular sormanın yanı sıra pek çok konuda hastalara bilgi ve talimatlar da verirler. Hastaların anlamadıkları noktalarda doktorlarına soru sormaktan çekinmemeleri, doktor hasta iletişiminin doğru bir şekilde gerçekleşmesi için önemlidir (Roizen ve Öz, 2006; Williams, 2010). Bu konuyu ölçmek için kullanılan ifadeler ve bu ifadeler için uzman görüşü alınarak hesaplanan kapsam geçerliliği ortalamaları Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Muayene Sırasında Yapılması Gerekenler ve Kapsam Geçerlilik Ortalamaları

	İFADELER	Gerekli	Yararlı Ancak yetersiz	Gereksiz	KGO
1	Doktora gittiğim zaman sağlık geçmişimi (geçirdiğim ameliyatlara, yakalandığım hastalıklar gibi) ve mevcut şikayetimi doğru ve açık bir şekilde anlatırım.	15	0	0	1
2	Nelere alerjim olduğunu biliyorsam, bunları doktoruma söylerim.	14	0	1	0,86
3	Doktora gittiğim zaman halen kullanmakta olduğum ilaçlar varsa bu ilaçlar ve kullanım şekilleri ile ilgili (hangi ilaçları kullanıyorum, hangi dozlarda kullanıyorum, ne zamandır kullanıyorum gibi) doktorumu bilgilendiririm.	13	2	0	0,73
4	Doktorumun teşhis koymak için bana sorduğu her türlü soruya (sigara ve alkol kullanımı, beslenme ve spor alışkanlıkları gibi) en doğru ve en açık cevapları veririm.	14	1	0	0,86
5	Doktorumun söylediklerini anlamadığım zaman ona sorular sorarım.	15	0	0	1

Doktor muayenesi esnasında hastaların yapması gerekenlerin ölçüldüğü bu bölümde yer alan ifadelerin tamamı 15 uzmanlı bir geçerlilik çalışmasında kabul edilebilir en küçük KGO değeri olan 0,49’un (Tablo 8) üzerinde olduğu için anket formunda yer almışlardır. Bu bölüm için kapsam geçerliliği indeksi $[(1+0,86+0,73+0,86+1)/5]= 0,89$ olarak hesaplanmıştır. Bu değer kabul edilebilir alt değer olan 0,67’nin üzerindedir ($0,89 > 0,67$).

ABD İlaç Hatalarını Önleme ve Raporlama Koordinasyon Konseyi (NCCMERP) ilaç hatalarını; hastaya zarar veren veya hastanın uygun olmayan ilaç kullanmasına sebep olan önlenemez olayların tümü olarak tanımlamıştır. Konsey ayrıca ilaç hatası olarak

tanımlanan olayların ilaçlar sağlık profesyonellerinin, hastaların veya ilaç üreticilerinin kontrolündeysen gerçekleşebileceğini tanımına eklemiştir (NCCMERP, 2015). Bu tanımda da görüldüğü gibi ilaç kullanımında hasta faktörü çok önemlidir. Özellikle evde ilaç kullanımında, doğru ilacın doğru zamanda ve doğru dozda kullanılmasında en önemli sorumluluk hastalara düşmektedir. Bununla birlikte literatürde tıbbi hatalar kapsamında ilaç hatalarıyla ilgili yapılan çalışmalar, sağlık profesyonelleri kontrolündeki ilaç kullanımına yoğunlaşmış, özellikle hemşirelerin neden olabilecekleri ilaç hataları üzerinde sıklıkla durulmuştur. Hasta kontrolü altındayken ilaç kullanımından doğan hatalar ise zehirlenme vakalarında ele alınmaktadır. Gerek çocuklarda, gerek yetişkinlerde ve gerekse yaşlılarda görülen zehirlenme vakalarına bakıldığında, en sık görülen zehirlenme türü ilaç zehirlenmeleridir. Bu zehirlenme vakaları yanlış ilacın kullanımı, ilacın yanlış dozda kullanımı, özkıyım amacıyla ilaç alımı, ilaçların birlikte kullanımı gibi nedenlere dayanmaktadır (Çam ve diğ., 2003; Soyucen ve diğ., 2006; Akar ve diğ., 2007; Yeşil ve diğ., 2008; Deniz ve diğ., 2009;; Binay ve diğ., 2009). Hastalar, her biri birer kimyasal madde olan ve her birinin az veya çok yan etkileri bulunan, gerek kişiyi gerek devleti ciddi maddi külfetlerin altına sokabilen ilaçları kullanmak için hevesli olmamalıdır. İlaç kullanımında hastanın, doktor ve eczacıların talimatlarını anlaması ve uygulaması, hastaların bilinçlilik düzeyine bağlıdır. Hastalar sağlık profesyonellerine sorular sorarak, ilaç prospektüsünü okuyarak ve kullanması gereken ilaçla ilgili doğru ve güvenilir kaynaklardan yapacağı araştırmalarla bilinçlilik düzeyini yükseltebilir (Öz ve Roizen, 2006; Öztekin, 2013). Hastane dışında, özellikle evde ilaç kullanımı, tamamen hasta veya hasta yakınlarının kontrolünde bir süreçtir. İlaçlardan beklenen faydaların sağlanabilmesi ilaçların doğru kullanımıyla ilgilidir. Doğru zamanda, doğru dozda, doğru şekilde kullanılmayan ilaçlar, beklenen faydayı sağlamayacağı gibi, kullanıcının sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu durumda ilaçları yanlış kullanmanın devlete ve kullanıcıya yükleyeceği maddi külfet de katlanarak artacaktır (Cohen, 2010; Baker, 2014).

Hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılımlarını ölçmeyi hedefleyen anketin 'ilaç kullanımı' bölümünde hastaların ilaç kullanımı sürecine katılım düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

Tablo 9.İlaç Kullanımı Sürecinde Yapılması Gerekenler ve Kapsam Geçerlilik Ortalamaları

	İFADELER	Gerekli	Yararlı ancak yetersiz	Gereksiz	KGO
1	Doktorumun çok ilaç yazması beni rahatlatır. (-)	14	0	1	0,86
2	Doktorumun mümkünse ilaç yazmamasını, mutlaka gerekiyorsa en az sayıda ilaç yazmasını isterim.	6	3	6	-0,2
3	Doktoruma yazdığı ilacın neye iyi geleceğini, bana ne gibi bir fayda sağlayacağını ve olası yan etkilerini sorarım.	15	0	0	1
4	Doktoruma/eczacıma, yazılan ilacın kullanım şeklini (günün hangi saatinde alacağım, hangi dozda alacağım, aç karnına mı tok karnına mı alacağım ne kadar süreyle kullanacağım gibi) sorarım.	13	2	0	0,73
5	Doktoruma/eczacıma ilaç kullandığım süre içinde sakınmam/ uzak durmam gereken besinler olup olmadığını sorarım.	8	2	5	0,06
6	Eczaneden aldığım ilaçların son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	9	3	3	0,2
7	Kullandığım ilacın bana iyi gelmediğini düşünüyorsam, doktora danışmadan, o ilacı kullanmayı bırakırım. (-)	15	0	0	1
8	Eczaneden aldığım ilaçların prospektüslerini (ilaç kutusunun içerisinden çıkan, ilaçla ilgili bilgilerin ve uyarıların yer aldığı küçük kağıt) okurum.	15	0	0	1
9	İlaç kullandığım süre içerisinde beklenmedik bir durum ortaya çıkarsa, hemen doktoruma başvururum.	13	1	1	0,73

İlaç kullanımı sürecinde hastaların yapmaları gerekenlerin ölçüldüğü bu bölümde yer alan 2.,5. ve 6. İfadelere ait kapsam geçerlilik ortalaması değerleri,15 uzmanlı bir geçerlilik çalışmasında kabul edilebilir en küçük KGO değeri olan 0,49'un (Tablo 9) altında olduğu için anket formundan çıkartılmıştır. Geri kalan ifadeler kullanılarak bu bölüm için yapılan kapsam geçerlilik indeksi değeri ise $[(0,86+1+0,73+1+1+0,73)/6]=0,88$ olarak bulunmuştur. Bu değer kabul edilebilir alt değer olan 0,67'nin üzerindedir ($0,88>0,67$).

Hasta güvenliği konusunda en büyük tehditlerden birisi hastane enfeksiyonlarıdır. Gelişmiş ülkelerde hastaneye yatan her 100 hastadan 7'si en az 1 hastane enfeksiyonuna maruz kalmaktadır. Bu rakam gelişmekte olan ülkeler için 100 hastada 10 hastadır. Avrupa ülkelerinde hastane enfeksiyonlarının ortalama prevalansı

%7,1'dir. Avrupa'da her yıl 4.131.000 hastanın hastane enfeksiyonlarına maruz kaldığı, her yıl 37.000 kişinin ise hastane enfeksiyonlarına bağlı sebeplerden hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (WHO, Fact Sheet). Ülkemizde ise hastane enfeksiyonları görülme sıklığı %16'ya kadar çıkmaktadır. Hastane enfeksiyonlarına bağlı mortalite oranı ise %16 ile %28 arasında değişmektedir. Ayrıca hastane enfeksiyonları, hastanede yatış süresini de uzatmaktadır. Hastanede yatış süresi uzadıkça hastane enfeksiyonlarına maruz kalma riski de artmaktadır (Meriç, 2008; Yalçın, 2008; Oğuz ve Kurutkan, 2013). Hastane enfeksiyonlarının %30-40'ı basit hijyen kurallarına riayet ederek önlenmektedir. Bunların başında da el hijyeni gelmektedir. Hastane enfeksiyonlarının bulaşma yollarından en önemlisi sağlık çalışanlarının kontamine olmuş elleridir. Hastane içerisinde çoklu ilaç direnci gösteren mikroorganizmaların hastalar arasında taşınması ve yayılmasında kaynak yaklaşık %40 oranında, sağlık çalışanlarının kirli elleridir (Albay, 2005; Gencer, 2008). Bu da bize el hijyenine özen gösterilerek hastane kaynaklı enfeksiyonların %40 civarında azaltılabileceğini göstermektedir. Hastane enfeksiyonlarından korunmak için el hijyenine önem verilmesi çok etkili bir yöntem olmakla birlikte tek başına yeterli değildir. Hastane ortamında bulunan kapı kolu, merdiven tutacağı gibi yüzeylerin ve sağlık bakım sürecinde hastayla temas eden alet ve ekipmanların virülansının ne kadar yüksek olabileceği unutulmamalıdır. Hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerini ölçmeyi hedefleyen anket formunun bu bölümünde, hastaların hijyen kurallarının uygulanması konusunda ne kadar katılımcı olduklarının ölçülmesi hedeflenmiştir. Uzman görüşü alınması sonucu hesaplanan bu bölümde yer alan ifadelerle ait kapsam geçerlilik ortalamaları Tablo 10'da verilmektedir.

Bu bölümde yer alan ifadelerin tamamı 15 uzmanlı bir geçerlilik çalışmasında kabul edilebilir en küçük KGO değeri olan 0,49'un (Tablo 10) üzerinde olduğu için anket formunda yer almışlardır. Bu bölüm için kapsam geçerliliği indeksi $[(1+0,86+1+0,73+1+0,73)/6]= 0,88$ olarak hesaplanmıştır. Bu değer kabul edilebilir alt değer olan 0,67'nin üzerindedir ($0,88>0,67$).

Tablo 10.Hastane Enfeksiyonlarından Korunmak İçin Yapılması Gerekenler ve Kapsam Geçerlilik Ortalamaları

	İFADELER	Gerekli	Yararlı ancak yetersiz	Gereksiz	KGO
1	El temizliğime özen gösteririm.	15	0	0	1
2	Hastane çalışanlarına, benim üzerimde bir işlem yapmadan önce ellerini yıkayıp yıkamadıklarını sorarım.	14	1	0	0,86
3	Hastane çalışanlarından, benim üzerimde bir işlem yapmadan önce eldiven takmalarını isterim.	15	0	0	1
4	Hastane çalışanlarına, benim üzerimde kullanacakları tıbbi malzemelerin (ateş ölçer, stetoskop gibi) sterilize edilip edilmediklerini (temizlenip temizlenmediklerini) sorarım.	13	0	2	0,73
5	Hastanede bulunduğum süre içerisinde dış düzeylerle mümkün olduğunca az temas ederim.	15	0	0	1
6	Beni hastanede ziyarete gelenlerden, benimle temas etmeden önce ellerini yıkamalarını isterim.	13	2	0	0,73

Sağlık bakım hizmetleri, pek çok faaliyeti barındıran ve hayati öneme sahip olan karmaşık bir süreçtir. Bu karmaşık süreç hastanın hastaneye başvurmasından çok önce başlar ve hastanın taburcu olmasıyla da sona ermez. Sağlık bakım sürecinin başarıya ulaşabilmesi, başka bir deyişle hastanın bozulan sağlığını geri kazanabilmesi için doktorunun uyarı, tavsiye ve talimatlarını çok iyi anlaması ve gündelik hayatında bunları uygulaması gerekir. Hastanın sağlığına kavuşması ve sağlığını muhafaza etmesi doktorunun tavsiye ve talimatlarına ne derece uyduyuyla yakından alakalıdır. Bu aşamada hastanın iyi izlenmesi gerekir. Doktor hastanın durumunu yorumlamak ve gerekiyorsa müdahaleler yapmak için hastayı tekrar muayene etmek isteyebilir. Bu aşamada hasta kendisine söylenen zaman dilimi içerisinde doktoruna tekrar başvurmalı, ve sağlık durumuyla ilgili değişikliklerin tespitine olanak sağlamalıdır (Catalan ve diğ., 1994; Florin ve Dixon, 2004; Courter ve Ellins, 2006). Hastaların muayene sonrasında yapması gerekenlerin ölçüldüğü bu bölümde yer alan ifadeler ve kapsam geçerlilik ortalamaları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Muayene Sonrası Yapılması Gerekenler ve Kapsam Geçerlilik Ortalamaları

	İFADELER	Gerekli	Yararlı ancak yetersiz	Gereksiz	KGO
1	Doktorumun yanından ayrılmadan önce, kontrol için tekrar gelmem gerekip gerekmediğini, gerekiyorsa bir dahaki kontrole ne zaman geleceğimi sorarım.	13	0	2	0,73
2	Doktorumun yanından ayrılmadan önce rahatsızlığım ile ilgili gündelik hayatta nelere dikkat etmem gerektiğini sorarım(sigara alkol tüketimi, beslenme alışkanlıkları, spor ve egzersiz gibi)	13	0	2	0,73
3	Gündelik hayatta doktorumun öneri ve talimatlarına uyarım.	15	0	0	1

Bu bölümde yer alan ifadelerin tamamı 15 uzmanlı bir geçerlilik çalışmasında kabul edilebilir en küçük KGO değeri olan 0,49'un (Tablo 11) üzerinde olduğu için anket formunda yer almışlardır. Bu bölüm için kapsam geçerliliği indeksi $[(1+0,73+0,73)/3]=0,82$ olarak hesaplanmıştır. Bu değer kabul edilebilir alt değer olan 0,67'nin üzerindedir ($0,82>0,67$).

Hastaların tedavi sürecinde en savunmasız oldukları anlar cerrahi operasyonlardır. Genel anestezi altındaki bir hasta tamamen edilgen durumdadır. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı (2014) verilerine göre 2002'den 2013'e kadar olan sürede Türkiye'de yıllık toplam ameliyat sayısı %193 artmıştır. Cerrahi operasyonlarda meydana gelebilecek bir tıbbi hatanın geri dönüşü çok zordur ve doğurduğu zarar diğer tıbbi hatalara göre çok daha büyük olabilir. Hastaların, tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapmaları gereken hayati konulardan birisi de cerrahi operasyonlardır. Cerrahi operasyonlarda doğabilecek tıbbi hatalar yetenek ve tecrübe eksikliğinden olabileceği gibi, yanlış ve eksik planlama yapılması, kontrollerin ihmal edilmesi veya yanlış yapılması, yanlış tarafa işlem yapılması gibi prosedürlere uyulmaması sonucu da ortaya çıkmış olabilir (Courter ve Ellins, 2006; Arora ve McHorney, 2000). Bütün bunların yanı sıra cerrahi operasyonun gerekmediği bir durumda böyle bir karar verilmişse, cerrahi operasyon gerçekleştirmek başlı başına bir tıbbi hata olacaktır. Sağlık hizmetleri kaynaklarının aşırı kullanılması ve hastalara

ihtiyaç duymadıkları hizmetlerin sunulması hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir konudur.

Bir cerrahi operasyon öngörülen hastanın yapması gerekenler ve bu bölümde yer alan ifadelerin kapsam geçerlilik ortalamaları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Cerrahi Operasyon Süreci ve Kapsam Geçerliliği Ortalamaları

	İFADELER	Gerekli	Yararlı ancak yetersiz	Gereksiz	KGO
	Doktorum benim için bir ameliyat uygun gördüğünde;				
1	Bu ameliyatın ne için gerekli olduğunu sorarım.	15	0	0	1
2	Bu ameliyatın ne gibi riskleri olduğunu ve bu ameliyatı olmazsam ne gibi sonuçlar doğuracağını sorarım.	15	0	0	1
3	Ameliyatın bir alternatifi olup olmadığını sorarım (ilaç tedavisi, fizik tedavi, alternatif tıp gibi).	13	1	1	0,73
4	Ameliyattan sonra ne kadar sürede normal hayata dönebileceğimi sorarım.	13	0	2	0,73
5	Başka bir doktorun daha görüşüne başvururum.	15	0	0	1
6	Doktorumun önceki ameliyatlarındaki başarısını araştırırım.	13	0	2	0,73
7	Hastanenin önceki ameliyatlarındaki başarısını araştırırım.	8	2	5	0,06
8	Ameliyata girmeden önce gerekiyorsa ameliyat bölgemi evde traş ederim.	12	1	2	0,60
9	Ameliyata girmeden önce ameliyat bölgemin işaretlendiğinden emin olurum.	15	0	0	1
10	Ameliyata girmeden önce üzerimde makyaj/oje, takma kirpik, kolye, küpe, piercing gibi şeylerin olmamasına dikkat ederim.	12	0	3	0,60
11	Ameliyat öncesi ve sonrasında yapmam ve yapmamam gereken şeyleri doktoruma sorarım.	15	0	0	1

Doktorun bir cerrahi operasyon öngörmesi durumunda hastaların yapmaları gerekenlerin ölçüldüğü bu bölümde yer alan 7. ifadeye ait kapsam geçerlilik ortalaması değerleri, 15 uzmanlı bir geçerlilik çalışmasında kabul edilebilir en küçük KGO değeri olan 0,49’un (Tablo 12) altında olduğu için anket formundan çıkartılmıştır. Geri kalan ifadeler kullanılarak bu bölüm için yapılan kapsam geçerlilik indeksi değeri ise

$[(1+1+0,73+0,73+1+0,73+0,60+1+0,60+1)/10]=0,83$ olarak bulunmuştur. Bu değer kabul edilebilir alt değer olan 0,67'nin üzerindedir ($0,83>0,67$).

Uzman görüşü alınarak yapılan kapsam geçerliliği çalışması sonucu istatistiki hesaplamalar yardımıyla elde edilen değerler göz önünde bulundurularak, hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerini ölçmeye yönelik 37 ifade anket formunda yer almıştır. Araştırmacı tarafından geliştirilen bu 37 ifadenin uzman görüşleri sonucu kapsam geçerlilik indeksi $KGİ=0,85$ olarak hesaplanmıştır. Ölçek $KGİ$ kabul edilen alt değer olan 0,67'den büyük olduğu için ($0,85>0,67$) “ölçek istatistiksel açıdan anlamlıdır” denir (Alpar, 2012).

Bu çalışma kapsamında, hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerini ölçmek amacıyla, araştırmacı tarafından oluşturulan anket formunun kapsam geçerliliğine bakıldıktan sonra, son hali verilerek çalışmada kullanılmıştır. Çalışma tamamlandıktan sonra, söz konusu anket formunun yapı geçerliliğini test etmek için, anket formunda yer alan ifadelere açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizi; birçok değişkenin birkaç başlık altında toplanıp toplanmadığı hakkında bilgi veren bir istatistiksel yöntemdir. Faktör analizinin yapıldığı gözlem sayısı arttıkça, yapılan analiz daha sağlıklı sonuçlar verecektir (Alpar, 2012)

Tablo 13.Faktör Analizi İçin Gözlem Sayısı

Gözlem Sayısı (n)	Nitelendirme
50	Çok az
100	Düşük
200	Orta
300	İyi
500	Çok iyi
1000	Mükemmel

Kaynak: Alpar, R. (2012). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik. ss: 499, Detay Yayınları, Ankara.

Bu çalışmada gözlem sayısı 380'dir. Bu sayı faktör analizi yapmak için ‘iyi’ olarak nitelendirilmektedir.

İncelenen örneklemin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesinde Keiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliği Ölçüsü (KMO) kullanılmıştır. İyi bir faktör analizi

için KMO değeri 0,80'in üzerinde olmalıdır. Ancak KMO değerinin 0,60'in üzerinde olması çoğu zaman yeterli kabul edilmektedir (Alpar, 2012).

Tablo 14.KMO Değerinin Nitelendirilmesi

KMO Değeri	Örneklem Yeterliği
0,90-1,00	Çok iyi
0,80-0,89	İyi
0,70-0,79	Orta
0,60-0,69	Kötü
0,50-0,59	Çok Kötü
0,50'nin altı	Kabul Edilemez

Kaynak: Alpar, R. (2012). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. ss: 499, Detay Yayınları, Ankara.

Verilerin toplanmasının ardından, hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerinin ölçülmesiyle ilgili 37 ifadeye, SPSS programı yardımıyla açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değeri 0,72 olarak hesaplanmıştır. Bu değer faktör analizine devam edilebileceğini göstermektedir. 37 ifadeyle yapılan ilk analizde ifadelerin öz değeri 1'den büyük 8 faktör altında toplandığı, en düşük madde yük değerinin 0,38 olduğu görülmüştür. Ancak ilk analiz sonucunda 5 ifadenin birden fazla faktörde yüksek yük değerine sahip olduğu görülmüştür. Bu beş madde analizden çıkarılarak yapılan ikinci faktör analizinde KMO değeri 0,74 olarak hesaplanmıştır. İkinci analiz sonucunda ifadeler öz değeri 1'den büyük 6 faktör altında toplanmışlar, ancak 2 ifadenin birden fazla faktör altında yer aldığı görülmüştür. Bunun üzerine ifadeler Varimax Dik Döndürme Tekniği kullanılarak tekrar incelenmiştir. Son incelemede bütün ifadelerin yalnızca birer faktör altında yüksek değer verdiği görülmüştür. Bu analiz sonucunda bir ifade için faktör yük değeri 0,47, geri kalan tüm ifadeler için faktör yük değeri 0,62 ve üzerindedir.

Tüm ifadelerin 6 faktör altında toplandığı son analizde açıklanan toplam varyans miktarı %68,26'dır. Faktörlerin toplam varyansı açıklama yüzdeleri sırasıyla birinci faktör için %16,65, ikinci faktör için %11,50, üçüncü faktör için 9,36, dördüncü faktör için %6,63, beşinci faktör için %13,42 ve altıncı faktör için %16,70 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 15.Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılımlarını Ölçmeye Yönelik Hazırlanan Ölçeğin Faktör Analizi

İFADELER	FAKTÖRLER					
	1	2	3	4	5	6
Daha önce yaptırdığım tahlil sonuçlarını saklarım.	0,79					
Doktora gitmeden önce, soracağım soruların bir listesini yaparım.	0,75					
Kullandığım/kullanmakta olduğum ilaçların bir listesini tutarım.	0,74					
Doktora gittiğim zaman, içerisinde sağlık geçmişimle ilgili bilgilerin yer aldığı (daha önce yaptırdığım tahlil sonuçları, röntgen görüntüleri, geçirdiğim ameliyatlar gibi) bir dosyayı yanımda götürürüm.	0,70					
Doktordan bana eşlik edecek kişinin, görüşmemiz sırasında yanımda bulunmasını rica ederim.	0,68					
Doktora giderken yanımda bana eşlik edecek, ailemden birisini veya bir arkadaşımı götürürüm.	0,67					
Yakın akrabalarımın (anne, baba, amca, teyze, hala, dayı, büyükanne gibi) geçirdiği hastalıklardan haberdarım.	0,63					
Doktorumun söylediklerini anlamadığım zaman ona sorular sorarım.		0,82				
Doktora gittiğim zaman halen kullanmakta olduğum ilaçlar varsa bu ilaçlar ve kullanım şekilleri ile ilgili (hangi ilaçları kullanıyorum, hangi dozlarda kullanıyorum, ne zamandır kullanıyorum gibi) doktorumu bilgilendiririm.		0,78				
Doktorumun teşhis koymak için bana sorduğu her türlü soruya (sigara ve alkol kullanımı, beslenme ve spor alışkanlıkları gibi) en doğru ve en açık cevapları veririm.		0,73				
Nelere alerjim olduğunu biliyorsam, bunları doktoruma söylerim.		0,72				
Doktora gittiğim zaman sağlık geçmişimi (geçirdiğim ameliyatlar, yakalandığım hastalıklar gibi) ve mevcut şikayetimi doğru ve açık bir şekilde anlatırım.		0,68				
Doktoruma/eczacıma, yazılan ilacın kullanım şeklini (günün hangi saatinde alacağım, hangi dozda alacağım, aç karna mı tok karına mı alacağım ne kadar süreyle kullanacağım gibi) sorarım.			0,79			
Doktorumun çok ilaç yazması beni rahatlatır. (-)			0,77			
İlaç kullandığım süre içerisinde beklenmedik bir durum ortaya çıkarsa, hemen doktoruma başvururum.			0,72			
Eczaneden aldığım ilaçların prospektüslerini (ilaç kutusunun içerisinden çıkan, ilaçla ilgili bilgilerin ve uyarıların yer aldığı küçük kağıt) okurum.			0,70			
Kullandığım ilacın bana iyi gelmediğini düşünüyorsam, doktora danışmadan, o ilacı kullanmayı bırakırım. (-)			0,65			
El temizliğime özen gösteririm.				0,77		
Hastane çalışanlarına, benim üzerimde bir işlem yapmadan önce ellerini yıkayıp yıkamadıklarını sorarım.				0,73		
Hastane çalışanlarından, benim üzerimde bir işlem yapmadan önce eldiven takmalarını isterim.				0,70		
Hastanede bulunduğum süre içerisinde dış düzeylerle mümkün olduğunca az temas ederim.				0,68		
Beni hastanede ziyarete gelenlerden, benimle temas etmeden önce ellerini yıkamalarını isterim.				0,47		

İFADELER	FAKTÖRLER					
	1	2	3	4	5	6
Günelik hayatta doktorumun öneri ve talimatlarına uyarım.					0,83	
Doktorumun yanından ayrılmadan önce rahatsızlığım ile ilgili gündelik hayatta nelere dikkat etmem gerektiğini sorarım(sigara alkol tüketimi, beslenme alışkanlıkları, spor ve egzersiz gibi)					0,80	
Doktorumun yanından ayrılmadan önce, kontrol için tekrar gelmem gerekip gerekmediğini, gerekiyorsa bir dahaki kontrole ne zaman geleceğimi sorarım.					0,73	
Ameliyatın bir alternatifi olup olmadığını sorarım (ilaç tedavisi, fizik tedavi, alternatif tıp gibi).						0,81
Bu ameliyatın ne gibi riskleri olduğunu ve bu ameliyatı olmazsam ne gibi sonuçlar doğuracağını sorarım.						0,78
Bu Ameliyatın ne için gerekli olduğunu sorarım.						0,78
Başka bir doktorun daha görüşüne başvururum.						0,73
Ameliyat öncesi ve sonrasında yapmam ve yapmamam gereken şeyleri doktoruma sorarım.						0,70
Ameliyata girmeden önce üzerimde makyaj/oje, takma kirpik, kolye, küpe, piercing gibi şeylerin olmamasına dikkat ederim.						0,68
Ameliyata girmeden önce ameliyat bölgemin işaretlendiğinden emin olurum.						0,62

*0,40'ın altındaki değerler gösterilmemiştir.

**Kaiser Normalleşirmesiyle Varimax Dik Döndürme sonrası yapılan analiz sonucudur.

*** KMO değeri 0,76 hesaplanmıştır.

2.8.2.2. Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerini Ölçmeyi Hedefleyen Anket Formunun Güvenirlik Çalışması

Güvenirlik herhangi bir ölçekle yapılan ölçüm işleminin tekrarlanabilirliğini/kararlılığını, başka bir deyişle tekrarlardaki tutarlılık seviyesini ifade eder. Sosyal bilimlerde güvenirliliğin belirlenmesinde sıklıkla kullanılan 3 yöntem vardır. Bunlar; Paralel Testler Yöntemi, Test-Tekrar Test Yöntemi ve Testin İki Yarıya Bölünmesi Yöntemidir (Alpar, 2012).

Bu çalışma kapsamında araştırmacı tarafından geliştirilen sağlık bakım süreçlerine katılım anketinin güvenilirlik çalışmaları için Test-Tekrar Test Yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca likert tipi ölçeklerin güvenirliliği için yaygın olarak bakılan Cronbach alfa katsayısına göre de güvenilirlik incelemesi yapılmıştır.

Test-tekrar test yöntemi, anketin aynı bireylere, aynı koşullarda ancak belirli bir zaman aralığı ile tekrar uygulanmasına dayanır. İki uygulama sonrasında, bu iki testten elde edilen skorlar arasındaki Pearson korelasyon katsayısı (r) hesaplanır. Kararlılık katsayısı da denilen bu katsayının 0,80'in üzerinde olması, daha esnek bir ifadeyle

0,70'in altına düşmemesi istenir. Korelasyon katsayısı +1'e ne kadar yaklaşırsa testin o kadar güvenilir olduğu söylenir (Alpar, 2012).

Bu çalışma kapsamında araştırmacı tarafından geliştirilen Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerini Ölçmeyi Hedefleyen Anket Formunun, yapılan geçerlilik çalışmaları sonucu son halini almıştır. Anketin son hali farklı sosyodemografik özelliklere sahip 30 kişiye uygulanmıştır. Söz konusu 30 kişi memur, esnaf, iş adamı, akademisyen, ev hanımı, muhtar gibi açık adresleri belli olan ve istenildiğinde tekrar ulaşılabilecek meslek gruplarından seçilmiştir. Anketler ifadelerin katılımcılara araştırmacı tarafından okunup, alınan cevapların işaretlenmesi şeklinde uygulanmıştır. Her bir anket uygulaması sonunda katılımcı tarafından ankete küçük notlar alınmıştır. Bu notlar anketin kim tarafından doldurulduğunun bilinmesi için önemlidir. Anketlerin üzerine ayrıca hangi tarihte uygulandıkları da not alınmıştır. Daha sonra 10 gün arayla her bir katılımcıya aynı anket tekrar uygulanmış ve anket formu üzerine, anketi kimin doldurduğunun anlaşılması için benzer notlar alınmıştır. İlk uygulama sırasında katılımcılara, anketlerin kendilerine tekrar uygulanacağı konusunda kesinlikle bilgi verilmemiştir.

Tablo 16.Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerini Ölçmek İçin Geliştirilen Anket Formunun Test-Tekrar Test Çalışması

Katılımcı	İlk Uygulama Skoru	İkinci Uygulama Skoru	Katılımcı	İlk Uygulama Skoru	İkinci Uygulama Skoru	Katılımcı	İlk Uygulama Skoru	İkinci Uygulama Skoru
1	2.04	2.00	11	4.27	4.35	21	3.90	3.47
2	3.87	3.90	12	3.26	3.20	22	3.03	3.21
3	3.55	3.78	13	3.70	3.84	23	3.85	4.14
4	2.90	3.50	14	2.25	2.38	24	3.26	3.17
5	4.14	4.22	15	2.60	2.68	25	2.76	2.80
6	3.18	3.10	16	2.52	2.47	26	4.19	4.25
7	2.80	2.66	17	3.08	3.15	27	2.24	2.30
8	2.44	2.14	18	2.96	3.07	28	2.16	2.08
9	3.25	3.76	19	2.77	2.25	29	2.15	2.55
10	3.93	3.97	20	3.86	3.96	30	3.26	2.78

30 katılımcıyla yapılan test-tekrar test sonucu Pearson korelasyon katsayısı $r = 0,93$ olarak hesaplanmıştır. Bu katsayı söz konusu testin yüksek derece güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Likert tipi ölçeklerin güvenilirliğin hesaplanmasında sıklıkla kullanılan bir başka yöntem ise Cronbach alfa katsayısına bakmaktır. Alfa katsayısı; söz konusu ölçekte yer alan k tane sorunun türdeş bir yapıyı açıklamak veya sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıkları hakkında araştırmacıya bilgi verir. Alfa kat sayısı +1'e ne kadar yakın olursa, söz konusu ölçekte bulunan ifadeler o ölçüde bir biriyle tutarlı olduğu ve o ölçüde aynı özelliği sorgulamak için bir araya getirilmiş maddeler olduğu söylenebilir. Alfa katsayısı yorumlanırken 0,80-1,00 arasındaki değerler için söz konusu testin/anketin yüksek güvenilirliğe sahip olduğu, 0,60-0,79 arasındaki değerler için söz konusu testin/anketin oldukça güvenilir olduğu, 0,40-0,59 arasındaki değerler için söz konusu testin/anketin güvenilirliğinin düşük olduğu ve son olarak eğer alfa katsayısı 0,00-0,39 değerleri arasındaysa söz konusu testin/anketin güvenilir olmadığı yorumu yapılır (Alpar, 2012).

Hastaların sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerini ölçmeyi amaçlayan anket formunun alfa katsayısı hesaplanarak yapılan güvenilirlik analizi sonucu Tablo 17'de verilmektedir.

Tablo 17. Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerini Ölçmeyi Amaçlayan Anket Formunun Güvenirlik Analizi Sonuçları

Anket	İfade Sayısı	Cronbach Alpha
Muayene öncesi yapılması gerekenler.	7	0,81
Muayene sırasında yapılması gerekenler.	5	0,87
İlaç kullanımı	5	0,79
Muayene sonrası yapılması gerekenler.	3	0,87
Hastane enfeksiyonlarından korunmak için yapılması gerekenler.	5	0,61
Doktorun bir cerrahi operasyon uygun görmesi durumunda yapılması gerekenler.	7	0,77
Genel Güvenirlik Düzeyi	32	0,91

Hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerini ölçmeyi hedefleyen ölçeğin güvenirlik çalışması kapsamında hesaplanan alfa katsayıları sonucu anketin alt bölümlerinin güvenirlik düzeylerinin 0,61 ile 0,87 arasında değiştiği grlmştir. Ölçeğin genel güvenirlik derecesi ise 0,91 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda söz konusu test/anket istatistiksel açıdan yüksek güvenirliğe sahiptir denir.

2.9. VERİLERİN TOPLANMASI

Verilerin toplanması sürecinde Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü 3. sınıfında okumakta olan 10 öğrenciden yardım alınmıştır. Anket uygulaması yaz döneminde yapıldığı için, çalışma grubunda yer alan öğrencilerin tamamı aileleri Düzce'de yaşayan öğrencilerden oluşmaktadır. Araştırmacı söz konusu ğrenci grubuyla 2 hafta boyunca düzenli olarak toplantılar yapmıştır. Bir ders şeklinde gerçekleştirilen bu toplantılar toplam 30 saat srmştir. Öğrencilere sağlık okuryazarlığı ve hasta güvenliği hakkında derinlemesine bilgiler verilmiş ve konuyla ilgili çeşitli makaleler öğrencilerle paylaşılarak okumaları istenmiş, bu makalelerden sorular sorularak öğrencilerin kavramsal olarak yeterli bilgi birikimine sahip olmaları sağlanmıştır. Sonrasında ğrencilere anket formları dağıtılmış ve anket formundaki her ifadenin üzerinde özenle durulmuştur. Öğrencilere anket uygularken dikkat edilmesi gereken hususlar ayrıntılı bir şekilde anlatılmış, drama şeklinde uygulamalarla kendi aralarında anket çalışmaları yapmaları istenmiş ve bu alıştırmalar dikkatli bir şekilde gözlemlenmiştir. Öğrenciler yapılan alıştırmalarda hem anketör hem de cevaplayıcı olarak defalarca anket uygulaması yapmışlardır.

Anket uygulamasında gönüllülük esasına dayalı katılım sağlanmıştır. Anket, katılmaya gönüllü olan hastalara anketörler tarafından ifadelerin okunup, alınan cevapların işaretlenmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir. Yapılan n çalışmalarda anket formunun uygulanma süresinin 16-28 dakika arasında değiştiği grlmştir. Çalışmanın yapıldığı bir aylık süre içerisinde araştırmacı anket çalışmalarına her gün bizzat katılmış ve anketrlerle sürekli iletişim içinde olmuştur.

2.10. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerini incelemek için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, frekans, standart sapma) kullanılmıştır.

Hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlenmesi için kullanılan anketin yorumlanmasında elde edilen skorlar 0 ile 50 arasında puanlanan bir indekse dönüştürülmüştür. İndekste 0 en düşük, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını gösterecek şekilde aşağıdaki formülle standardize edilmiştir.

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

Ortalama: Her kişi için cevaplandırılan her maddenin ortalaması

1: Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin 0 olmasına neden olan değer.)

3: Ortalamanın aralığı

50: Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri ve sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesinde çeşitli istatistiksel analizlerden yararlanılmıştır. İki gruplu değişkenlerin incelenmesinde, İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi (t testi) kullanılmıştır. Bu test incelenen bir değişken yönünden bir birinden bağımsız iki grubun (kadın-erkek, evli-bekar gibi) ortalamalarının karşılaştırılmasında kullanılır (Alpar, 2012). İki'den fazla bağımsız grubun olduğu değişkenlerde ise (eğitim durumu, meslek gibi) Tek Yönlü Varyans Analizi (one-way ANOVA) kullanılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi, bir değişken açısından ikiden fazla bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için kullanılan bir analiz yöntemidir (Alpar, 2012). Bu analiz sonucu gruplar arasında fark bulunduğunda, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını ortaya koyabilmek için homojenlik testi uygulanmış ve varyansların homojen olması durumunda Tukey HSD, varyansların homojen olmaması durumunda ise Tamhane testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin kuvveti ve yönü hakkında bilgi sahibi olmak için ise Pearson Korelasyon Katsayısı'ndan yararlanılmıştır.

Hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerini ölçmeyi amaçlayan bölümde yer alan; ‘Kullandığım ilacın bana iyi gelmediğini düşünüyorsam, doktora danışmadan, o ilacı kullanmayı bırakırım.’ ve ‘Doktorumun çok ilaç yazması beni rahatlatır.’ ifadelerine SPSS 20.0 paket programında ters kodlama yapılarak, 1 değeri 5 olarak, 2 değeri 4 olarak, 4 değeri 2 olarak, 5 değeri ise 1 olarak yeniden kodlanmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan hastalara ait sosyodemografik özellikler sayı ve yüzde şeklinde verilmektedir.

Tablo 18.Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
18-27	80	21,0
28-37	126	33,2
38-47	112	29,5
48-60	62	16,3
Cinsiyet		
Erkek	148	39,0
Kadın	232	61,0
Medeni Durum		
Evli	298	78,4
Bekar	82	21,6
Sahip Olunan Çocuk Sayısı		
Çocuğum Yok	107	28,2
1 Çocuk	50	13,2
2 Çocuk	96	25,2
3 Çocuk	93	24,5
4 Çocuk ve Daha Fazla	34	8,9
Eğitim Durumu		
İlkokul	49	12,9
Ortaokul	73	19,2
Lise	149	39,2
Önlisans	38	10,0
Lisans	52	13,7
Lisans Üstü	19	5,0
TOPLAM	380	100

Çalışmaya katılan hastaların %33,2'si 28-37 yaş aralığındadır ve hastaların ortalama yaşı 34,6'dır. Örneklem seçiminde uygulanan cinsiyete dayalı kotalamaya uygun olarak

hastaların %61'i kadın, %39'u erkektir. Hastaların %78,4'ü evlidir. Hastaların %28,2'si çocuk sahibi olmadıklarını bildirmişlerdir. Eğitim durumu açısından frekans değeri en yüksek grup lise mezunlarıdır. Hastaların %39,2'si lise mezunudur. Bununla birlikte hastaların %28,7'si önlisans, lisans, yüksek lisans veya doktora seviyesinde eğitim görmüşlerdir.

Tablo 19. Hastaların Cinsiyete Göre Mesleki Durumlarının İncelenmesi

Mesleğiniz	Cinsiyet		Toplam Sayı	Toplam (%)
	Kadın	Erkek		
Ev Hanımı	83	0	83	21,7
Memur	32	18	50	13,2
Akademisyen	13	9	22	5,7
Özel Sektör Çalışanı/İşçi	37	24	61	16,1
Özel Sektör Çalışanı /Yönetici	14	13	27	7,1
Esnaf	6	17	23	6,1
Öğrenci	12	8	20	5,3
Çalışmıyor/İş Arıyor	21	15	36	9,5
Çalışmıyor /İş Aramıyor	8	2	10	2,6
Emekli	0	9	9	2,4
Çiftçi	6	33	39	10,3
Total	232	148	380	100

Hastaların meslek durumları incelendiğinde kadınların %35,7'sinin ev hanımı olduğu, erkeklerde ise en yaygın mesleğin %22,3'le çiftçilik olduğu görülmektedir. Hastaların toplamına bakıldığında, kadın hastaların sayısal olarak daha fazla olmasının da etkisiyle ev hanımlarının %21,7'lik bir payı olduğu, onları %16,1 ile özel sektörde işçi olarak çalışanlar, %13,2 ile memurların izlediği görülmektedir. Toplamda özel sektörde çalışanların (işçi + yönetici) toplamı ise %23'2'dir.

Tablo 20. Kişi Başına Düşen Hane Halkı Geliri

GELİR GRUPLARI (Türk Lirası)	Kişi Sayısı	Yüzde	Kümülatif Yüzde
0-750	122	32,1	32,1
751-1500	130	34,2	66,3
1501-2250	50	13,2	79,5
2251-3000	47	12,4	91,9
3001 ve üzeri	31	8,1	100,0
Total	380	100,0	

Hastaların gelirlerini hesaplayabilmek için, hastalara ‘hanede yaşayan kişi sayısı’ ve ‘haneye giren toplam aylık gelir’ olmak üzere iki farklı soru sorulmuştur. SPSS yardımı ile haneye giren toplam aylık gelir hanede yaşayan toplam kişi sayısına bölünmüş ve böylece kişi başına düşen aylık hane halkı geliri hesaplanmıştır. Hastaların %66,3’ünün kişi başına düşen aylık hane halkı gelirinin 1500 Türk Lirasının altında olduğu görülmektedir.

Tablo 21.Hastaların En Sık Tercih Ettikleri Sağlık Kurumu

SAĞLIK KURUMU	Kişi Sayısı	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Devlet Hastanesi	67	17,7	17,7
Özel Hastane	58	15,3	33,0
Üniversite Hastanesi	81	21,4	54,4
Aile Hekimliği Merkezi	174	45,6	100,0
Total	380	100,0	

‘Sağlığınızla ilgili en sık tercih ettiğiniz kurum hangisidir?’ sorusuna hastalardan gelen cevaplar, çalışmaya katılan hastaların en sık tercih ettiği kurumun Aile Hekimliği Merkezleri olduğunu göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların ortalama hekime başvuru sayısı 6,8’dir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre bu rakam Türkiye genelinde 8,2’dir (Sağlık Bakanlığı, 2014)

Tablo 22.Hastaların Kronik Hastalık Durumlarının ve Hanehalkı İçerisinde Sağlık Mesleğine Mensup Kişilerin Olma Durumlarının İncelenmesi

Değişkenler	Kişi Sayısı	Yüzde
Kronik Hastalığı Olma Durumu		
Evet	115	30,3
Hayır	265	69,7
Hanehalkı Arasında Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Olma Durumu		
Evet	156	41,1
Hayır	211	55,5
Cevap Yok/Bilmiyor	13	3,4
Hanehalkı İçerisinde Sağlık Çalışanı Olma Durumu		
Evet	48	12,6
Hayır	332	87,4

Çalışmaya katılan hastaların %30,3'ünün kronik hastalığının olduğu, %41,1'inin ise yaşadığı hane halkı içerisinde kronik hastalığı olan bireylerin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların %12,6'sının hanehalkı içerisinde sağlık mesleğine mensup bireylerin olduğu görülmüştür.

Tablo 23. Hastaların Sahip Oldukları Sağlık Sigortası Türü

Sigorta Türü	Kişi Sayısı	Yüzde
SGK	270	71,1
Özel	26	6,8
SGK ve Özel	67	17,6
Sigortam yok	9	2,4
Cevap yok/bilmiyorum	8	2,1
TOPLAM	380	100

Analizler sırasında, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu dikkate alınarak, 'Özel' sigortalı olduğunu söyleyenler 'SGK ve Özel' seçeneğine, 'Sigortam yok' ve 'Cevap yok/bilmiyorum' diyenler de 'SGK' seçeneğine dahil edilmiştir. Bu durumda hastaların %27,5'inin özel sağlık sigortasına sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 24.Hastaların Sağlık Eğitimi Durumları

Sağlıkla İlgili Eğitim Durumu	Kişi Sayısı	Yüzde
Eğitim almadım.	111	29,2
Okulda bir ders olarak aldım.	146	38,4
Sağlıkla ilgili bir lisede okudum.	47	12,4
Sağlıkla ilgili lisans/ön lisans eğitimi aldım.	33	8,6
Sağlıkla ilgili lisansüstü eğitim aldım.	12	3,2
Diğer	31	8,2
TOPLAM	380	100

Hastaların %29,2'si sağlıkla ilgili hiç eğitim almamıştır, %11,8'i ise sağlıkla ilgili üniversite düzeyinde eğitim almıştır. Bu ifadeye 'diğer' seçeneğine verilen cevaplar arasında Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) verilen aile planlama ve obeziteyle mücadele eğitimleri, gebelik sürecinde verilen eğitimler ve kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezinde (KETEM) verilen sigara bırakma eğitimleri örnek olarak gösterilmiştir.

3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Parametrik testlere geçmeden önce verilerin dağılımları incelenmiştir. Bu kapsamda anket formunda yer alan ifadelerin çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerine bakılmıştır. Çarpıklık ve basıklık değerleri -1,5 ile +1,5 arasında yer alan ifadelerin normal dağılım gösterdiği kabul edilir (Tabachnick ve Fidell, 2007). Sağlık okuryazarlığı anketinde yer alan 47 ifade için ve hastaların sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerini ölçmeyi amaçlayan 32 ifade için çarpıklık ve basıklık değerleri ayrı ayrı incelenmiş ve tüm ifadelerin -1,5 ile +1,5 arasında değerler aldığı görülmüştür. Bu değerler, çalışma için toplanan verilerin normal dağıldığını göstermektedir.

3.2.1. Hastaların Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Değişkenlere Göre İncelenmesi

Hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi için kullanılan anketin yorumlanmasında elde edilen skorlar 0 ile 50 arasında puanlanan bir indekse

dönüştürülmüştür. İndekste 0 en düşük, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını gösterecek şekilde standardize edilmiştir. Bu standardizasyon sonrasında elde edilen veriler dört kategoride değerlendirilmiştir (Sağlık-Sen, 2014). Bunlar;

- 0-25 Puan: Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı
- 26-33 Puan: Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı
- 34-42 Puan: Yeterli Sağlık Okuryazarlığı
- 43-50 Puan: Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı.

Tablo 25. Hastaların Genel Sağlık Okuryazarlık Skorları

Puan Aralığı	Kişi Sayısı	Yüzde	Kümülatif Yüzde
0-25 Puan	134	35,26	35,26
26-33 Puan	162	42,63	77,89
34-42 Puan	52	13,69	91,58
43-50 Puan	32	8,42	100
TOPLAM	380	100	

Çalışmaya katılan hastaların %77,89'unun yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmadığı hesaplanmıştır.

Tablo 26. Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi ve Alt Okuryazarlık İndeksleri Ortalama Puanları

	Ortalama İndeks Puanı	Yetersiz (%)	Sorunlu (%)	Yeterli (%)	Mükemmel (%)
Genel SO İndeksi	29,68	35,26	42,63	13,69	8,42
Sağlık Bilgisine Erişim SO İndeksi	27,02	36,45	43,36	12,32	7,87
Sağlık Bilgisini Anlama SO İndeksi	29,53	34,26	41,68	14,52	9,54
Sağlık Bilgisini Değerlendirme SO İndeksi	28,11	36,24	40,06	14,15	9,55
Sağlık Bilgisini Uygulama SO İndeksi	30,23	30,30	46,25	15,45	8,00

Çalışmaya katılan hastaların sağlık okuryazarlık indeksi ortalama puanları 29,68'dir. En yüksek indeks ortalaması 30,23 ile 'sağlık bilgisini uygulama' boyutunda görülürken, ortalaması en düşük boyut 27,02 ile 'sağlık bilgisine erişim' olarak bulunmuştur.

Tablo 27. Cinsiyete Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi

Cinsiyet	Kişi Sayısı	Ortalama ± SS	p
Kadın	232	31,10 ± 3,60	0,01
Erkek	148	26,35±5,45	

(p<0,05)

Yapılan bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi sonrasında kadınlarla erkeklerin sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0,05). Kadınların sağlık okuryazarlığı erkeklerden daha yüksektir denilebilir. Bu durumda Hipotez 1.a. kabul edilir. Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalamalarının yaşa göre incelenmesinde tek yönlü varyans analizi yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 28. Yaşa Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi

Yaş Grupları	Kişi Sayısı	Ortalama ± SS	p
(18-27)	80	28,55 ± 3,65	0,04
(28-37)	126	31,20 ± 3,80	
(38-47)	112	29,30 ± 3,50	
(48-60)	62	26,10 ± 4,12	

(p<0,05)

Yapılan istatistiki değerlendirme sonrasında sağlık okuryazarlığının yaşa göre, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür (p<0,05). Bu durumda hipotez 1.b. kabul edilir. En düşük sağlık okuryazarlığı ortalaması 48-60 yaş aralığındaki hastalarda görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı en yüksek olan yaş grubu ise 28-37 yaş arasındaki hastalardır.

Sağlık okuryazarlığının yaşa göre incelenmesinde ortaya çıkan anlamlı farkın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan çoklu eşleştirmelerde (Bkz. Tablo 29) 2. grupta 4. grup arasında sağlık okuryazarlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 29.Yaşa Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İncelemesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)

	Yaş	(18-27)	(28-37)	(38-47)	(48-60)
Genel Sağlık Okuryazarlığı	(18-27)	-	0,16	0,46	0,25
	(28-37)	0,16	-	0,55	0,01
	(38-47)	0,46	0,55	-	0,09
	(48-60)	0,25	0,01	0,09	-

Hastaların sağlık okuryazarlık durumlarının medeni duruma göre incelenmesi için bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi kullanılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda evli olan hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin bekar olanlara göre daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Bu durumda Hipotez 1.c. reddedilir.

Tablo 30.Medeni Duruma Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi

Medeni Durum	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
Evli	298	29,67 \pm 4,65	0,28
Bekar	82	27,73 \pm 3,95	

($p<0,05$)

Tablo 31. Kişi Başı Düşen Gelire Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi

Gelir Grupları (Türk Lirası)	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
(0-750)	122	26,67 \pm 3,75	0,01
(751-1500)	130	28,54 \pm 4,03	
(1501-2250)	50	29,14 \pm 3,02	
(2251-3000)	47	33,85 \pm 3,44	
(3001 ve üzeri)	31	35,45 \pm 4,46	

($p<0,05$)

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonrasında sağlık okuryazarlığının gelire göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumda Hipotez 1.ç. kabul edilir.

Tablo 32. Gelire Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İncelemesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)

	Gelir	0-750	751-1500	1501-2250	2251-3000	3001 ve üzeri
Genel Sağlık Okuryazarlığı	0-750	-	0,46	0,24	0,02	0,00
	751-1500	0,46	-	0,68	0,01	0,00
	1501-2250	0,24	0,68	-	0,01	0,00
	2251-3000	0,02	0,01	0,01	-	0,37
	3001 ve üzeri	0,00	0,00	0,02	0,37	-

Anlamlı farklılığın hangi gelir grupları arasında görüldüğünü anlamak için yapılan çoklu eşleştirmelerde 4. grup ile 1.,2.ve 3. grup arasında, 5. grup ile 1.,2. ve 3. grup arasında sağlık okuryazarlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu görülmüştür. Gelir arttıkça sağlık okuryazarlığı artmaktadır.

Tablo 33.Eğitim Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi

Eğitim Durumu	Kişi Sayısı	Ortalama ± SS	p
İlköğretim	122	25,45 ± 3,65	0,00
Lise	149	29,14 ± 3,95	
Üniversite	109	33,66 ± 4,12	

($p<0,05$)

Hastaların eğitim durumlarına göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin incelenmesi sonucu, farklı eğitim seviyesindeki hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin de farklılık gösterdiği ve bu farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu durumda Hipotez 1.d. kabul edilir.

Tablo 34. Eğitim durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İncelemede Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)

	Eğitim	İlköğretim	Lise	Üniversite
Genel Sağlık Okuryazarlığı	İlköğretim	-	0,03	0,00
	Lise	0,03	-	0,03
	Üniversite	0,00	0,03	-

Yapılan çoklu eşleştirme sonucunda her üç eğitim grubu arasında sağlık okuryazarlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir (Bkz. Tablo 35). Bu incelemede bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, sahip olunan çocuk sayısı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Bu durumda Hipotez 1.e. reddedilir ($p>0,05$).

Tablo 35. Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi

Sahip Olunan Çocuk Sayısı	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
Çocuğum Yok	107	30,48 \pm 5,45	0,46
1 Çocuk	50	29,74 \pm 4,06	
2 Çocuk	96	28,23 \pm 3,85	
3 Çocuk	93	29,16 \pm 4,32	
4 Çocuk	34	27,80 \pm 4,60	

($p<0,05$)

Çalışmaya katılan hastalara en sık tercih ettikleri sağlık kurumu sorulmuş ve tercih edilen sağlık kurumu türüne göre sağlık okuryazarlık düzeyinin farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir (Bkz. Tablo 36). Yapılan istatistiki değerlendirme sonucunda sağlık okuryazarlık düzeyinin tercih edilen kuruma göre istatistiksel açıdan

anlamlı bir fark göstermediği görülmüştür ($p>0,05$). Bu durumda Hipotez 1.f. reddedilir ($p>0,05$).

Tablo 36. Tercih Edilen Sağlık Kurumu Türüne Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi

Sağlık Kurumu	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
Devlet Hastanesi	67	28,05 \pm 4,13	0,45
Özel Hastane	58	30,72 \pm 3,95	
Üniversite Hastanesi	81	28,23 \pm 4,25	
Aile Hekimliği	174	29,70 \pm 4,56	

($p<0,05$)

Çalışmaya katılan hastalara herhangi bir kronik rahatsızlıkları olup olmadıkları sorulmuş ve kronik hastalığı olanlarla olmayanların sağlık okuryazarlık düzeyleri karşılaştırılmıştır (Bkz. Tablo 37). Bu analiz için bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testinden yararlanılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucu kronik hastalığı olan hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin, olmayanlara göre çok daha yüksek çıktığı ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu durumda Hipotez 1.g. kabul edilir ($p<0,05$).

Tablo 37. Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi

Uzun Süreli Bir Sağlık Probleminiz Var mı?	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
Evet	115	31,84 \pm 3,74	0,02
Hayır	265	28,13 \pm 4,05	

($p<0,05$)

Bu durumda kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlık düzeyleri kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksektir denilebilir.

Tablo 38. Hanehalkı İçerisinde Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bulunup Bulunmamamsı Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi

Hanehalkı içerisinde uzun süreli bir sağlık problemi olan var mı?	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
Evet	156	32,25 \pm 3,75	0,01
Hayır	211	28,84 \pm 3,92	

(p<0,05)

Çalışmaya katılan hastalara, hanehalkı içerisinde kronik hastalığı olan kişilerin olup olmadığı sorulmuştur. Elde edilen veriler ışığında, içerisinde kronik hastalığı olan kişi veya kişilerin olduğu bir hanede yaşayanlarla, içerisinde kronik rahatsızlığı olan kimsenin olmadığı bir hanede yaşayanlar arasında sağlık okuryazarlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (p<0,05). Bu durumda Hipotez 1.ğ. kabul edilir.

Hastalara, hanehalkı içerisinde doktor, hemşire, diş hekimi, ebe, eczacı gibi sağlık mesleklerine mensup birisinin olup olmadığı sorulmuştur. Elde edilen veriler yardımıyla hanehalkı içerisinde sağlık mesleğine mensup bireylerin olması ve olmaması durumuna göre sağlık okuryazarlığının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür.

Tablo 39. Hanehalkı İçerisinde Sağlık Mesleğine Mensup Kimselerin Olması Durumuna Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi

Hanehalkı içerisinde doktor, hemşire, diş hekimi, ebe, eczacı gibi sağlık mesleklerine mensup birisi var mı?	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
Evet	48	32,81 \pm 3,83	0,01
Hayır	332	28,23 \pm 4,58	

(p<0,05)

Yapılan analiz sonucunda iki grup arasındaki sağlık okuryazarlığı farkının istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu durumda Hipotez 1.h. kabul edilir.

Tablo 40. Hastaların Sağlık Eğitimi Durumlarına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi

Bugüne kadar sağlıkla ilgili bir eğitim aldınız mı?	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
Eğitim Almadım. (1. Grup)	111	26,91 \pm 3,98	0,00
Okulda Bir Ders Olarak Aldım. (2. Grup)	146	27,61 \pm 3,51	
Sağlıkla İlgili Bir Lisede Okudum. (3. Grup)	47	31,93 \pm 3,06	
Sağlıkla ilgili üniversite düzeyinde eğitim aldım. (4. Grup)	45	36,44 \pm 3,02	
Diğer* (5. Grup)	31	30,87 \pm 3,74	

($p<0,05$)

*Aile hekimliği merkezlerinde verilen aile planlaması eğitimleri, hamilelik süreci ve bebek bakım eğitimleri, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezinde (KETEM) verilen sigarayı bırakma, alkol ve uyuşturucu kullanımı, obezite ile mücadele eğitimleri vb.

Hastalara bugüne kadar sağlıkla ilgili bir eğitim alıp almadıkları, almışlarsa ne tür bir eğitim aldıkları sorulmuş ve elde edilen veriler tekyönlü varyans analizi yöntemiyle test edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin, sağlık eğitimi durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre Hipotez 1.1. kabul edilir.

Tablo 41. Hastaların Sağlık Eğitimi Durumlarına Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İncelemede Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)

	Eğitim Durumu	1. Grup	2. Grup	3. Grup	4. Grup	5. Grup
Genel Sağlık Okuryazarlığı	1. Grup	-	0,52	0,04	0,00	0,25
	2. Grup	0,52	-	0,02	0,00	0,32
	3. Grup	0,04	0,02	-	0,02	0,17
	4. Grup	0,00	0,00	0,02	-	0,00
	5. Grup	0,25	0,32	0,17	0,00	-

Sağlık eğitimiyle sağlık okuryazarlığı arasında görülen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını görebilmek için yapılan çoklu eşleştirme sonrasında 1. grup ile 3. ve 4. grup arasında, 2. grup ile 3. ve 4. grup arasında, 3. grup ile 1., 2. ve 4. grup arasında, 4. grup ile 1.,2.,3. ve 5. grup arasında ve ayrıca 5. grup ile 4. grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar olduğu ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 41).

Hastaların sahip oldukları sağlık sigortası çeşidine göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin değişip değişmediğini incelemek için bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testinden yararlanılmıştır.

Tablo 42. Hastaların Sağlık Sigortası Türüne Göre Genel Sağlık Okuryazarlığı İndeksi Ortalamalarının İncelenmesi

Sağlık Sigortası Türü	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
Genel Sağlık Sigortası	287	28,32 \pm 3,98	0,03
Genel Sağlık Sigortası + Özel Sağlık Sigortası	93	32,13 \pm 3,17	

(p<0,05)

Yapılan analiz sonucunda yalnızca genel sağlık sigortası olanlarla, genel sağlık sigortasının yanı sıra özel sağlık sigortası da yaptıranlar arasında sağlık okuryazarlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<0,05). Bu durumda Hipotez 1.i. kabul edilir.

Tablo 43. Doktora Başvuru Sayısı ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Doktora Başvuru Sayısı	Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı
Doktora Başvuru Sayısı	(r)	1	0,64
	(p)		0,00
	(n)	380	380
Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanı	(r)	0,64	1
	(p)	0,00	
	(n)	380	380

Çalışmaya katılan hastalara son 12 ay içerisinde kaç kez doktora başvurdukları sorulmuş ve doktora başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir (Bkz. Tablo 43). Bu amaçla Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmış ve iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan hesaplamalar sonucunda doktora başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,64$). Bu durumda Hipotez 6 kabul edilir.

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMININ FARKLI BOYUTLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ

Sağlık okuryazarlığı anketinde kavram bireysel düzeyde dört temel boyutta ele alınmıştır. Bunlar; sağlıkla ilgili bilgilere ulaşabilme, sağlıkla ilgili bilgileri anlayabilme, sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirebilme ve sağlıkla ilgili bilgileri kullanabilmedir.

Tablo 44. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre İncelenmesi

Alt Boyutlar	CİNSİYET		p
	KADIN	ERKEK	
	Ortalama \pm SS	Ortalama \pm SS	
Bilgiye Erişim	26,17 \pm 4,02	28,35 \pm 3,80	0,29
Bilgiyi Anlama	30,28 \pm 4,05	28,36 \pm 3,78	0,18
Bilgiyi Değerlendirme	27,47 \pm 3,91	29,13 \pm 3,61	0,72
Bilgiyi Kullanma	31,57 \pm 4,12	28,14 \pm 3,84	0,03
Toplam Kişi Sayısı (n)	232	148	

($p<0,05$)

Tablo 44'te sağlık okuryazarlığı kavramının bilgiyi işleme alt boyutları cinsiyet değişkenine göre incelenmiştir. Yapılan bağımsız iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi sonucunda bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve bilgiyi değerlendirme alt boyutlarının cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmıştır ($p>0,05$). Bilgiyi kullanma alt boyutunun ise cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Kadınların edindikleri

bilgileri erkeklere nazaran daha kolay kullandıkları, erkeklerin ise edindikleri bilgileri uygulamada kadınlardan daha fazla zorlandıkları söylenebilir. Bu durumda Hipotez 2.a., Hipotez 3.a. ve Hipotez 4.a. reddedilmiş, Hipotez 5.a. ise kabul edilmiştir.

Tablo 45. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Yaşa Göre İncelenmesi

Alt Boyutlar	YAŞ GRUPLARI				p
	18-27	28-37	38-47	48-60	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Bilgiye Erişim	30,28 ± 3,62	29,78 ± 3,98	24,17 ± 3,72	22,36 ± 3,65	0,00
Bilgiyi Anlama	29,56 ± 3,28	31,70 ± 3,46	30,11 ± 3,44	25,41 ± 3,16	0,00
Bilgiyi Değerlendirme	27,18 ± 4,21	28,98 ± 4,63	28,23 ± 4,46	27,35 ± 4,03	0,33
Bilgiyi Kullanma	27,38 ± 3,52	33,81 ± 3,87	28,56 ± 3,80	28,93 ± 3,45	0,00
Toplam Kişi Sayısı (n)	80	126	112	62	

(p<0,05)

Tablo 45'te sağlık okuryazarlığı kavramının bilgiyi işleme alt boyutları yaş değişkenine göre incelenmiştir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve bilgiyi kullanma alt boyutlarının yaşa göre, istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği (p<0,05), bilgiyi değerlendirme boyutu ile yaş arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı anlaşılmıştır (p>0,05). Bu durumda Hipotez 2.b., Hipotez 3.b. ve Hipotez 5.b. kabul edilirken, Hipotez 4.b. reddedilmiştir.

Dört boyuta da bakıldığında en yüksek ortalamaların 28-37 yaş arasında olan hastalara ait olduğu görülmektedir. En düşük ortalamaların da 48-60 yaş aralığındaki hastalara ait olduğu belirlenmiştir. Bu durumda sağlık bilgilerine erişim, anlama, değerlendirme ve kullanma konularında en çok zorlananlar 48-60 yaş aralığındaki hastalardır denebilir. Bu alanlarda en az zorlanan hastalar ise 28-37 yaş aralığındaki hastalardır. İstatistiksel açıdan anlamlı farklılıkların hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan çoklu eşleştirmeler Tablo 46'da verilmiştir.

Yaş grupları arasındaki farklar incelendiğinde bilgiye erişim boyutunda 1. grupla 3. ve 4. gruplar arasında, 2. grup ile 3. ve 4. gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar olduğu bulunmuştur (p<0,05). Bilgiyi anlama boyutunda 4. grup ile 1.,2. ve 3. gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Bilgiyi

kullanma alt boyutunda ise 2. grup ile 1., 3. ve 4. gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar olduğu görülmektedir ($p < 0,05$).

Tablo 46. Bilgiyi İşleme Alt Boyutlarının Yaşa Göre İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)

Alt Boyutlar	Yaş	(18-27)	(28-37)	(38-47)	(48-60)
Bilgiye Erişim	(18-27)	-	0,21	0,03	0,00
	(28-37)	0,21	-	0,01	0,00
	(38-47)	0,03	0,01	-	0,16
	(48-60)	0,00	0,00	0,16	-
	Yaş	(18-27)	(28-37)	(38-47)	(48-60)
Bilgiyi Anlama	(18-27)	-	0,12	0,08	0,00
	(28-37)	0,12	-	0,10	0,00
	(38-47)	0,08	0,10	-	0,00
	(48-60)	0,00	0,00	0,00	-
	Yaş	(18-27)	(28-37)	(38-47)	(48-60)
Bilgiyi Kullanma	(18-27)	-	0,03	0,28	0,14
	(28-37)	0,03	-	0,01	0,00
	(38-47)	0,28	0,01	-	0,33
	(48-60)	0,14	0,00	0,33	-

Tablo 47’de sağlık okuryazarlığı kavramı hastaların medeni durumlarına göre incelenmiştir. Bu amaçla bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi yapılmıştır. Yapılan istatistiki değerlendirme sonucu bilgiyi erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma boyutlarında evlilerle evli olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p > 0,05$).

Yapılan istatistiki değerlendirme sonucu evli olanların olmayanlara göre bütün boyutlarda daha iyi ortalamaya sahip olduğu, fakat aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Bu durumda Hipotez 2.c., Hipotez 3.c., Hipotez 4.c. ve Hipotez 5.c.reddedilmiştir.

Tablo 47. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre İncelenmesi

Alt Boyutlar	EVLİ	BEKAR	p
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
Bilgiye Erişim	27,37 ± 4,56	25,70 ± 4,15	0,31
Bilgiyi Anlama	30,15 ± 4,32	27,29 ± 3,51	0,17
Bilgiyi Değerlendirme	28,47 ± 4,13	26,82 ± 3,37	0,44
Bilgiyi Kullanma	30,42 ± 4,21	29,56 ± 3,42	0,63
Toplam Kişi Sayısı (n)	298	82	

(p<0,05)

Sağlık okuryazarlığının bilgiyi işlemeye ilgili alt boyutlarının kişi başı aylık gelire göre incelenmesi amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda; bilgiye erişim ve bilgiyi kullanma boyutlarının gelire göre istatistiksel açıdan anlamlı farklar ortaya koyduğu (p<0,05), bilgiyi anlama ve bilgiyi değerlendirme alt boyutlarının ise gelire göre istatistiksel olarak anlamlı derecede değişmediği görülmüştür (p>0,05). Bu durumda Hipotez 2.ç. ve Hipotez 5.ç. kabul edilirken, Hipotez 3.ç. ve Hipotez 4.ç. reddedilmiştir.

Tablo 48. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Gelire Göre İncelenmesi

Alt Boyutlar	Kişi Başı Gelir(TL)					p
	0-750	751-1500	1501-2250	2251-3000	3001 ve üzeri	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Bilgiye Erişim	24,88 ± 4,06	25,64 ± 4,25	27,14 ± 3,62	32,25 ± 3,22	33,14 ± 3,37	0,00
Bilgiyi Anlama	28,82 ± 3,87	29,54 ± 3,92	28,62 ± 3,41	30,61 ± 3,43	32,14 ± 3,31	0,28
Bilgiyi Değerlendir	27,35 ± 4,03	27,73 ± 4,11	28,78 ± 3,32	29,11 ± 3,30	30,13 ± 3,13	0,33
Bilgiyi Kullanma	25,61 ± 3,91	30,72 ± 3,96	30,65 ± 3,37	36,14 ± 3,17	36,74 ± 3,09	0,00
Toplam Kişi Sayısı (n)	122	130	50	47	31	

(p<0,05)

Tablo 49. Bilgiyi İşleme Boyutlarının Gelire Göre İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)

Alt Boyutlar	Gelir (TL)	0-750	751-1500	1501-2250	2251-3000	3001ve üzeri
Bilgiye Erişim	0-750	-	0,46	0,28	0,00	0,00
	751-1500	0,46	-	0,15	0,01	0,00
	1501-2250	0,28	0,15	-	0,04	0,03
	2251-3000	0,00	0,01	0,04	-	0,55
	3001 ve üzeri	0,00	0,00	0,03	0,55	-
	Gelir (TL)	0-750	751-1500	1501-2250	2251-3000	3001ve üzeri
Bilgiyi Kullanma	0-750	-	0,03	0,03	0,00	0,00
	751-1500	0,03	-	0,44	0,01	0,01
	1501-2250	0,03	0,44	-	0,00	0,00
	2251-3000	0,00	0,01	0,00	-	0,66
	3001 ve üzeri	0,00	0,01	0,00	0,66	-

Gelir grupları arasındaki farklar incelendiğinde bilgiye erişim noktasında 1. grupta 4. ve 5. grup arasında, 2. grupta 4. ve 5. grup arasında, 3. grupta 4. ve 5. grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bilgiyi kullanma boyutunda ise 1. grup ile 2.,3.,4. ve 5. grup arasında, 2. grup ile 1., 4. ve 5. grup arasında, 3. grup ile 4. ve 5. grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0,05$).

Sağlık okuryazarlığı kavramının bilgiyi işleme alt boyutlarının eğitim durumuna göre incelenmesinde hastalar üç grupta toplanmışlardır. Bu gruplar ilköğretim düzeyi (eğitim durumunuz sorusuna ilköğretim ve ortaokul cevabı veren hastalar), lise düzeyi ve üniversite düzeyidir (eğitim durumunuz sorusuna ön lisans, lisans ve lisansüstü cevabını verenler). Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma boyutlarının tamamı eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık göstermiştir (Bkz. Tablo 50), ($p<0,05$). Bu durumda Hipotez 2.d., Hipotez 3.d., Hipotez 4.d. ve Hipotez 5.d. kabul edilmiştir.

Tablo 50. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu			p
	İlköğretim	Lise	Üniversite	
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
Bilgiye Erişim	24,06 ± 3,12	27,09 ± 3,71	30,24 ± 3,02	0,00
Bilgiyi Anlama	25,12 ± 4,02	31,25 ± 4,26	32,14 ± 3,77	0,00
Bilgiyi Değerlendirme	24,52 ± 3,85	29,16 ± 4,13	30,70 ± 3,62	0,00
Bilgiyi Kullanma	27,82 ± 3,85	29,07 ± 4,01	34,52 ± 3,55	0,00
Toplam Kişi Sayısı (n)	122	149	109	

(p<0,05)

Tablo 51. Bilgiyi İşleme Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	İlköğretim	Lise	Üniversite
Bilgiye Erişim	İlköğretim	-	0,03	0,00
	Lise	0,03	-	0,01
	Üniversite	0,00	0,01	-
Bilgiyi Anlama	İlköğretim	-	0,00	0,00
	Lise	0,00	-	0,30
	Üniversite	0,00	0,30	-
Bilgiyi Değerlendirme	İlköğretim	-	0,00	0,00
	Lise	0,00	-	0,44
	Üniversite	0,00	0,44	-
Bilgiyi Kullanma	İlköğretim	-	0,16	0,00
	Lise	0,16	-	0,00
	Üniversite	0,00	0,00	-

Yapılan çoklu eşleştirmelerde bilgiye erişim noktasında bütün gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 51), ($p<0,05$). Bilgiyi anlama boyutunda 1. grupla 2. ve 3. grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bilgiyi değerlendirme boyutunda da 1. grupla 2. ve 3. grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bilgiyi kullanma konusunda 3. grup ile 1. ve 2. gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar ortaya çıkmıştır ($p<0,05$).

Tablo 52. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre İncelenmesi

Alt Boyutlar	2 ve daha az çocuğa sahip olanlar.	3 ve daha fazla çocuğa sahip olanlar.	p
	Ortalama \pm SS	Ortalama \pm SS	
Bilgiye Erişim	27,44 \pm 4,23	26,19 \pm 3,65	0,21
Bilgiyi Anlama	31,02 \pm 3,84	26,57 \pm 3,71	0,01
Bilgiyi Değerlendirme	28,84 \pm 4,03	26,67 \pm 3,78	0,37
Bilgiyi Kullanma	31,65 \pm 4,12	27,41 \pm 3,74	0,01
Toplam Kişi Sayısı (n)	253	127	

($p<0,05$)

Sağlık Okuryazarlığının alt boyutlarının sahip olunan çocuk sayısına göre incelenmesi için bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda bilgiyi anlama ve bilgiyi kullanma boyutlarının sahip olunan çocuk sayısına göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Bilgiye erişim ve bilgiyi değerlendirme boyutlarının ise sahip olunan çocuk sayısı bakımından anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmıştır ($p>0,05$). Bu durumda Hipotez 2.e. ve Hipotez 4.e. reddedilirken, Hipotez 3.e. ve Hipotez 5.e. kabul edilmiştir.

Hastalara sağlıklarıyla ilgili en sık tercih ettikleri kurum sorulmuş ve aile hekimliği merkezlerinin %45,6 ile hastaların en sık tercih ettikleri kurum olduğu anlaşılmıştır. Aile hekimliği merkezlerini %21,4 ile üniversite hastanesi, %17,7 ile devlet hastanesi ve %15,3 ile özel hastane seçenekleri takip etmiştir. Sağlık okuryazarlığı kavramının alt

boyutlarının en sık tercih edilen kuruma göre değişiklik gösterip göstermediğinin incelenmesi amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Tablo 53. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının En Sık Tercih Edilen Sağlık Kurumlarına Göre İncelenmesi

Alt Boyutları	Sağlık Kurumu Türü				p
	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Üniversite Hastanesi	Aile Hekimliği Merkezi	
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
Bilgiye Erişim	25,68 ± 3,47	25,15 ± 3,34	27,32 ± 3,60	28,03 ± 3,96	0,74
Bilgiyi Anlama	26,51 ± 3,41	28,11 ± 3,37	27,82 ± 3,63	28,74 ± 3,72	0,26
Bilgiyi Değerlendirme	26,10 ± 3,36	27,02 ± 3,21	26,02 ± 3,77	27,12 ± 4,12	0,60
Bilgiyi Kullanma	27,65 ± 3,34	30,15 ± 3,46	27,40 ± 3,70	29,11 ± 3,86	0,53
Toplam Kişi Sayısı (n)	67	58	81	174	

(p<0,05)

Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma boyutlarının, tercih edilen sağlık kurumu türüne göre istatistiksel açıdan anlamlı değişiklikler göstermediği görülmüştür (p>0,05). Bu durumda Hipotez 2.f., Hipotez 3.f., Hipotez 4.f. ve Hipotez 5.f. reddedilir.

Tablo 54. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Alt Boyutlar	Uzun süreli bir sağlık sorununuz var mı?		p
	EVET	HAYIR	
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
Bilgiye Erişim	29,98 ± 3,62	25,74 ± 4,33	0,00
Bilgiyi Anlama	32,70 ± 3,21	28,16 ± 4,02	0,00
Bilgiyi Değerlendirme	30,58 ± 3,16	27,04 ± 3,87	0,00
Bilgiyi Kullanma	33,01 ± 3,49	29,03 ± 3,92	0,00
Toplam Kişi Sayısı (n)	115	265	

(p<0,05)

Kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre, sağlık okuryazarlığının bilgi işlemeye ilgili alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılıklar gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumda Hipotez 2.g., Hipotez 3.g., Hipotez 4.g. ve Hipotez 5.g. kabul edilir.

Hanehalkı arasında kronik hastalığa sahip birisinin olması durumunda sağlık okuryazarlığının alt boyutlarının istatistiksel açıdan bir farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi için bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testinden yararlanılmıştır. Bu analiz yapılırken ‘Hanehalkı arasında uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığı olan var mı?’ sorusuna cevap vermeyen veya bilmediğini söyleyen 13 kişi analize dahil edilmemiştir.

Tablo 55. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Hanehalkı İçerisinde Kronik Hastalığa Sahip Kimselerin Olması Durumuna Göre İncelenmesi

Değişkenler	Hanehalkı içerisinde uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığı olan var mı?		p
	EVET	HAYIR	
	Ortalama \pm SS	Ortalama \pm SS	
Bilgiye Erişim	31,19 \pm 3,77	25,61 \pm 4,02	0,00
Bilgiyi Anlama	31,21 \pm 3,51	30,11 \pm 4,23	0,52
Bilgiyi Değerlendirme	30,19 \pm 3,45	29,31 \pm 4,38	0,22
Bilgiyi Kullanma	32,87 \pm 3,11	30,15 \pm 3,82	0,03
Toplam Kişi Sayısı (n)	156	211	

($p<0,05$)

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda hanehalkı içerisinde kronik rahatsızlığı olan kimselerin bulunması durumuna göre bilgiye erişim ve bilgiyi kullanma boyutları istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gösterirken ($p<0,05$), bilgiyi anlama ve bilgiyi değerlendirme alt boyutlarında görülen değişiklik istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$). Bu durumda Hipotez 2.ğ. ve Hipotez 5.ğ. kabul edilirken, Hipotez 3.ğ. ve Hipotez 4.ğ. reddedilmiştir.

Hane halkı içerisinde doktor, hemşire, diş hekimi, ebe, eczacı gibi sağlık mesleklerine mensup birisinin olup olmamasına göre bilgiyi işleme alt boyutlarındaki değişim incelenmiştir.

Tablo 56. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Hanehalkı İçerisinde Herhangi Bir Sağlık Mesleğine Mensup Kimselerin Olması Durumuna Göre İncelenmesi

Alt Boyutlar	Hanehalkı içerisinde doktor, hemşire, diş hekimi, ebe, eczacı gibi sağlık mesleklerine mensup birisi var mı?		P
	EVET	HAYIR	
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
Bilgiye Erişim	32,85 ± 3,16	26,18 ± 4,72	0,00
Bilgiyi Anlama	33,78 ± 2,87	28,92 ± 4,06	0,03
Bilgiyi Değerlendirme	29,67 ± 2,91	27,89 ± 4,53	0,22
Bilgiyi Kullanma	35,15 ± 2,97	29,52 ± 4,12	0,00
Toplam Kişi Sayısı (n)	48	332	

(p<0,05)

Yapılan istatistiksel analiz sonucu hane halkı içerisinde herhangi bir sağlık mesleğine mensup bireylerin olması durumu ile bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve bilgiyi kullanma alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır (p<0,05). Bilgiyi değerlendirme boyutunda gözlenen değişim ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). İçerisinde doktor, hemşire, diş hekimi, ebe, eczacı gibi sağlık mesleklerine mensup birisinin olduğu hanelerde yaşayan insanlar sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşabilmekte, bu bilgileri anlamada daha az zorluk çekmekte ve bu bilgileri daha kolay kullanabilmektedirler. Bu durumda Hipotez 2.h., Hipotez 3.h. ve Hipotez 5.h. kabul edilirken, Hipotez 4.h. reddedilmiştir.

Hastaların bugüne kadar sağlıkla ilgili bir eğitim alıp almadıkları, almışlarsa ne tür bir eğitim aldıkları sorulmuştur. Hastaların sağlıkla ilgili eğitim düzeyleriyle ile sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Yapılan analizde bugüne kadar sağlıkla ilgili bir eğitim almayanlar, okulda bir ders olarak alanlar, sağlıkla ilgili bir liseden mezun olanlar, sağlıkla ilgili üniversite düzeyinde eğitim alanlar ve diğer seçeneğini seçenler

karşılaştırılmıştır. Diğer seçeneğine verilen cevaplar içerisinde aile hekimliği merkezlerinde verilen aile planlaması eğitimleri, hamilelik süreci ve bebek bakım eğitimleri, Kansere Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezinde (KETEM) verilen sigarayı bırakma, alkol ve uyuşturucu kullanımı, obezite ile mücadele eğitimleri gibi eğitimler yer almaktadır.

Tablo 57. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Hastaların Sağlık Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi

Alt Boyutlar	Bugüne kadar sağlıkla ilgili bir eğitim aldınız mı?					p
	Eğitim almadım.	Okulda bir ders olarak aldım	Sağlıkla ilgili bir lisede okudum.	Sağlıkla ilgili üniversite düzeyinde eğitim aldım.	Diğer	
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
Bilgiye Erişim	24,14 ± 4,12	24,87 ± 4,26	33,16 ± 3,21	35,56 ± 3,03	25,78 ± 3,17	0,03
Bilgiyi Anlama	27,14 ± 3,82	28,79 ± 3,97	33,45 ± 3,01	34,07 ± 3,11	29,27 ± 2,81	0,04
Bilgiyi Değerlendirme	27,03 ± 4,03	27,39 ± 4,01	28,63 ± 3,04	32,43 ± 2,92	28,34 ± 2,85	0,03
Bilgiyi Kullanma	28,47 ± 3,95	28,53 ± 3,75	33,71 ± 3,15	34,03 ± 3,07	33,75 ± 2,72	0,00
Toplam Kişi Sayısı (n)	111	146	47	45	31	

(p<0,05)

Yapılan istatistiksel analizler; sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının, hastaların bugüne kadar sağlıkla ilgili eğitim alma durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermiştir (p<0,05). Bu durumda Hipotez 2.1., Hipotez 3.1., Hipotez 4.1. ve Hipotez 5.1. kabul edilir.

Farklılığın hangi grup ve gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan çoklu eşleştirme sonucunda bilgiye erişim boyutunda 3. grupla 1.,2. ve 5. gruplar arasında,4. grupla 1.,2. ve 5. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p<0,05). Bilgiyi anlama boyutunda 3. grupla 1.,2., ve 5. gruplar arasında ve 4. grupla 1.,2., ve 5. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p<0,05). Bilgiyi değerlendirme boyutunda da 4. grupla 1.,2.,3. ve 5. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p<0,05). Sağlıkla ilgili bilgileri kullanma boyutunda ise 3. grup ile 1. ve 2. gruplar arasında, 4. grup 1. ve 2. gruplar

arasında ve 5. grupta 1. ve 2. gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 58. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Hastaların Sağlık Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	1. Grup	2. Grup	3. Grup	4. Grup	5. Grup
Bilgiye Erişim	1. Grup	-	0,46	0,01	0,00	0,24
	2. Grup	0,46	-	0,01	0,00	0,17
	3. Grup	0,01	0,01	-	0,16	0,03
	4. Grup	0,00	0,00	0,16	-	0,00
	5. Grup	0,24	0,17	0,03	0,00	-
	Eğitim Durumu	1. Grup	2. Grup	3. Grup	4. Grup	5. Grup
Bilgiyi Anlama	1. Grup	-	0,66	0,01	0,00	0,12
	2. Grup	0,66	-	0,01	0,00	0,38
	3. Grup	0,01	0,01	-	0,41	0,01
	4. Grup	0,00	0,00	0,41	-	0,00
	5. Grup	0,12	0,38	0,01	0,00	-
Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	1. Grup	2. Grup	3. Grup	4. Grup	5. Grup
Bilgiyi Değerlendirme	1. Grup	-	0,08	0,13	0,00	0,18
	2. Grup	0,08	-	0,22	0,00	0,14
	3. Grup	0,13	0,22	-	0,04	0,26
	4. Grup	0,00	0,00	0,04	-	0,00
	5. Grup	0,18	0,14	0,26	0,00	-
	Eğitim Durumu	1. Grup	2. Grup	3. Grup	4. Grup	5. Grup
Bilgiyi Kullanma	1. Grup	-	0,26	0,02	0,00	0,03
	2. Grup	0,26	-	0,01	0,00	0,01
	3. Grup	0,02	0,01	-	0,66	0,42
	4. Grup	0,00	0,00	0,66	-	0,35
	5. Grup	0,03	0,01	0,42	0,35	-

Bu durumda sağlıkla ilgili bilgilere en kolay erişebilenlerin ‘sağlıkla ilgili bir lisede okuyanlar’ ve ‘üniversite düzeyinde sağlık eğitimi alanlar’ olduğu, diğer grupların bilgiye erişim noktasında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı söylenebilir. Ayrıca sağlıkla ilgili bilgileri en kolay anlayanların ‘sağlıkla ilgili bir lisede okuyanlar’ ve ‘üniversite düzeyinde sağlık eğitimi alanlar’ olduğu, diğer grupların bilgiyi anlama noktasında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı söylenebilir. Aynı şekilde sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirmede en az zorlananların ‘üniversite düzeyinde sağlık eğitimi alanlar’ olduğu, diğer grupların bilgiyi değerlendirme noktasında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı söylenebilir. Son olarak sağlıkla ilgili edinilen bilgileri en kolay kullananların ‘Sağlıkla ilgili bir lisede okumuş olanlar.’ ve ‘Sağlıkla ilgili üniversite düzeyinde eğitim alanlar.’ ve ‘Diğer’ grubunda olanlar olduğu söylenebilir.

Tablo 59. Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutlarının Hastaların Sigorta Türlerine Göre İncelenmesi

Değişkenler	Genel Sağlık Sigortası	Genel Sağlık Sigortası + Özel Sağlık Sigortası	p
	Ortalama ± SS	Ortalama ± SS	
Bilgiye Erişim	26,65 ± 4,27	28,16 ± 3,41	0,66
Bilgiyi Anlama	29,00 ± 4,06	31,18 ± 3,55	0,52
Bilgiyi Değerlendirme	27,68 ± 4,11	29,46 ± 3,47	0,58
Bilgiyi Kullanma	27,75 ± 4,17	32,73 ± 3,60	0,01
Toplam Kişi Sayısı (n)	287	93	

(p<0,05)

Hastaların sahip oldukları sağlık sigortası türü ile sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasındaki ilişki bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testiyle incelenmiş, yapılan analizler sonucunda tüm boyutlarda genel sağlık sigortasının yanı sıra özel sağlık sigortası da yaptıran hastaların ortalamalarının, yalnızca genel sağlık sigortası olanlara nazaran daha yüksek olduğu hesaplanmıştır. Bununla birlikte bu farkın istatistiksel açıdan sadece bilgiyi kullanma alt boyutu için anlamlı bir fark olduğu (p<0,05), diğer alt boyutlar için anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05). Bu durumda Hipotez 2.i., Hipotez 3.i. ve Hipotez 4.i. reddedilirken, Hipotez 5.i. kabul edilir.

3.3. HASTALARIN GENEL SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ İLE KENDİ SAĞLIK BAKIM SÜREÇLERİNE KATILIM DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İSTATİSTİKSEL AÇIDAN İNCELENMESİ

Bu bölümde öncelikle 4 farklı okuryazarlık seviyesine (Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı, Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı, Yeterli Sağlık Okuryazarlığı ve Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı) sahip hastaların, kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı incelenmiş, daha sonra da farklı sağlık okuryazarlık seviyeleriyle, hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerinin alt boyutları arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

Tablo 60. Genel ve Alt Boyutlarda Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeyleri

BOYUTLAR	ORTALAMA±SS
Hastaların Kendi Sağlık Bakım Süreçlerine Katılımları Genel Düzeyi	3,36 ± 0,72
Muayene Öncesi Yapılması Gerekenler	2,71 ± 0,47
Muayene Sırasında Yapılması Gerekenler	3,14 ± 0,40
İlaç Kullanımı Sürecinde Yapılması Gerekenler	3,20 ± 0,44
Hastane Enfeksiyonlarından Korunmak İçin Yapılması Gerekenler	2,45 ± 0,38
Muayene Sonrası Yapılması Gerekenler	3,27 ± 0,35
Cerrahi Operasyon Sürecinde Yapılması Gerekenler	3,98 ± 0,52

Çalışmaya katılan hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılımları genel düzeyi 3,36 olarak bulunmuştur. Alt boyutlara bakıldığında, hastaların en aktif oldukları boyutun “Cerrahi operasyon sürecinde yapılması gerekenler” olduğu görülmektedir. Hastaların sürece en az katıldıkları, başka bir deyişle en pasif oldukları boyutun ise “Hastane enfeksiyonlarından korunmak için yapılması gerekenler” boyutu olduğu görülmektedir.

Farklı sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip hastaların, kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri arasında bir fark olup olmadığının anlaşılması için Tek Yönlü Varyans Analizi testi kullanılmıştır.

Tablo 61. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyesine Göre Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerinin İncelenmesi

Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	Kişi Sayısı	Ortalama ± SS	p
Yetersiz	134	2,94 ± 0,68	0,00
Sorunlu / Sınırlı	162	3,27 ± 0,73	
Yeterli	52	4,16 ± 0,57	
Mükemmel	32	4,28 ± 0,51	

(p<0,05)

Yapılan analiz sonucunda hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerinin, sağlık okuryazarlık seviyelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık gösterdiği görülmüştür (p<0,05).

Bu durumda, “Hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri, sağlık okuryazarlık seviyelerine göre farklılık gösterir.” şeklinde kurulan Hipotez 7 kabul edilir (p<0,05).

Tablo 62. Sağlık Okuryazarlık Seviyesine Göre, Sağlık Bakım Sürecine Katılım Düzeylerinin İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)

		Yetersiz	Sorunlu / Sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Sağlık Okuryazarlık Seviyesi	Yetersiz	-	0,00	0,00	0,00
	Sorunlu / Sınırlı	0,00	-	0,00	0,00
	Yeterli	0,00	0,00	-	0,16
	Mükemmel	0,00	0,00	0,16	-

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan çapraz eşleştirme sonucunda 3. ve 4. gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı

bulunmazken ($p>0,05$), diğer bütün gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Farklı sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip hastaların, kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyinin alt boyutlarından olan ‘Muayene öncesi yapılması gerekenler’ boyutu ortalamaları arasında bir fark olup olmadığına bakmak için Tek Yönlü Varyans Analizi testi kullanılmıştır.

Tablo 63. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, Muayene Öncesi Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi

Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
Yetersiz	134	2,57 \pm 0,74	0,00
Sorunlu / Sınırlı	162	2,64 \pm 0,70	
Yeterli	52	3,04 \pm 0,56	
Mükemmel	32	3,21 \pm 0,48	

($p<0,05$)

Yapılan analiz sonucunda sağlık okuryazarlık düzeyleri farklı hastaların, muayene öncesi yapılması gerekenler boyutu ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumda Hipotez 8 kabul edilir ($p<0,05$).

Tablo 64. Sağlık Okuryazarlık Seviyesine Göre, Muayene Öncesi Yapılması Gerekenler Boyutunun İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)

		Yetersiz	Sorunlu / Sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Sağlık Okuryazarlık Seviyesi	Yetersiz	-	0,24	0,00	0,00
	Sorunlu / Sınırlı	0,24	-	0,00	0,00
	Yeterli	0,00	0,00	-	0,01
	Mükemmel	0,00	0,00	0,01	-

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan çapraz eşleştirme sonucunda 1. grup ile 3. ve 4. gruplar arasında, 2. grup ile 3. ve 4. gruplar

arasında ve 3. grup ile 4. grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar olduğu görülmüştür ($p<0,05$). 1. grup ile 2. grup arasındaki farkın ise istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerinin belirlenmesinde kullanılan anketin bir diğer alt boyutu ise ‘Muayene sırasında yapılması gerekenler’ boyutudur. Hastaların bu boyuttaki ortalamalarının, sağlık okuryazarlık seviyelerine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Tek Yönlü Varyans Analizi testinden yararlanılmıştır.

Tablo 65. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, Muayene Sırasında Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi

Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
Yetersiz	134	2,75 \pm 0,60	0,00
Sorunlu / Sınırlı	162	3,19 \pm 0,65	
Yeterli	52	3,27 \pm 0,38	
Mükemmel	32	4,34 \pm 0,31	

($p<0,05$)

Yapılan analiz sonucunda sağlık okuryazarlık düzeyleri farklı hastaların, muayene sırasında yapılması gerekenler boyutu ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumda Hipotez 9 kabul edilir ($p<0,05$).

Tablo 66. Sağlık Okuryazarlık Seviyesine Göre, Muayene Sırasında Yapılması Gerekenler Boyutunun İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)

		Yetersiz	Sorunlu / Sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Sağlık Okuryazarlık Seviyesi	Yetersiz	-	0,00	0,00	0,00
	Sorunlu / Sınırlı	0,00	-	0,34	0,00
	Yeterli	0,00	0,34	-	0,00
	Mükemmel	0,00	0,00	0,00	-

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan çapraz eşleştirme sonucunda 1. grup ile 2.,3. ve 4. grup arasında, 2. grup ile 1. ve 4. gruplar arasında, 3. grup ile 1. ve 4. gruplar arasında, 4. grup ile 1., 2. ve 3. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar görülmüştür ($p<0,05$). 2. grup ile 3. grup arasında görülen farkın ise istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ortaya konmuştur ($p>0,05$).

Hastaların ‘İlaç kullanımı konusunda yapılması gerekenler.’ boyutu ortalamalarının, sağlık okuryazarlık seviyelerine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Tek Yönlü Varyans Analizi testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda sağlık okuryazarlık seviyesi arttıkça hastaların ilaç kullanımı boyutu ortalamalarının da arttığı görülmüş, fakat gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu durumda Hipotez 10 reddedilir ($p>0,05$).

Tablo 67. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, İlaç Kullanımı Konusunda Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi

Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
Yetersiz	134	2,97 \pm 0,81	0,28
Sorunlu / Sınırlı	162	3,02 \pm 0,84	
Yeterli	52	3,11 \pm 0,63	
Mükemmel	32	3,17 \pm 0,58	

($p<0,05$)

Hastaların ‘Hastane enfeksiyonlarından korunmak için yapılması gerekenler.’ boyutu ortalamalarının, sağlık okuryazarlık seviyelerine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Tek Yönlü Varyans Analizi testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda sağlık okuryazarlık seviyesi arttıkça hastaların hastane enfeksiyonlarından korunmak için yapılması gerekenler boyutu ortalamalarının da arttığı görülmüş, fakat gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu durumda Hipotez 11 reddedilir ($p>0,05$).

Tablo 68. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, Hastane Enfeksiyonlarından Korunmak İçin Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi

Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	Kişi Sayısı	Ortalama ± SS	p
Yetersiz	134	2,41 ± 0,74	0,33
Sorunlu / Sınırlı	162	2,46 ± 0,71	
Yeterli	52	2,51 ± 0,55	
Mükemmel	32	2,54 ± 0,51	

(p<0,05)

Hastaların ‘Muayene sonrasında yapılması gerekenler.’ boyutu ortalamalarının, sağlık okuryazarlık seviyelerine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek için Tek Yönlü Varyans Analizi testinden yararlanılmıştır.

Tablo 69. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, Muayene Sonrasında Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi

Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	Kişi Sayısı	Ortalama ± SS	p
Yetersiz	134	2,95 ± 0,72	0,00
Sorunlu / Sınırlı	162	3,07 ± 0,78	
Yeterli	52	4,16 ± 0,58	
Mükemmel	32	4,27 ± 0,52	

(p<0,05)

Yapılan analiz sonucunda sağlık okuryazarlık düzeyleri farklı hastaların, muayene sonrasında yapılması gerekenler boyutu ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar bulunmuştur (p<0,05). Bu durumda Hipotez 12 kabul edilir (p<0,05).

Tablo 70. Sağlık Okuryazarlık Seviyesine Göre, Muayene Sonrasında Yapılması Gerekenler Boyutunun İncelenmesinde Gruplar Arası Anlamlılık Düzeyleri (p)

		Yetersiz	Sorunlu / Sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Sağlık Okuryazarlık Seviyesi	Yetersiz	-	0,34	0,00	0,00
	Sorunlu / Sınırlı	0,34	-	0,00	0,00
	Yeterli	0,00	0,00	-	0,21
	Mükemmel	0,00	0,00	0,21	-

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak amacıyla yapılan çapraz eşleştirme sonucunda 1. grup ile 3. ve 4. gruplar, 2. grup ile 3. ve 4. gruplar arasında, 3. grup ile 1. ve 2. gruplar, 4. grup ile 1. ve 2. gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar görülmüştür ($p<0,05$). 1. grup ile 2. grup arasında ve 3. grup ile 4. grup arasında görülen farkın ise istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 71. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, Cerrahi Operasyon Sürecinde Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi

Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	Kişi Sayısı	Ortalama \pm SS	p
Yetersiz	134	3,76 \pm 0,64	0,00
Sorunlu / Sınırlı	162	3,96 \pm 0,67	
Yeterli	52	4,19 \pm 0,43	
Mükemmel	32	4,68 \pm 0,40	

($p<0,05$)

Doktorun herhangi bir cerrahi operasyon uygun görmesi durumunda, hastanın yapması gerekenlerin incelendiği ‘Cerrahi operasyon sürecinde yapılması gerekenler.’ boyutu ortalamalarının, hastaların sağlık okuryazarlık seviyelerine göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiş, gruplar arasında anlamlı farklılıklar görülmüştür ($p<0,05$). Bu durumda Hipotez 13 kabul edilir.

Tablo 72. Hastaların Sağlık Okuryazarlık Seviyelerine Göre, Cerrahi Operasyon Sürecinde Yapılması Gerekenler Boyutu Ortalamalarının İncelenmesi

		Yetersiz	Sorunlu / Sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Sağlık Okuryazarlık Seviyesi	Yetersiz	-	0,03	0,00	0,00
	Sorunlu / Sınırlı	0,03	-	0,00	0,00
	Yeterli	0,00	0,00	-	0,01
	Mükemmel	0,00	0,00	0,01	-

Cerrahi operasyon sürecinde yapılması gerekenler boyutu için yapılan çapraz eşleştirme sonucunda tüm gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar görülmüştür ($p < 0,05$).

Sağlık okuryazarlığı ve hastaların sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerine ilişkin korelasyon analizi sonuçları Tablo 73'te yer almaktadır. Buna göre sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasında ve bu alt boyutlar ile genel sağlık okuryazarlığı arasında ($0,584 \leq r \leq 0,903$) pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Hastaların sağlık bakım süreçlerine katılımları alt boyutları arasında ve bu boyutlar ile genel katılım düzeyi arasında ($0,212 \leq r \leq 0,890$) pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Yapılan analiz sonucunda genel sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hastaların sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri alt boyutlarından muayene öncesi yapılması gerekenler boyutu arasında ($r = 0,805$, $p < 0,05$) pozitif yönlü çok güçlü bir ilişkinin olduğu, muayene sırasında yapılması gerekenler ($r = 0,723$, $p < 0,05$), ilaç kullanımı ($r = 0,645$, $p < 0,05$), muayene sonrası yapılması gerekenler ($r = 0,684$, $p < 0,05$) ve cerrahi operasyon sürecinde yapılması gerekenler ($r = 0,775$, $p < 0,05$) boyutları arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu ve hastane enfeksiyonlarından korunmak için yapılması gerekenler ($r = 0,532$, $p < 0,05$) boyutu arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Son olarak hastaların genel sağlık okuryazarlık seviyeleri ile sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri arasında ($r = 0,925$, $p < 0,05$) pozitif yönlü çok güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Tablo 73. Sağlık Okuryazarlığı ve Hastaların Sağlık Bakım Süreçlerine Katılım Düzeylerine İlişkin Korelasyon Değerleri

	Bilgiye Erişim	Bilgiyi Anlama	Bilgiyi Değerlendirme	Bilgiyi Kullanma	Genel Sağlık Okuryazarlığı	Muayene Öncesi	Muayene Sırasında	İlaç Kullanımı	Hastane Enfeksiyonları	Muayene Sonrası	Cerrahi Operasyon	Sağlık Bakım Sürecine Genel Katılım
Bilgiye Erişim	1											
Bilgiyi Anlama	0,652*	1										
Bilgiyi Değerlendirme	0,681*	0,846*	1									
Bilgiyi Kullanma	0,584*	0,903*	0,623*	1								
Genel Sağlık Okuryazarlığı	0,881*	0,855*	0,712*	0,782*	1							
Muayene Öncesi	0,714*	0,685*	0,510*	0,616*	0,805*	1						
Muayene Sırasında	0,568*	0,723*	0,634*	0,684*	0,723*	0,841*	1					
İlaç Kullanımı	0,619*	0,564*	0,585*	0,628*	0,645*	0,786*	0,540*	1				
Hastane Enfeksiyonları	0,226*	0,316*	0,286*	0,488*	0,532*	0,345*	0,212*	0,260*	1			
Muayene Sonrası	0,525*	0,609*	0,570*	0,630*	0,684*	0,580*	0,508*	0,623*	0,228*	1		
Cerrahi Operasyon	0,911*	0,862*	0,764*	0,740*	0,775*	0,684*	0,695*	0,715*	0,364*	0,674*	1	
Sağlık Bakım Sürecine Genel Katılım	0,784*	0,836*	0,763*	0,865*	0,925*	0,775*	0,805*	0,760*	0,585*	0,816*	0,890*	1

*p < 0,05

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma sonucu elde edilen bulgular tartışılmış, son olarak da çalışmadan çıkarılabilecek bazı sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

4.1. TARTIŞMA

Araştırma bulgularına göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalama indeks puanı 29,68'dir. Sağlık-Sen'in 2014 yılında yayınladığı ve tüm Türkiye'yi kapsayan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" raporunda bu puan 30,4'tür. Türkiye geneli ortalamasından düşük olmakla birlikte, katılımcıların genel sağlık okuryazarlık durumları Türkiye ortalamasına oldukça yakındır. Katılımcıların en düşük ortalamaya sahip oldukları boyut "Sağlık Bilgisine Erişim" boyutudur. En yüksek ortalama ise "Sağlık Bilgisini Uygulama" boyutunda görülmektedir. Çalışmaya katılan 380 kişinin 296'sının genel sağlık okuryazarlığı ortalamalarının 33 puan ve altında olduğu görülmektedir. Bu da katılımcıların %77,89'unun yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmadığını göstermektedir. Türkiye genelinde bu oran %64,6'dır (Sağlık-Sen, 20014). Avrupada ise bu oran %47,6'dır (Executive Agency for Health and Consumers, 2012).

Yapılan analizler sonucu çalışmaya katılan kadınların sağlık okuryazarlığı ortalamalarının, erkek katılımcıların ortalamalarından yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre Türkiye geneli sağlık okuryazarlık düzeylerine bakıldığında ise erkeklerin sağlık okuryazarlık seviyesinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Sağlık-Sen, 2014). Yapılan pek çok çalışmada da kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin erkeklerden daha düşük olduğu görülmektedir (Paasche ve diğ., 2005; Cho ve diğ., 2008, Morris ve diğ., 2013). Fakat bu çalışmada olduğu gibi kadınların daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Nina ve diğ., 1996; Shieh ve diğ., 2009). Literatüre paralel olarak bu çalışmada da sağlık okuryazarlığı düzeylerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarının cinsiyete göre

incelenmesinde ise yalnızca “bilgiyi kullanma” boyutundaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür. Buradan hareketle erkeklerin edindikleri sağlık bilgilerini kullanmada kadınlara göre daha çok zorlandıkları söylenilebilir.

Yaş değişkenine göre sağlık okuryazarlığı incelendiğinde, farklı yaş grubundaki katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlık düzeyleri en yüksek olanların (28-37) yaş arasında olan katılımcılar olduğu, en düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin ise (48-60) yaş grubundakilere ait olduğu görülmektedir. Sağlık-Sen’in (2014) yaptığı çalışmada da katılımcıların yaşı ilerledikçe genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin düştüğü görülmüştür. Akbolat ve arkadaşlarının (2016) Sakarya ilinde yaptıkları çalışmada da sağlık okuryazarlığı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlık oranının düştüğü ortaya konmuştur. Sağlık okuryazarlığının alt boyutlarını yaş değişkenine göre incelediğimizde bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve bilgiyi kullanma ortalamalarının yaşa göre anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Katılımcıların ortalamalarına bakarak; bilgiye erişim, anlama, değerlendirme ve kullanma noktasında en az zorlanan grubun (28-37) yaş grubundakiler olduğunu, en çok zorlananların ise (48-60) yaş grubunda yer alanların olduğunu söyleyebiliriz.

Medeni durum değişkeni açısından sağlık okuryazarlığı incelendiğinde, gerek genel sağlık okuryazarlığı düzeyinde, gerekse sağlık okuryazarlığının alt boyutlarında görülen farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte evli olanların sağlık okuryazarlığı ortalamaları bekar olanlara göre daha yüksektir.

Gelire göre sağlık okuryazarlık düzeyleri incelendiğinde, kişi başı düşen hanehalkı geliri arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığı görülmektedir. Gelir gruplarının sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında görülen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Silk ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada da insanların gelir düzeyleri yükseldikçe sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yükseldiği görülmüştür. Avcı’nın (2013) anneler üzerine yaptığı tez çalışmasında da, gelirin sağlık okuryazarlığını pozitif yönde etkilediği, yüksek gelir grubundaki annelerin, sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yüksek olduğu görülmüştür. Gelir değişkenine göre sağlık

okuryazarlığı alt boyutları incelendiğinde, katılımcıların bilgiye erişim ve bilgiyi kullanma konularındaki ortalamalarının gelire göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık gösterdiği görülmektedir. Bilgiyi anlama ve bilgiyi değerlendirme boyutlarında ortaya çıkan gelire göre farklılık ise istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Bu durumda kişilerin gelirleri arttıkça sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşacağı ve bu bilgileri daha kolay kullanacağı yorumu yapılabilir.

Katılanların sağlık okuryazarlık düzeyleri eğitim durumlarına göre incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça genel sağlık okuryazarlık ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlık düzeyinde görülen fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Schillinger ve arkadaşlarının (2002) diyabet hastaları üzerinde yaptıkları araştırmada da, eğitim durumunun sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden birisi olduğu ortaya konmuştur. Christmann da (2005) sağlık okuryazarlığı ve internet kullanımı üzerine yaptığı çalışmada eğitim seviyesinin hem sağlık okuryazarlığı düzeyini hem de internet kullanımını pozitif yönde etkilediğini belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının eğitim düzeyine göre incelenmesi sonucu, her boyutun eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gösterdiği görülmüştür. Kişilerin eğitim düzeyleri arttıkça sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşmakta, anlamakta, değerlendirmekte ve bu bilgileri daha kolay değerlendirmektedir.

Kişilerin sahip oldukları çocuk sayısına göre genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür. Bununla birlikte bilgiyi anlama ve bilgiyi kullanma noktasında, 3 ve daha fazla çocuğa sahip olan bireylerin, 2 ve daha az çocuğa sahip olan bireylere göre daha az zorlandıkları görülmektedir.

Çalışma kapsamında katılımcılara en sık tercih ettikleri sağlık kuruluşu sorulmuştur. Kişilerin tercih ettikleri sağlık kuruluşu türüne göre, sağlık okuryazarlık düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde farklılaşmadığı görülmüştür. Sağlık okuryazarlığının alt boyutları açısından da istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Bununla birlikte genel sağlık okuryazarlığı ortalaması en yüksek grup sıklıkla özel hastaneleri tercih edenlerdir. Bu durum gelirin sağlık okuryazarlığı üzerine etkisiyle açıklanabilir. Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı yükseldikçe koruyucu

sağlık hizmetlerinin kulalanımının artacağından (WHO, 2004) hareket edersek, en yüksek sağlık okuryazarlığı ortalamasının, sıklıkla aile hekimliğini tercih eden katılımcılara ait olması beklenilebilir.

Katılımcıların herhangi bir kronik hastalığı olup olmadığı sorulmuş, kronik hastalığı olanların genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Görülen fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Literatürde, kronik hastalığa sahip olma durumunun, kişinin sağlık okuryazarlık düzeyini arttırdığını gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bu durum kronik hastalık yönetiminde hastalara daha çok rol düştüğü ve sürecin hastaneyle sınırlı kalmayıp hastanın gündelik hayatında da etkili olmasıyla açıklanmıştır (Nutbeam, 200; Kondilis ve diğ., 2006, Jovic ve diğ., 2009; Taggart ve diğ., 2012). Kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlığı alt boyutları ortalamalarının da kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür.

Çalışma kapsamında katılımcılara hanehalkı içerisinde kronik hastalığı olan kişiler sorulmuştur. Kronik hastalıkları olan bireylerin bulunduğu hanelerde yaşayanların sağlık okuryazarlık seviyelerinin, hane içerisinde kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Katılımcılara hanehalkı içerisinde herhangi bir sağlık çalışanının yaşayıp yaşamadığı sorulmuştur. Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin, hanehalkı içerisinde herhangi bir sağlık çalışanının olup olmaması durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği görülmüştür. Hanehalkı içerisinde bir sağlık personeli olan kişiler, diğerlerine göre daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir ve sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve bilgiyi kullanma konularında diğerlerine göre daha avantajlı durumdadırlar.

Katılımcılara bugüne kadar sağlıkla ilgili bir eğitim alıp almadıkları sorulmuştur. Yapılan analizler sonucunda sağlık okuryazarlığının, sağlık eğitimi alma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık gösterdiği görülmüştür. Sağlık okuryazarlığını geliştirmenin en önemli yolu sağlık eğitimidir (Fertman ve Allensworth, 2012). Genel sağlık okuryazarlığı düzeyi en yüksek grup üniversite düzeyinde sağlık eğitimi alanlar olarak belirtilmiştir. En düşük ortalama ise sağlıkla ilgili bir eğitim almayanlara aittir. Burada dikkat çeken bir nokta “diğer” seçeneğini

seçenlerin sağlık okuryazarlığı ortalamalarıdır. Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) verilen aile planlama ve obeziteyle mücadele eğitimleri, gebelik sürecinde verilen eğitimler ve kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezinde (KETEM) verilen sigara bırakma eğitimleri gibi eğitimlere katıldığını belirtenlerin genel sağlık okuryazarlığı ortalamalarıyla, sağlıkla ilgili bir lisede okumuş kişilerin genel sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum aile hekimliği merkezleri, TSM'ler ve KETEM gibi birimlerde verilen sağlık eğitimlerinin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için faydalı olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların sigorta türüne göre sağlık okuryazarlık düzeyleri incelenmiştir. Yapılan analizler sonunda sağlık okuryazarlığının sigorta türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Genel sağlık sigortasının yanı sıra özel sağlık sigortası da yaptırılanların sağlık okuryazarlık düzeylerinin, özel sağlık sigortası olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumu gelirin sağlık okuryazarlığı üzerine etkisiyle açıklamak mümkündür. Sigorta türüne göre sağlık okuryazarlığının alt boyutları incelendiğinde, özel sağlık sigortası olanların bilgiyi kullanma konusunda özel sağlık sigortası olmayanlara göre daha az zorlandıkları görülmüştür. Erdem ve Pirinççi (2003) yaptıkları araştırmada sağlık sigortasının, sağlık hizmetleri kullanımını kolaylaştırıcı bir faktör olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu durumda özel sağlık sigortası olanların, olmayanlara göre sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabilecekleri, böylece sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından olan bilgiyi kullanma becerilerinin daha çok artacağı düşünülebilir.

Katılımcılara son 12 ay içerisinde kaç kez doktora başvurdukları sorulmuştur. Doktora başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olup olmadığını anlamak için Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda doktora başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur. Başka bir deyişle katılımcıların doktora başvuru sayıları arttıkça, sağlık okuryazarlık düzeyleri de artmaktadır. Sağlık eğitimi sürecinde bireyin öğrenme yollarından birisi de tecrübe ederek öğrenmedir (Özvarış, 2011). Doktora başvuru sayısı arttıkça bireyler daha çok sağlık bilgisiyle karşı karşıya kalmakta, tecrübe ederek öğrenmektedir. Bu şekilde sağlık okuryazarlık düzeylerinin arttığı yorumu yapılabilir.

Çalışmaya katılanların kendi sağlık bakım süreçlerine katılımları genel düzeyi 3,18 olarak bulunmuştur. Alt boyutlara bakıldığında, hastaların en aktif oldukları boyutun 3,98 ortalamasının olduğu “Cerrahi operasyon sürecinde yapılması gerekenler” olduğu görülmektedir. Ameliyata karar verme sürecinde ve ameliyatın başarılı olması yolunda hastanın sürece katılımı, ameliyatla ilgili gerekli bilgileri sorgulaması ve edinmesi son derece önemlidir (Chan ve diğ., 2002; Katz ve diğ., 2005; Batte ve Adome, 2006; Katz ve Havley, 2007). Bu durumda hastaların cerrahi operasyon sürecine ortalamasının üzerinde katılım eğiliminde olmaları olumlu yorumlanır. Hastaların sürece en az katıldıkları, başka bir deyişle en pasif oldukları boyutun ise “Hastane enfeksiyonlarından korunmak için yapılması gerekenler” boyutu olduğu görülmektedir. Burada katılımcıların hastane çalışanlarına hijyen konusunda uyarı ve tavsiyelerde bulunmaktan veya onları sorgulamaktan çekindikleri yorumu yapılabilir. Ayrıca katılımcılar hastaneye ziyarete gelen yakınlarla da hijyen kuralları ile ilgili uyarıda bulunma noktasında çekingen davranmaktadırlar denilebilir.

Yapılan analizler sonucunda hastaların kendi sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerinin, sağlık okuryazarlık seviyelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık gösterdiği görülmüştür. Sağlık bakım sürecinde en pasif olanlar sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olanlardır, aynı şekilde süreçte en aktif olanlar da sağlık okuryazarlık seviyesi mükemmel olanlardır. Sağlık okuryazarlık seviyesi yetersizden mükemmel doğru gittikçe hastaların sağlık bakım süreçlerine katılımları da artmaktadır.

Hastaların muayene öncesi yapılması gerekenler boyutu ortalamaları, sağlık okuryazarlık seviyelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir. Bu boyutta, sağlık okuryazarlık seviyeleri yetersiz olanların aldıkları ortalama puan 2,57 iken, sağlık okuryazarlık seviyesi mükemmel olanların ortalama puanı 4,34'tür. Hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça bilinçlilik düzeyi artmakta ve muayeneye daha hazırlıklı gitmektedirler.

Hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi değiştikçe, muayene sırasında yapması gerekenler boyutuna katılım düzeyi de istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olanların muayene sırasında yapılması gerekenler boyutundan aldıkları ortalama puan 2,75 iken, sağlık

okuryazarlığı mükemmel seviyede olanların aynı boyuttan aldıkları puan 4,34'tür. Hastaların sağlık okuryazarlığı seviyesi yükseldikçe, muayene sırasında sürece katılımları da artmaktadır. Bu durum doktorun hasta hakkında daha kolay ve doğru karar vermesine yardımcı olmakta, doğru teşhisin konulmasına ve tedavi yönteminin seçilmesine pozitif katkı sağlamaktadır. Hastanın bu süreçteki aktif katılımı yanlış ilaç kullanımından kaynaklanabilecek yan etkilerin de bertaraf edilmesine yardımcı olacaktır.

Hastaların ilaç kullanımı boyutundan aldıkları puanlar, sağlık okuryazarlık seviyelerine göre kıyaslandığında, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı arttıkça bu boyutta hastaların sürece katılımları artmakla birlikte, aralarındaki fark anlamlı değildir.

Hastaların hastane enfeksiyonlarından korunma boyutundan aldıkları ortalama puanların, sağlık okuryazarlık seviyesine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermediği görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı mükemmel seviyede olanların dahi bu boyuttan aldıkları ortalama puanın 2,54 olması ve boyutun genel ortalamasının 2,45 olması, sağlık okuryazarlığı seviyesine bakılmaksızın katılımcıların bu boyutta pasif kalma eğiliminde oldukları yorumu yapılabilir.

Katılımcıların muayene sonrasında yapılması gerekenler boyutundan aldıkları ortalama puanların, sağlık okuryazarlık seviyelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık gösterdiği görülmüştür. Analizler sonucunda, hastaların sağlık okuryazarlık seviyeleri arttıkça, muayene sonrasında yapılması gerekenler boyutunda daha daha aktif oldukları görülmüştür.

Hastaların en aktif oldukları boyut cerrahi operasyon sürecinde yapılması gerekenler boyutudur. Bu boyutta alınan ortalama puanların sağlık okuryazarlık seviyesine göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu boyutta da sağlık okuryazarlık seviyesi arttıkça hastalar daha aktif rol oynamaktadırlar.

4.2. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri sunumu her geçen gün daha çok “hasta” merkezli bir hal almaktadır. Hastaların sistem içindeki rolü giderek artmaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanması

konusunda da hastalara çeşitli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Sağlık bakım sürecinde kendilerine biçilen aktif rolü oynayabilmeleri, görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için hastaların güçlendirilmeleri gerekmektedir. Hastaların güçlendirilmesi noktasında sağlık okuryazarlığı önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyodemografik özellikleri incelemeyi amaçlayan bu çalışma, farklı sağlık okuryazarlığı seviyesindeki hastaların, sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri arasında bir fark var mıdır sorusuna da cevap aramaktadır. Toplanan veriler üzerinde yapılan analizler neticesinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Çalışmaya katılanların %35,26'sı yetersiz, %42,63'ü sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipken, %13,69'unun sağlık okuryazarlığı yeterli ve %8,42'sinin sağlık okuryazarlığı mükemmel düzeydedir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri erkeklerinkinden daha yüksektir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. En yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi (28-37) yaş grubundaki katılımcılarda görülürken, en düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi (48-60) yaş aralığında olanlarda görülmektedir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyinin medeni durum değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte evli olanların sağlık okuryazarlık düzeyleri bekar olanlara göre daha yüksektir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi gelir değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Gelir arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi de yükselmektedir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi de yükselmektedir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi sahip olunan çocuk sayısına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermemektedir.

- Sağlık okuryazarlığı düzeyi en sık tercih edilen sağlık kurumu türüne göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermemektedir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi, kronik hastlığa sahip olma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Kronik hastalığı olan kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksektir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi, hane halkı içerisinde kronik hastalığa sahip bireylerin olması durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Yaşadığı hane içerisinde kronik hastalığı bulunan insanlar olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri, herhangi bir kronik hastalığı olmayan bireylerden oluşan hanelerde yaşayan katılımcılara göre daha yüksektir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi, hanehalkı içerisinde bir sağlık çalışanının olması durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Hanehalkı içerisinde sağlık çalışanı olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri, hane halkı içerisinde sağlık çalışanı bulunmayan katılımcılara göre daha yüksektir.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık eğitimi alma değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi en yüksek grup sağlıkla ilgili üniversite seviyesinde eğitim alanlardır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi en düşük grup ise bugüne kadar sağlıkla ilgili herhangi bir eğitim almamış olanlardır.
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi, sahip olunan sigorta türüne göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Genel sağlık sigortasının yanı sıra özel sağlık sigortası da olanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, yalnızca genel sağlık sigortasına sahip olanlara göre daha yüksektir.
- Doktora başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır. Doktora başvuru sayısı arttıkça, sağlık okuryazarlığı düzeyi yükselmektedir.
- Hastaların sağlık bakım süreçlerine katılım ölçeğinden aldıkları genel ortalama 3,36'dır. Hastalar sağlık bakım süreçlerine orta düzeyin üzerinde bir katılım gerçekleştirilmektedirler. Hastaların en aktif olduğu süreç cerrahi operasyon

sürecidir. Hastaların en pasif olduğu süreç ise hastane enfeksiyonlarından korunmak için yapılması gerekenler sürecidir.

- Hastaların sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri, sağlık okuryazarlık seviyelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Sağlık okuryazarlık seviyesi arttıkça, sağlık bakım sürecine katılım da artmaktadır.
- Sağlık bakım sürecine katılım ölçeği alt boyutlarından muayene öncesi yapılması gerekenler, muayene sırasında yapılması gerekenler, muayene sonrası yapılması gerekenler ve cerrahi operasyon sürecinde yapılması gerekenler boyutları, sağlık okuryazarlığı seviyesine göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılıklar göstermektedir. İlaç kullanımı sürecinde yapılması gerekenler ve hastane enfeksiyonlarından korunmak için yapılması gerekenler boyutları, sağlık okuryazarlığı seviyesine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermemektedir.
- Hastaların genel sağlık okuryazarlık seviyeleri ile sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri arasında pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki bulunmuştur. Buna göre hastaların sağlık okuryazarlık seviyeleri yükseldikçe, sürece katılım düzeyleri de artmaktadır.

Ülkemizde sağlık okuryazarlığının geliştirilebilmesi için genelde eğitime, özelde ise sağlık eğitimine önem verilmelidir. Bu kapsamda örgün eğitimin her seviyesinde sağlık eğitimi konusuna ağırlık verilebileceği gibi, Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM), kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezinde (KETEM) veya aile hekimliklerinde de çeşitli eğitimler verilerek halkın sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseltilmesine katkı sağlanabilir.

Sağlık okuryazarlığı kavramı gerek dünyada gerekse ülkemizde hızla üzerine yoğunlaşılacak yeni ve önemli bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi için kullanılacak araçlar, kavrama bakış açısına, konuşulan dile veya farklı kültürlere göre değişiklik gösterebilmektedir. Bu kapsamda sağlık okuryazarlığının ölçülebilmesi için ülkemize uygun ölçeklerin geliştirilmesi ve çeşitlendirilmesi, kavramın daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Sağlık okuryazarlığı konusunda yapılacak yeni çalışmalarla konunun farklı boyutları ele alınabilir. Özellikle ampirik çalışmalarla

sağlık okuryazarlığı kavramının farklı konularla etkileşimi incelenerek, konunun hangi alanları nasıl etkilediği ortaya konulabilir.

Sağlık hizmetleri kalitesinin artırılmasında, maliyetlerin düşürülmesinde ve özellikle hasta güvenliğinin sağlanmasında hasta iş birliğini öne çıkaran bakış açısı son yıllarda giderek daha çok benimsenmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında hastalar bir çözüm ortağı olarak görülmeye başlamakla birlikte, hastaların hangi süreçlere ne şekilde katılacağı konusu daha çok açıklanmaya muhtaçtır. Hastaların görev ve sorumluluklarının iyi tanımlanması ve hastalara doğru aktarılması gerekmektedir. Ayrıca hastaların bu görev ve sorumlulukları yerine getirebilmeleri için desteklenmeleri de gerekebilir. Hastaların sağlık bakım süreçlerine katılımlarının doğru şekilde desteklenebilmesi için özellikle mevcut durumun tespit edilmesi ve eksikliklerin saptanması gerekmektedir. Bu noktada bu tez çalışmasının en önemli çıktılarında birisi, çalışma kapsamında geliştirilen ve hastaların sağlık bakım süreçlerine katılım düzeylerini ölçmeyi amaçlayan ölçektir.

Bu ölçek çalışması, yapılacak yeni çalışmalarla farklı örneklerde test edilmeye ve geliştirmeye muhtaçtır. Yapılacak yeni çalışmalarda farklı ölçekler ve farklı ölçüm teknikleri geliştirilerek konunun daha iyi anlaşılması sağlanabilir. Bu çalışmada hastaların sürece katılımları sağlık okuryazarlığıyla ilişkilendirilmiş ve farklı sağlık okuryazarlık seviyesindeki hastaların sağlık bakım süreçlerine katılım düzeyleri arasındaki fark incelenmiştir. Yapılacak yeni çalışmalarla hastaların sürece katılımlarını etkileyen başka faktörler de incelenerek, hastaların süreçte daha aktif olmaları, görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için neler yapılabileceği, hangi konular üzerinde durulması gerektiği sorularına cevap aranabilir.

KAYNAKÇA

- Akar, T., Derinöz, O., Demirel, B. (2007). İlaç Zehirlenmeleri ve Hastane Maliyetleri Orijinal Araştırma. Türk Pediatri Arşivi, 42(3).
- Albay, A. (2005). El Antiseptiklerinde Cilt Koruyucu Maddeler, 4.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, ss: 41-58
- Aldemir, A. (2003). Bilgiye Erişimde Yeni Yaklaşım: Bilgi Okuryazarlığı, Bilgiye Erişimde Değişen Yollar ve II. Tıbbi Bilgi Yönetimi ve Teknolojileri Sempozyum Kitabı, ss. 271-281, Ankara.
- Alpar, R. (2012). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik, Detay Yayınları, Ankara.
- AmericanMedicalAssociation -AMA- (2004). Helath Literacy a Manuel for Clinicians, AMA Foundation Press, USA.
- Arora, N.K., McHorney, C.A. (2000). Patient Preferences for MedicalDecision Making: Who Really Wants to Participate?. Medical Care. 38(3), pp: 335-341.
- Arozullah, A.M., Yarnold, P.R., Bennett, C.L., Soltysik, R.C., Wolf, M.S., Ferreira, R.M. (2007). Development and Validation of a Short-Form, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine. Medical Care, 45(11), pp:1026-1033.
- Aştı, T., Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(2), ss. 22-27.
- Avcı, E. (2013). Annelerin Anne Sütü İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Ve Etkileyen Faktörleri Saptama, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Aydın, B. (2010). Hasta ve Çalışan Güvenliği Eğitim Notları, ss:6, Hasta Güvenliği Derneği Yayınları, Ankara
- Aydın, E. (2006). Dünya ve Türk Tıp Tarihi, Güneş Yayınevi, ss:40-41, Ankara
- Baker, D.W.(2006). The Meaning And Measure Of Health Literacy. Journal of General Internal Medicine, (21), pp: 878-883.

- Baker, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Gazmararian, J.A., Nurss, J. (1999). Development of a Brief Test to Measure Functional Health Literacy, Patient Education and Counseling, (38), pp:33-42.
- Baker, G.R., Norton, P.G. (2004). The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada, Canadian Medical Association Journal, 170(11), pp. 1678-86
- Baker, R.G. (2014). Evidence Boost: A Review of Research Highlighting How Patient Engagement Contributes to Improved Care, Canadian Foundation for Healthcare Improvement.
- Balçık, P.Y., Taşkaya, S., Şahin, B. (2014). Sağlık Okur-Yazarlığı, TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(4), ss: 321-326.
- Bass, P.F., Wilson, J.F., Griffith, C.H. (2003). A Shortened Instrument for Literacy Screening. Journal of General Internal Medicine, (18),pp: 1036-1038.
- Batte, A., Adome, R. (2006). Patient Involvement in Treatment Decision Making Among Women With Breast Cancer: Creating Person-Centred and Equitable Health Service Systems, International Development Research Centre, Canada.
- Baur, C. (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy; U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. pp: 7-8.
- Bennett, I.M., Chen, J., Soroui, J.S., White, S. (2009). The Contribution of Health Literacy to Disparities in Self-Rated Health Status and Preventive Health Behaviors in Older Adults, Annals of Family Medicine, 7(3), pp: 204-211.
- Betz, C.L., Meeske, K., Ruccione, K., Smith, K., Chang, N. (2008). Health Literacy: a Pediatric Nursing Concern, Journal of Pediatric Nursing, 34(3), pp:231-239.
- Binay, Ç., Şahin, G. T., Biçer, S., Gemici, H., Şahin, S., Bahar, S., Engerek, N. (2010). Çocuk Acil Ünitesi 2006 Yılı Zehirlenme Vakalarının Değerlendirilmesi. JAEM, (9), ss: 31-40.
- Büyükbıngöl, N. (1994). Hastane Yönetim Bilgi Sisteminde Malzeme Yönetiminin Oluşturulması, Doktora Tezi, KTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.

- Canadian Public Health Association (2008). A Vision for a Health Literate Canada, Report of the Expert Panel on Health Literacy
- Carman, K.L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., Sweeney, J. (20013). Patient and Family Engagement: a Framework for Understanding the Elements and Developing Interventions and Policies. *Health Affairs*. 32(2), pp:223-231.
- Catalan, J., Brener, N., Andrews, H., Day, A., Cullum, S., Hooker, M., Gazzard, B. (1994). Whose Health is It? Views About Decision-Making and Information-Seeking from People With HIV Infection and Their Professional Carers. *AIDS care*. 6(3), pp: 349-356.
- Center for Health Care Strategies (2013). Health Literacy Fact Sheets, Fact Sheet 1: What is Health Literacy?
- Centers for Disease Control and Prevention -CDC- (2009). Improving Health Literacy for Older Adults, Expert Panel Report, USA.
- Chambers, S. (2003). Deliberative Democratic Theory. *Annual Review of Political Science*, 6(1), pp: 307-326.
- Chan, Y., Irish, C., Wood, S., Rotstein, D., Brown, D., Lockwood, D. (2002). Patient Education and Informed Consent in Head and Neck Surgery, *Arch Otolaryngol*, (128), pp: 1269-1274.
- Cho, Y.I., Lee, S.Y.D., Arozullah, A.M., Crittenden, K.S. (2008). Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization Amongst The Elderly. *Social Science & Medicine*. (66), pp: 1809-1816.
- Cimasi, R.J., Sharamitaro, A.P., Seiler, R.A. (2013). The Association between Health Literacy and Preventable Hospitalizations in Missouri: Implications in an Era of Reform, *Journal of Health Care Finance*, 40(2), pp: 1-16.
- Cohen, E. (2010). *The Empowered Patient: How to Get the Right Diagnosis, Buy the Cheapest Drugs, Beat Your Insurance Company, and Get the Best Medical Care Every Time*, Ballantine Books Trade Paperbacks, USA.

- Conklin, A., Vilamovska, A.M., Vries, H., Hatsiandreu, E. (2008). Technical Report, Improving Patient Safety in the EU, European Commission Publishing, United Kingdom.
- Corrigan, J. M. (2005). Crossing the quality chasm. Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership, 95-99
- Coulter, A., Ellins, J. (2006). Patient-Focused Interventions: a Review of the Evidence. The Health Foundation, London.
- Coulter, A., Ellins, J. (2007). Effectiveness of Strategies for Informing, Educating and Involving Patients. British Medical Journal, (335), pp: 24-26.
- Çakmakçı, M. (2006). Sağlıkta Yeni Kalite Göstergesi: Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar, Acıbadem Hemşirelik Dergisi.
- Çam, H., Kıray, E., Taştan, Y., & Özkan, H. Ç. (2003). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Acil servisinde izlenen zehirlenme olguları Orijinal Araştırma. Türk Pediatri Arşivi, 38(4).
- Davis, P., Lay-Yee, R., Schug, S., Briant, R., Scott, A., Johnson S. Bingley, W. (2001). Adverse Events Regional Feasibility Study: Indicative Findings, New Zealand Medical Journal, 114(1131), pp. 203-5.
- Davis, R.E., Jacklin, R., Sevdalis, N., Vincent, C.A. (2007). Patient Involvement in Patient Safety: What Factors Influence Patient Participation and Engagement?. Health Expectations. 10(3), pp: 259-267.
- Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W., Crouch, M.A. (1993). Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: a Shortened Screening Instrument. Family Medicine, 25(6), pp: 390-395.
- Demir, F. (2007). Cerrahide Hasta Güvenliği, Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katılımlı), 4-8 Eylül 2007, Gaziantep.
- Deniz, T., Kandış, H., Saygun, M., Büyükkoçak, Ü., Ülger, H., & Karakuş, A. (2009). Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Zehirlenme Olgularının Analizi. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 11(2), ss:15-20.

- Dhillon, B.S. (2003). Human Reliability and Error in Medical System, Series on Industrial&System Engineering, (2), pp. 10-108.
- Egbert, N.,Nanna, K.M. (2009). Health Literacy: Challenges and Strategies, The Online Journal of Issues in Nursing, 14(3), Erişim: 20 Temmuz 2015. (<http://www.medscape.com/viewarticle/717465>).
- Eichler, K., Wieser, S., Brügger, U. (2009). The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review, International Journal of Public Helath, (54), pp: 314-324.
- Embrey, D. (2009). Human Factors for Engineers, (Edited by Carl Sandom and Roger S. Harvey), The Institution of Engineering and Technology, pp:151-178.
- Eren, N. (1996). Çağlar Boyunca Toplum Sağlık ve İnsan, Somgür Yayınları, Ankara
- Executive Agency for Health and Consumers. (2012). Comparative Report on Health Literacy in Eight Eu Member States, The European Health Literacy Project 2009-2012.
- Fancott, C. (2013). What If Patient Experiences Guided Quality Improvement and Organizational Change?,Canadian Foundation for Healthcare Improvement.
- Fertman, C., Allensworth, D. (2012). Sağlığı Geliştirme Programları: Teoriden Pratiğe, (Çev: Nimet Mediha Işıtman), Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Florin, D., Dixon, J. (2004). Public Involvement in Health Care. British Medical Journal. 328(7432), pp:159-161.
- Fraenkel, L. (2013). Incorporating Patients' Preferences into Medical Decision Making. Medical Care Research and Review. 70(1), pp: 80-93.
- Füsun Sayek TTB Raporları (2010). Hasta Güvenliği Türkiye ve Dünya, ss:11-17, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara
- Gencer, S. (2008). Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi Ve Kontrolünün Olmazsa Olmazı El Yıkama, Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, No 60, Ocak 2008 Cerrahpaşa Tıp fakültesi Sürekli Tıp eğitim Etkinlikleri, ss: 71-78 İstanbul

- Giannakakis, N., Poravas, E., (2006). Knowledge Management in Medicine, Handbook of Research on Informatics in Healthcare and Biomedicine, (Edited by Lazakidou, A.), Idea Group Publishing, pp: 203, Greece.
- Gibson, C.H. (1991). A Concept Analysis of Patient Empowerment, *Journal of Advanced Nursing*, 16 (3), 354-361.
- Güneş, F. (1997). Okuma-Yazma Öğretimi ve Beyin Teknolojisi, Ocak Yayınları, Ankara.
- Hancı, İ.H. (2002). Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, Seçkin Yayınları, ss: 28, Ankara.
- Hanson, E.C. (1997). Developing a Medical Achievement Reading Test to Evaluate Patient Literacy Skills: a Preliminary Study, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, (8), pp:56-59.
- Harvard Medical Practice Study Group (1990). Patients, Doctors and Lawyers: Medical Injury, Malpractice Litigation and Patient Compensation in New York, Harvard University Press, Cambridge.
- Hayes, M., Ross, I. E., Gasher, M., Gutstein, D., Dunn, J. R., & Hackett, R. A. (2007). Telling Stories: News Media, Health Literacy and Public Policy in Canada. *Social Science & Medicine*, (64), pp: 1842-1852.
- Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. (2005). The Impact of Low Health Literacy on The Medical Costs of Medicare Managed Care Enrollees. *Am J Med.* (118), pp:371-377.
- Howard, D. H., Gazmararian, J., & Parker, R. M. (2005). The Impact of Low Health Literacy on The Medical Costs of Medicare Managed Care Enrollees. *American Journal of Medicine*, (118), pp: 371-377.
- Howard, D.H., Gazmararian, J., Parker, R.M. (2005). The Impact of Low Health Literacy on The Medical Costs of Medicare Managed Care Enrollees, *The American Journal of Medicine*, 18(4), pp: 371-377.
- Ilan, R., Fowler, R. (2005). Brief History of Patient Safety Culture and Science, *Journal of Critical Care*, (20), p. 2-5.

- International Council Of Nursing (ICN) (2006). Uluslararası Hemşireler Günü Teması: “Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır”, Bilgi ve Eylem Kılavuzu, Ek 8, ss: 31.
- International Council Of Nursing-ICN- (2007). Uluslar Arası Hemşireler Günü Teması: “Olumlu Çalışma Ortamları Nitelikli İşyerleri = Nitelikli Hasta Bakımı”, Bilgi ve Eylem Kılavuzu, Ek 5., ss: 45.
- IOM- Institute of Medicine (2004). Health Literacy; a Prescription to End Confusion, The National Academies Press, Washington, D.C.
- IOM-Institute of Medicine (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, The National Academy Press, Washington DC.
- IOM-Institute of Medicine(2003). Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality, The National Academies Press, Washinton D.C.,ss: 41.
- İnanır, İ., Serbest, Ş. (2009). Hasta Güvenliği Kursu Eğitim Kitapçığı, 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 3-6 Mayıs, Aydın.
- Joint Commission International -JCI (2007). “What Did the Doctor Say?:” Improving Health Literacy to Protect Patient Safety, Joint Commission Public Policy Reports, pp: 18, USA.
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovich, V., Marinkovich, J. (2009). Functional Health Literacy among Primary Health-Care Patients: Data from Belgrade Pilot Sstudy. Journal of Public Health, 31(4), pp: 490-495.
- Kanj, M., Mitic, W. (2009). Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap, 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, Kenya.
- Katz, SJ., Havley, ST. (2007). From Policy To Patients And Back: Surgical Treatment Decision Making For Patients With Breast Cancer, Health Affairs, 26(3), pp: 761-769.
- Katz, SJ., Lantz, PM., Janz, NK., Fagerlin A, Schwartz K, Liu L, Deapen D, Salem B, Lakhani I, Morrow M. (2005). Patient Involvement in Surgery Treatment

- Decisions For Breast Cancer, *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), pp: 5526-5533.
- Kickbusch, I. (2004). Improving Health Literacy in The European Union: Towards A Europe of Informed and Active Health Citizens, 7th European Health Forum Gastein.
- Kondilis, BK., Soteriades, ES., Falagas, ME. (2006). Health Literacy Research in Europe: a Snapshot. *European Journal of Public Health*, 16(1), pp: 113.
- Kopec, D., Kabir, M.H., Reinharth, D., Rothschild, O., Castiglione, J.A. (2003). Human Errors in Medical Practice: Systematic Classification and Reduction with Automated Information Systems, *Journal of Medical Systems*, 27(4), pp: 297-313
- Kurutkan, M. N. (2009). Hasta Güvenliği Çözümleri, ss: 20, Sage Yayınları, Ankara
- Lawrence, P., Gill, S.(2007). Human Hazard Analysis: A Prototype Method for Human Hazard Analysis Developed for the Large Commercial Aircraft Industry, *Disaster Prevention And Management*,16(5),pp.726.
- Lee C.Y.F. (2006). Improving Patient Safety Through a Total Quality Culture, Master's Thesis, University of Bradford, Bradford, United Kingdom.
- Mancuso, J.M. (2009). Assesment and Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of the Literature, *Nursing and Health Sciences*, (11), pp: 77-89.
- Mancuso, J.M. (2009). Assessment And Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of The Literature, *Nursing and Health Sciences*, (11), pp: 77-89.
- McNutt, R.(2002). How Best to Improve Patient Safety?,*The Journal of the American Medical Association-JAMA*, 288(6), pp: 1997-2001.
- Mills, D.H. (1978). Medical Insurance Feasibility Study-a Technical Summary, (Akt. Sur, H.,Palteki, T. ,2013, Hastane Yönetimi, Nobel Tıp Yayınları),*West Med Journal*, pp: 360-363.

- Morris, N.S., MacLean, C.D., Littenberg, B. (2013). Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults with Diabetes. *The Diabetes Educator*. 39(5), pp: 638-646.
- Nath, C.R., Sylvester, S.T., Yasek, V., Gundel, E. (2001). Development and Validation of a Literacy Assessment Tool for Persons with Diabetes. *The Diabetes Educator*, (27), pp: 857-864.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion-CDC (2009). *The Power of Prevention Chronic Disease : The Public Health Challenge of The 21st Century*, pp:7-10.
- National Audit Office (NAO) (2005). *A Safer Place for Patients: Learning to Improve Patient Safety*, Report by the Controller and Auditor General, HC 456 Session, London.
- National Patient Safety Agency (NPSA) (2004). *Seven Steps to Patient Safety, The Full Reference Guide*, NPSA Health Reports, London
- NCCMERP (2015). *About Medication Errors; What is a Medication Error?*. Erişim: 28 Mayıs 2015. (<http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>)
- Nergis, A. (2011). Okuryazarlık Kültürü ve Değişen Okuryazarlık Türleri, *International Online Journal of Educational Sciences*, 3(3), ss.1133-1154.
- New Zealand Health Ministry (2010). *Health Literacy and Maori, Results from the 2006 Adult Literacy and Life Skills Survey*.
- Nielsen, B., Panzer, A., Kindig, D. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine of The National Academies. The National Academies Press. ss: 65-81, USA.
- Nina S. Parikh, Ruth M. Parker, Joanne R. Nurss, David W. Baker, Mark V. Williams (1996). *Shame and Health Literacy: The Unspoken Connection*, *Patient Education and Counseling*, (27), pp: 33-39.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), pp: 259-267.

- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy As a Public Health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century, *Health Promotion International*, 15(3), pp: 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy, *Journal of Social Science & Medicine*, (67), pp: 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and Measuring Health Literacy: What Can We Learn From Literacy Studies?, *International Journal of Public Health*, pp:303-306.
- Oğuz, B., Kurutkan, M.N., (2013). Hastane Kaynaklı Enfeksiyonları Azaltmanın Altın Kuralı El Hijyeni: Kamu ve Özel Hastane Karşılaştırması. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2013(2), 36-42.
- Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD (2015). OECD Health Statistics 2015, Erişim: 18 Haziran 2015. (<http://www.oecd.org/unitedstates/Country-Note-UNITED%20STATES-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>)
- Osborne, H. (2013). *Health Literacy From A to Z*, Jones & Bartlett Learning, USA.
- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2010). Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey, *Health Education Research*, 25(3), pp:464-477.
- Öztekin, E. (2013). *Akıllı Hastanın Sağlık Rehberi*, Sağlık Adası Yayınları, İstanbul.
- Özvarış, Ş.B. (2011). *Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, ss:63-95.
- Paasche-Orlow, MK., Parker, RM., Gazmararian, JA., Nielsen-Bohlman, L.T., Rudd, R.R. (2005). The Prevalence of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*. (20), pp:175-184.
- Parikh, N.S., Parker, R.M., Nurss, J.R, Baker, D.W., Williams, M.V.(1996). Shame and Health Literacy: The Unspoken Connection. *Patient Education and Counseling*, 27(1), pp:33-39
- Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR.(1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFELA): A New Instrument for Measuring Patient's Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine*, (10), pp:537-42.

- Parker, R. M. (2000). Health Literacy: A Challenge for American Patients and Their Health Care Providers. *Health Promotion International*, (15), pp: 277–291.
- Parvanta,C.F., Nelson, D.E., Parvanta,S.A., Harner, R.N. (2001). *Essentials of PublicHealthCommunication*, Jones&Bartlet Learning, USA.
- Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K. (2012).Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States, The European Health Literacy Project 2009-2012.
- Pink, B. (2006). Health Literacy, Australia, Australian Statistics Office Reports.
- Polat, C. (2005). Üniversitelerde Kütüphane Merkezli Bilgi Okuryazarlığı Programlarının Geliştirilmesi: Hacettepe Üniversitesi Örneği, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Polat, C. (2006). Bilgi Çağında Üniversite Eğitimi İçin Bir Açılım: Bilgi Okuryazarlığı Öğretimi. *A.Ü. Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi*. (30), ss. 249-266.
- Polat, O. (2005). Tıbbi Uygulama Hataları, Seçkin Yayınları, ss: 31, Ankara.
- Rasmussen, J. (1983). Skill, Rules, Knowledge: Signals, Signs and Symbols and Other Distinctions in Human Performance Models, *Journal of Man and Cybernetics*, 13(3), pp. 257-266
- Reason, J. (1990). *Human Error*, Cambridge UniversityPress, Cambridge.
- Reason, J. (2000). *Human Error: Modelsand Management, Education and Debate*, (320), pp: 768-770.
- Renkert, S.,Nutbeam, D. (2001). *OpportunitiestoImproveMaternalHealthLiteracy Through Ante-Natal Education: An Exploratory Study*. *Health Promotion International*, (16), pp:381-388.
- Rootman, I.,Ronson, B. (2005). Literacy and Health Research in Canada: Where Have We Been and Where Should We Go. *Canadian Journal of Public Health*, (96), pp: 62-S67
- Rowe, R., Shepherd, M. (2002). Public Participation in the New NHS: No Closer to Citizen Control?.*Social Policy &Administration*. 36(3), pp: 275-290.

- Say, R.E., Thomson, R. (2003). The Importance of Patient Preferences in Treatment Decisions-Challenges for Doctors. *British Medical Journal*. 327(7414), pp: 542-545.
- Sağlık Bakanlığı (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, Pınar Okyay ve Filiz Abacıgil (Ed.), Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın no: 1025, Ankara.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang F, Osmond D, Daher C, (2002). Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *Amerikan Medical Association*, 288(4), pp: 475-482.
- Schulz, A.J., Zimmerman, M., Barbara, A., Checkoway, B. (1993). Empowerment as a Multi-Level Construct: Perceived Control at the Individual, Organizational and Community Levels, *PCMA Working Paper Series*, (40).
- Sezer, A. (2012). Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Sezgin, D.(2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak, Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı 3, Sağlık İletişimi, ss: 73-92.
- Shieh, C. Halstead, JA. (2009). Understanding the Impact of Health Literacy on Women's Health, *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing*, (38), pp:601-612.
- Silk, KJ., Horodyski, MA., Rienzo, M., Mercer, L., Olson, B., Aldrich R. (2010). Strategies to Increase Health Literacy in The Infant Feeding Series (TIFS): A Six-Lesson Curriculum for Low-Income Mothers Health Promotion Practice. *Society for Public Health Education*. 11(2), pp:226-234.
- Simonds, S. K. (1974). Health Education As Social Policy, *Health Education Monographs*, 2(1), pp: 1-10.
- Smith, S.,McCaffery, K.(2010). HealthLiteracy: a Brief Literature Review. Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia. Health Literacy Brief, March, pp: 1-30.

- Soyucen, E., Aktan, Y., Saral, A., Akgün, N., & Numanoğlu, A. Ü. (2006). Sakarya Bölgesinde Çocukluk Çağı Zehirlenmelerinin Geriye Dönük Değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49(4), 301-6.
- Sørensen, K, Broucke S.V., Pelikan, J.M., Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne RH, Brand H. (2013). Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating the Design and Development Process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q), *BMC Public Health*, (13), pp: 948.
- Steinebach, M., Sameer, K. (2008). Eliminating US Hospital Medical Errors, *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, 21(5), pp.450
- Stevenson, C., Leamy, M., Barker, P. (2009). The philosophy of Empowerment, *Mental Health Nursing*, 20(9), 8-12.
- Sudore, R.L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T.B. (2006). Limited Literacy And Mortality in The Elderly: The health, Aging, and Body Composition Study. *J Gen Intern Med*. (21)ss: 806-812.
- Sundström-Frisk, C. (2002). Accident Prevention-The Human Element, *Barents News Letter On Occupational Health and Safety*, 5(3), pp: 61-63.
- Sur, H., Palteki, T. (2013). *Hastane Yönetimi*, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No:909, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). *Hasta Güçlendirme Programı*. Erişim: 28 Aralık 2016. (<http://saglikliturkiye.org/proje/hasta-guclendirme-programi-patient-empowerment-pro/>)
- Taggart, J., Williams, A., Dennis, S., Newall, A., Shortus T, Zwar N, DenneyWilson, E., Harris, MF. (2012). A Systematic Review of Interventions in Primary Care to Improve Health Literacy for Chronic Disease Behavioral Risk Factors. *BMC Family Practice*, (13), pp: 49


- Tanrıöver, M.N., Yıldırım, H.H., Ready, N.D., Çakır, B., Akalın, H.E. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Yayınları.
- Tbachnick, B.G., Fidell, L.S. (2007). Using Multivariate Statistics, Fifth Edition, pp: 78-85, Pearson Education Inc., USA.
- The Joint Commission (2007). "What Did the Doctor Say?:" Improving Health Literacy to Protect Patient Safety, Health Care at the Crossroads Reports.
- The Joint Commission (2016). Hospital National Patient Safety Goals. Erişim: 10 Mart 2016. (https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_HAP_ER.pdf)
- Tokaç, M. (2009). Türk Tıp Tarihine Ait Belgelerde Hasta Güvenliği, (Editör, Sur, H., Hasta Güvenliği Yaklaşımları), MedipolitanEğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları, ss. 57-60, İstanbul.
- Türk Dil Kurumu (2011). Türkçe Sözlük, 11. Baskı, Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara.
- U.S. Department of Education (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy, National Center for Education Statistic, pp: 9-13.
- U.S. Department of Education (2002). Adult Literacy in America, a First Look at the Findings of the National Adult Literacy Survey, National Center for Education Statistics, pp: 16.
- UNESCO(1982). Mexico City Declaration on CulturalPoliciesWorld Conference on CulturalPolicies, Mexico City, 26 July - 6 August 1982.
- United Nations Development Programme (2014). Human Report Program 2014, The United Nations Publication, New York, USA.
- Uzun, Ş., Arslan, F. (2008). İlaç Uygulama Hataları, Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi, 28(2), ss. 217-222.
- Vincent, C. A. (2010). Patient Safety, Blackwell Publishing, pp. 83, United Kingdom.
- Vincent, C.A.,Coulter, A. (2002). PatientSafety: What About The Patient?,Qual Safe Health Care, (11), ss. 76-80.

- Wagner, C.V., Knight, K., Steptoe, A., Wardle, J. (2007). Functional Health Literacy and Health-Promoting Behaviour in a National Sample of British Adults. *Journal of Epidemiol Community Health*, (61), pp: 1086-1090.
- Weiss, B. (2009). *Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand*. 2nd Edition. American Medical Association Foundation.
- Weiss, B.D., Mays, M.Z., Martz, W., Castro, K.M., DeWalt, D.A., Pignone, M.P., Mockbee, J., Hale, F.A. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign, *Annals of Family Medicine*, 3(6), pp:514-522.
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*, WHO Health Education and Health Promotion Unit, pp: 10, Switzerland.
- WHO (2005). *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*, World Health Organization Global Reports.
- WHO (2007). *Patient Safety Solutions Preamble*. Erişim: 22 Mayıs 2015. (<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>)
- WHO (2009). *Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document*, ss: 1-46.
- WHO (2009). *Patient Safety; WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care; First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*, *WHO Library Cataloguing*, pp: 190-195.
- WHO (2013). *Patient for Patient Safety*, WHO Document Production Services, Switzerland.
- WHO, *Fact Sheet: Health Care-associated Infections, Save Lives Clean Your Hands*. Erişim: 7 Nisan 2014. (http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf)
- Williams, J. (2010). *The Patient Advocate's Handbook 300 Questions And Answers To Help You Care For Your Loved One At The Hospital And At Home*, Panglossian Press, USA.


- Wilson, R.M. (1995). The Quality in Australia Healthcare Study, The Medical Journal Of Australia, 163(6), pp:458-76.
- Wolf, M. (2009). The Role of Health Literacy in Patient Safety, AHRQ Patient Safety Network.
- Yalçın, A. (2008), Enfeksiyon Hastalıklarının Maliyet Analizi, Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi No 60, Ocak 2008, Cerrahpaşa Tıp fakültesi Sürekli Tıp eğitim Etkinlikleri, İstanbul
- Yeşil, O., Akoğlu, H., Onur, Ö., Güneysel, Ö. (2008). Araştırma Yazısı Acil Servise Başvuran Zehirlenme Olgularının Geriye Dönük Analizi. Marmara Medical Journal, 21(1), 026-032.
- Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2), ss: 69-74.
- Yorulmaz, C. (2005). İstanbul Tabip Odası'na Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A.F., Greer, D.S. (2006). Advancing Health Literacy, a Framework for Understanding and Action, John Wiley&SonsInc., USA.

EKLER

Ek 1: Sağlık Okuryazarlığı Anketi Kullanım İzni



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU
SAĞLIK-SEN
 SAĞLIK ve SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI
 GENEL YETKİLİ SENDİKA



Sayı : MSK.03.SS.30/2015/ 446
 Konu : İzin

28.04.2015

Sayın Ali GÜVEN

Genel Merkezimize göndermiş olduğunuz 27.04.2015 tarihli dilekçeniz incelenmiştir. "Sağlık-Sen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" adlı çalışmamıza temel oluşturan, Avrupa Birliği'nce geliştirilen ve Sendikamız tarafından ülkemize uyumlu hale getirilmek üzere geçerlilik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilerek üzerinde değişiklik yapılan Sağlık Okuryazarlığı Anketini, üzerinde herhangi bir değişiklik yapmadan kaynak göstererek kullanabilmeniz uygun bulunmuştur.

Bilgilerine rica ederiz.


 Mustafa ÖRNEK
 Genel Başkan Yardımcısı


 Metin MEMİŞ
 Genel Başkan

Ek 2: Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyon Kararı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Genel Sekreterlik

GİZLİ

Sayı : 76000869/ 483-1530


14 Mayıs 2015

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 06.05.2015 tarih ve 2034 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden **Ali GÜVEN**'in **Prof. Dr. Sıdıka KAYA** danışmanlığında yürüttüğü "**Hastaların Okuryazarlık Düzeyleri ve Hasta Güvenliği Tutumları**" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **12 Mayıs 2015** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Ömer UĞUR
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: Tutanak

Hacettepe Üniversitesi Genel Sekreterlik 06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1003 - 1004 • Faks: 0 (312) 310 5552
E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr • www.hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:
Yazı İşleri Müdürlüğü
0 (312) 305 1008

Ham Dey

Ek 3: Düzce Üniversitesi Etik Kurul Kararı

İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve Hasta Güvenliği Tutumları.	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
	OLGU RAPOR FORMU		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/25	Tarih: 12.05.2015	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ ADI/ SOYADI:	Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İlhan MAVIOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Handan ANKARALI	Biyoistatistik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet YAŞAR	Genel Cerrahi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seyit ANKARALI	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mete ÇAĞLAR	Kadın Doğum	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Muhsine Zeynep YAVUZ	Farmakoloji	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Sultan Ahmet DURDU	İş Adamı	Hyundai Özenler Bayi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Şerife SÜLEK	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 4: Anket

Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket “Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler” isimli yüksek lisans tezinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Ankete vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak ve kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacaktır. Anketin uygulanabilmesi hususunda hastane yönetiminden gerekli izinler alınmıştır. Ankete katılımınız yalnızca gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ankete katıldıktan sonra istediğiniz anda vazgeçebilirsiniz. Lütfen aklınıza takılan soruları anketi uygulayan yetkiliye sormaktan çekinmeyiniz. Kıymetli vaktinizden bize ayırdığınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Sıdıka KAYA
(Tez Danışmanı)

Arş. Gör. Ali GÜVEN

1. Cinsiyetiniz
() Kadın () Erkek
2. Yaşınız
.....
3. Halen yapmakta olduğunuz iş
.....
4. Medeni durumunuz
() Evli () Ayrılmış / Boşanmış
() Bekar () Cevap yok
5. Sahip olunan çocuk sayısı
() Çocuğum yok
() 1 Çocuk
() 2 Çocuk
() 3 Çocuk
() 4 Çocuk ve daha fazla
6. Eğitim durumunuz (En son mezun olduğunuz okul)
() Okuryazar değil () Okuryazar
() İlkokul () Ortaokul
() Lise () Ön lisans
() Lisans () Y. Lisans /Doktora
7. Hanede yaşayan kişi sayısı
..... kişi
8. Sağlıkınızla ilgili en sık tercih ettiğiniz kurum hangisidir?
() Devlet hastanesi
() Özel hastane
() Üniversite hastanesi
() Aile hekimliği merkezi
() Diğer (belirtiniz.....)
9. Son 12 ay içerisinde doktora kaç kez başvurduunuz?
.....
10. Uzun süreli bir sağlık sorunuz veya hastalığınız var mı?(Uzun süre ile en az altı ay sürmüş veya sürmesini beklediğiniz problemleri kastediyoruz.)
() Evet, birden fazla () Hayır, yok
() Evet, bir () Cevap yok/ bilmiyorum
11. Hanehalkı arasında uzun süreli bir sağlık sorunu veya hastalığı olan var mı? (Hanehalkı ile akrabalık bağı bulunsun veya bulunmasın aynı çatı altında yaşayan, temel ihtiyaçlarını birlikte karşılayan, ortak ekonomik kararlar alan insanlar kastedilmektedir.)
() Evet
() Hayır
() Cevap yok/ bilmiyorum
12. Hanehalkı içerisinde doktor, diş hekimi, hemşire, ebe, eczacı gibi sağlık mesleklerine mensup birisi var mı?
() Evet
() Hayır
() Cevap yok/ bilmiyorum
13. Bugüne kadar sağlıkla ilgili bir eğitim aldınız mı?
() Eğitim almadım
() Okulda bir ders olarak aldım
() Sağlıkla ilgili bir lisede okudum
() Sağlıkla ilgili lisans/ön lisans eğitimi aldım
() Sağlıkla ilgili lisansüstü eğitim aldım
() Diğer (belirtiniz.....)
14. Haneye giren toplam aylık geliriniz.
..... tl () Cevap yok
15. Ne tür bir sağlık sigortanız var?
() SGK () SGK ve Özel
() Özel () Hiçbiri
() Cevap yok/ bilmiyorum

İKİNCİ BÖLÜM

Bu ölçek sizin <u>sağlık okuryazarlık düzeyinizi</u> belirlemek için hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar kolay veya ne kadar zor olduğunu belirtiniz.	Zorluk Düzeyi				
	Çok Zor	Zor	Kolay	Çok Kolay	Kararsızım
1) Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
2) Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
3) Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	1	2	3	4	5
4) Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (Yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	1	2	3	4	5
5) Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	1	2	3	4	5
6) İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri (İlaç kutusunun içerisinden çıkan, ilaçla ilgili bilgilerin ve uyarıların yer aldığı küçük kağıdı) anlamak	1	2	3	4	5
7) Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	1	2	3	4	5
8) Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	1	2	3	4	5
9) Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	1	2	3	4	5
10) Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	1	2	3	4	5
11) İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
12) Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
13) Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	1	2	3	4	5
14) İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	1	2	3	4	5
15) Acil durumda ambulans çağırmak	1	2	3	4	5
16) Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	1	2	3	4	5
17) Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
18) Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
19) Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
20) Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
21) Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
22) Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	1	2	3	4	5
23) Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5

24) Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
25) Doktora genel bir kontrol muayenesi (check-up) için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
26) Hangi aşıları ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
27) Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
28) Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
29) Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	1	2	3	4	5
30) Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığınız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	1	2	3	4	5
31) Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
32) Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
33) Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)	1	2	3	4	5
34) Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri)	1	2	3	4	5
35) Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması)	1	2	3	4	5
36) İşinizde sağlığınızı iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	1	2	3	4	5
37) Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	1	2	3	4	5
38) Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
39) Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)	1	2	3	4	5
40) Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
41) Nerede yaşadığınızın sağlığınız ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre)	1	2	3	4	5
42) Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
43) Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınızla ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	1	2	3	4	5
44) Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	1	2	3	4	5
45) İsteddiğinizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	1	2	3	4	5
46) Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	1	2	3	4	5
47) Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	1	2	3	4	5

Üçüncü Bölüm

Aşağıdaki sorular sizin, <u>sağlık bakım sürecinize katılım düzeyinizi</u> belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki davranışları ne sıklıkla yaptığınızı belirtiniz.	Sıklık Düzeyi				
	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sıklıkla	Her Zaman
1. Daha önce yaptırdığım tahlil sonuçlarını saklarım.	1	2	3	4	5
2. Kullandığım ilaçların bir listesini tutarım.	1	2	3	4	5
3. Birinci derece kan bağı bulunan akrabalarımın geçirdiği hastalıklardan haberdarım.	1	2	3	4	5
4. Doktora gittiğim zaman, içerisinde sağlık geçmişimle ilgili bilgilerin yer aldığı (daha önce yaptırdığım tahlil sonuçları, röntgen görüntüleri, geçirdiğim ameliyatlar gibi) bir dosyayı yanımda götürürüm.	1	2	3	4	5
5. Doktora gitmeden önce, soracağım soruların bir listesini yaparım.	1	2	3	4	5
6. Doktora giderken yanımda bana eşlik edecek, aileden birisini veya bir arkadaşımı götürürüm.	1	2	3	4	5
7. Bana eşlik edecek kişinin doktorla görüşmem sırasında yanımda kalmasını doktordan rica ederim.	1	2	3	4	5
8. Doktora gittiğim zaman sağlık geçmişimi (geçirdiğim ameliyatlar, yakalandığım hastalıklar gibi) ve mevcut şikayetimi doğru ve açık bir şekilde anlatırım.	1	2	3	4	5
9. Nelere alerjim olduğunu biliyorsam, bunu doktoruma söylerim.	1	2	3	4	5
10. Doktora gittiğim zaman, halen kullanmakta olduğum ilaçlar varsa bu ilaçlar ve kullanım şekilleri ile ilgili (hangi ilaçları kullanıyorum, hangi dozlarda kullanıyorum, ne zamandır kullanıyorum gibi) doktorumu bilgilendiririm.	1	2	3	4	5
11. Doktorumun teşhis koymak için bana sorduğu her türlü soruya (sigara ve alkol kullanımı, beslenme ve spor alışkanlıkları gibi) en doğru ve en açık cevapları veririm.	1	2	3	4	5
12. Doktorumun söylediklerini anlamadığım zaman ona sorular sorarım.	1	2	3	4	5
13. Doktorumun çok ilaç yazması beni rahatlatır.	1	2	3	4	5
14. Doktoruma/eczacıma, yazılan ilacın kullanım şeklini (günün hangi saatinde alacağım, hangi dozda alacağım, aç karna mı tok karna mı alacağım, ne kadar süreyle kullanacağım gibi) sorarım.	1	2	3	4	5
15. Kullandığım ilacın bana iyi gelmediğini düşünüyorsam, doktora danışmadan, o ilacı kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
16. İlaç kullandığım süre içerisinde beklenmedik bir durum ortaya çıkarsa hemen doktoruma başvururum.	1	2	3	4	5
17. Eczaneden aldığım ilaçların prospektüslerini (ilaç kutusunun içerisinde çıkan, ilaçla ilgili bilgilerin ve uyarıların yer aldığı küçük kağıdı) okurum.	1	2	3	4	5
18. Kendi el temizliğime özen gösteririm.	1	2	3	4	5
19. Hastane çalışanlarına benim üzerimde bir işlem yapmadan önce ellerini yıkayıp yıkamadıklarını sorarım.	1	2	3	4	5
20. Hastane çalışanlarından, benim üzerimde bir işlem yapmadan önce eldiven takmalarını isterim.	1	2	3	4	5
21. Hastanede bulunduğum süre içerisinde dış yüzeylerle mümkün olduğunca az temas ederim.	1	2	3	4	5
22. Beni hastanede ziyarete gelenlerden, benimle temas etmeden önce ellerini yıkamalarını isterim	1	2	3	4	5

23. Doktorumun yanından ayrılmadan önce rahatsızlığım ile ilgili gündelik hayatta nelere dikkat etmem gerektiğini sorarım (sigara alkol tüketimi, beslenme alışkanlıkları, spor ve egzersiz gibi)	1	2	3	4	5
24. Doktorumun yanından ayrılmadan önce, kontrol için tekrar gelmem gerekip gerekmediğini, gerekiyorsa bir dahaki kontrole ne zaman geleceğimi sorarım.	1	2	3	4	5
25. Gündelik hayatta doktorumun öneri ve talimatlarına uyarım.	1	2	3	4	5
DOKTORUM BENİM İÇİN BİR AMELİYAT UYGUN GÖRDÜĞÜNDE;					
26. Bu ameliyatın ne için gerekli olduğunu sorarım.	1	2	3	4	5
27. Ameliyatın bir alternatifi olup olmadığını sorarım. (Ameliyat yerine ilaç tedavisi, fizik tedavi, alternatif tıp gibi)	1	2	3	4	5
28. Başka bir doktorun daha görüşüne başvururum.	1	2	3	4	5
29. Ameliyata girmeden önce ameliyat bölgemin işaretlendiğinden emin olurum.	1	2	3	4	5
30. Ameliyata girmeden önce üzerimde makyaj/oje, takma kirpik, kolye, küpe, piercing gibi şeylerin olmamasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
31. Ameliyat öncesi ve sonrasında yapmam ve yapmamam gereken şeyleri doktoruma sorarım.	1	2	3	4	5
32. Bu ameliyatın ne gibi riskleri olduğunu ve bu ameliyatı olmazsam ne gibi sonuçlar doğuracağını sorarım.	1	2	3	4	5

Kıymetli vaktinizden bize ayırdığınız için çok teşekkür ederiz...

Ek: 5 Orjinallik Formu



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA**

Tarih: 04/01/2017

Tez Başlığı / Konusu: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 125 sayfalık kısmına ilişkin, 04/01/2017 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 11'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar dâhil
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orjinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

04.01.2017

Adı Soyadı: Ali Güven
Öğrenci No: N12128572
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Programı: Sağlık Yönetimi
Statüsü: Y.Lisans Doktora Bütünleşik Dr.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Sıdıka Kaya