



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE HEKİM-HASTA İLETİŞİMİNİN  
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: AİLE SAĞLIĞI  
MERKEZLERİ ÖRNEĞİ**

Kenan GÖZLÜ

Doktora Tezi

Ankara, 2018



SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE HEKİM-HASTA İLETİŞİMİNİN KALİTESİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ ÖRNEĞİ

Kenan GÖZLÜ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2018

## KABUL VE ONAY

Kenan GÖZLÜ tarafından hazırlanan “Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği” başlıklı bu çalışma, 01.06.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Erdem KARABULUT (Başkan)



Prof. Dr. Sıdıka KAYA (Danışman)



Doç. Dr. Türkan YILDIRIM



Doç. Dr. Mehmet TOP



Doç. Dr. Halil İbrahim CANKUL

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kâğıt 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 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

01/06/2018



---

Kenan GÖZLÜ

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izninle 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 metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

**o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.** (Bu seçenikle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir).

**o Tezimin/Raporumun ..... tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.** (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir).

**● Tezimin/Raporumun 02/06/2021 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

01/06/2018



Kenan GÖZLÜ

## 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 özgün olduğunu, Prof. Dr. Sıdıka KAYA danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Kenan GÖZLÜ

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın bütün aşamalarında değerli bilgileri, görüş ve önerileriyle yol gösteren tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Sıdıka KAYA'ya,

Değerli görüş ve önerileri ile tezime katkıda bulunan Sayın Jüri üyelerine,

Çalışma süresince yardımcı olan ve motive eden değerli kardeşim, okul arkadaşım, meslektaşım Dr. Mehmet GÖZLÜ'ye,

Hayatım boyunca sevgisini ve desteğini her zaman hissettiğim aileme,

Desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılan hastalara,

Teşekkür ederim.



## ÖZET

GÖZLÜ, Kenan. *Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği*, Doktora Tezi, Ankara, 2018.

Doğru bilginin kullanılmasıyla kendi sağlıklarını kontrol etmesinde bireyleri güçlendiren, bireysel ve sosyal faydalar sağlayan, sağlık sonuçlarına önemli etkileri bulunan sağlık okuryazarlığı, sağlığın en güçlü sosyal belirleyicileri arasındadır. Sağlık okuryazarlığı araştırmaları için en uygun alanlardan birisi sağlık iletişimidir. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığı ve hekim-hasta iletişimi birbirlerini etkileyebilmektedir. Bu araştırmanın amacı sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmanın evrenini Ankara ili Çankaya ilçesinde ikamet eden, aynı ilçedeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran, zihinsel engeli bulunmayan, 18 yaş ve üzerindeki hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya rasgele seçilen 25 Aile Sağlığı Merkezinden 500 hasta katılmıştır. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için “Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği” ve hekim-hasta iletişiminin kalitesini belirlemek için “Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi” kullanılmıştır. Hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeksi 50 puanlık bir ölçek üzerinden ortalama  $30,25 \pm 7,28$  olarak hesaplanmıştır. Elde edilen puanlar dört kategoride incelendiğinde hastaların %20,9’unun yetersiz, %48,3’ünün sınırlı, %24,9’unun yeterli ve %5,9’unun mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, genel sağlık durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı ve aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu açısından hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeyinin veya alt indekslerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlere yönelik algılarının orta düzeye yakın, olumlu olduğu (5’li Likert ölçeğinde genel ortalama  $2,80 \pm 0,54$ ) belirlenmiştir. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, aylık gelir durumu, genel sağlık durumu, sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı ve aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna göre bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin bazı boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Sağlık okuryazarlığı indeksleri ile bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutları arasında genel olarak düşük, pozitif yönlü ve istatistiksel

olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayanarak sağlık okuryazarlığına temel eğitim müfredatında, hekim-hasta iletişimine tıp fakültesi müfredatında ağırlık verilmesi, sağlık ve eğitim kurumları başta olmak üzere kurumlararası işbirliği yapılması ve sağlık okuryazarlığına yönelik faaliyetlerin aile hekimliği performans sistemine yansıtılması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler**

Sağlık Okuryazarlığı, Hekim-Hasta İletişimi, Kalite, Aile Sağlığı Merkezi

## ABSTRACT

GOZLU, Kenan. *An Examination of the Relationship Between Health Literacy and Quality of Physician-Patient Communication: A Research in Family Health Centers*, Doctoral Dissertation, Ankara, 2018.

Health literacy is one of the strongest social determinants of health, which has important effects on health outcomes, providing individual and social benefits, strengthening individuals by controlling their own health through the use of the right information. One of the most suitable areas for health literacy research is health communication. In this context, health literacy and physician-patient communication can affect each other. The aim of this research is to examine the relationship between health literacy and the quality of physician-patient communication. The population of this study is constituted of patients aged 18 years and over who reside in the province of Ankara, Çankaya, apply to Family Health Centers in the same province and are not mentally disabled. A total of 500 randomly selected patients from 25 Family Health Centers participated in the study. While “Health Literacy Survey-European Union” is used in order to determine the health literacy level of the patients, “Interpersonal Processes of Care Survey” is used in order to determine the quality of physician-patient communication. The general health literacy index of the patients was calculated as  $30,25 \pm 7,28$  on a 50-point scale. When the scores were examined in four categories, 20.9% of the patients were found to be inadequate, 48.3% of them were limited, 24.9% of them were sufficient and 5.9% of them had excellent health literacy. It was found that the general level or sub-indices of the health literacy of the patients showed statistically significant differences in terms of age, educational status, employment status, monthly income status, general health status, chronic illness status, number of family physician applications in the last 12 months and visit by family physician ( $p < 0,05$ ). Patients’ perceptions of interpersonal processes related to care were found to be moderate and positive (general average  $2,80 \pm 0,54$  on a 5-point Likert scale). Statistically significant differences were found in some dimensions of interpersonal processes related to care according to gender, age, educational status, monthly income status, general health status, resource of first access to health information, number of family physician applies in the last 12 months, and visits by family physicians ( $p < 0,05$ ). It has been found that

between health literacy indices and the dimensions of interpersonal processes related to care have low, positive and statistically significant relationships in general. Based on these findings, it is suggested to emphasize health literacy in the basic education curriculum and physician-patient communication in the medical faculty curriculum, have inter-institutional cooperation especially in health and education institutions, and reflect health literacy activities to the family medicine performance system.

**Key Words**

Health Literacy, Physician-Patient Communication, Quality, Family Health Center.

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY</b> .....	<b>i</b>
<b>BİLDİRİM</b> .....	<b>ii</b>
<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI</b> .....	<b>iii</b>
<b>ETİK BEYAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>v</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>x</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xiv</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xvii</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2. Sağlık Okuryazarlığının Tarihsel Gelişimi</b> .....	<b>10</b>
<b>1.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri</b> .....	<b>16</b>
<b>1.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler</b> .....	<b>18</b>
<b>1.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi</b> .....	<b>20</b>
1.5.1. Sağlık Okuryazarlığının Biçimsel Olmayan Değerlendirmesi.....	20
1.5.2. Sağlık Okuryazarlığının Biçimsel Olarak Değerlendirilmesi.....	22
<b>1.6. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları</b> .....	<b>34</b>
<b>1.7. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı</b> .....	<b>40</b>
<b>2. İLETİŞİM, SAĞLIK İLETİŞİMİ, HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ</b> .....	<b>52</b>
<b>2.1. İletişim</b> .....	<b>52</b>
2.1.1. İletişimin Önemi.....	54
2.1.2. İletişim Süreci ve Öğeleri.....	54
2.1.3. İletişim Türleri.....	58
<b>2.2. Sağlık İletişimi</b> .....	<b>61</b>
2.2.1. Sağlık İletişiminin Önemi.....	66
2.2.2. Sağlık İletişimi Düzeyleri.....	69

2.2.3. Sağlık İletişiminin Tarihsel Gelişimi ve Türkiye'deki Yansımaları.....	71
<b>2.3. Hekim-Hasta İletişimi.....</b>	<b>80</b>
2.3.1. Hekim-Hasta İletişiminin Önemi.....	86
2.3.2. Hekim-Hasta İletişimini Etkileyen Faktörler.....	88
2.3.3. Hekim-Hasta İletişimi Modelleri.....	90
<b>3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ İLİŞKİSİ.....</b>	<b>96</b>
<b>4. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>101</b>
4.1. Araştırmanın Amacı.....	101
4.2. Problem Cümlesi.....	101
4.3. Alt Problemler.....	101
4.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	101
4.5. Evren ve Örneklem.....	104
4.6. Sınırlılıklar.....	107
4.7. Araştırma İzni.....	107
4.8. Etik Durum.....	108
4.9. Veri Toplama Aracı.....	108
4.10. Verilerin Analizi.....	116
<b>5. BULGULAR.....</b>	<b>119</b>
5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	119
5.2. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	121
5.3. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	125
5.4. Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine İlişkin Bulgular.....	138
5.5. Hastaların Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algılarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	140
5.6. Sağlık Okuryazarlığı İle Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişki.....	152
<b>6. TARTIŞMA.....</b>	<b>170</b>
6.1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile İlgili Değerlendirmeler.....	170
6.2. Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi ile İlgili Değerlendirmeler.....	186

<b>6.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....</b>	<b>198</b>
<b>7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>202</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>209</b>
<b>EKLER</b>	
<b>EK 1: Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu (Türkçe).....</b>	<b>232</b>
<b>EK 2: Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu (İngilizce).....</b>	<b>233</b>
<b>EK 3: Etik Komisyon İzni.....</b>	<b>234</b>
<b>EK 4: Araştırma İzni.....</b>	<b>235</b>
<b>EK 5: Anket Kullanım İzni.....</b>	<b>238</b>
<b>EK 6: Anket Formları.....</b>	<b>239</b>

**KISALTMALAR DİZİNİ**

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACSQHC	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMA	American Medical Association
HLS-EU	Health Literacy Survey-European Union
IOM	Institute of Medicine
IPC	Interpersonal Processes of Care
NAAL	National Assessment of Adult Literacy
NALS	National Adult Literacy Survey
NVS	Newest Vital Sign
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SGGM	Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
SOY	Sağlık Okuryazarlığı
SOYA-AB	Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
UN	United Nations
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNIWG	United Nations Innovation Working Group
WEF	World Economic Forum
WHO	World Health Organization



## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlığın Üç Etkinlik Alanına Uygulanmak İçin Sağlık Okuryazarlığının Dört Boyutlu Matriksi.....	15
Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri.....	17
Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığının Spesifik Olarak Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar.....	24
Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığının Genel Olarak Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar.....	25
Tablo 5. Hasta Odaklı Araştırmalarda Kullanılan Sağlık Sonuçları.....	36
Tablo 6. İletişim Türleri.....	59
Tablo 7. Hasta ve Hekim Merkezli Görüşme Teknikleri.....	81
Tablo 8. Hekim-Hasta İletişiminde Roller.....	83
Tablo 9. Szazs ve Hollender'in Perspektifinden Hekim-Hasta İletişimi Modelleri.....	92
Tablo 10. Emanuel ve Emanuel'in Hekim-Hasta İletişimine Yönelik Modellerinin Karşılaştırılması.....	94
Tablo 11. Sağlık Okuryazarlığı-Avrupa Birliği Anketi İndekslerine Göre İfade Numaraları.....	109
Tablo 12. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı Alt İndekslerinin Cronbach Alfa Katsayıları.....	111
Tablo 13. Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketinin Boyutları ve Soru Numaraları.....	113
Tablo 14. Uyum İyiliği Ölçüleri İle Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi (IPC) Türkçe Versiyonunun Uyum İyiliği Ölçüleri.....	115
Tablo 15. Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi Türkçe Versiyonunun Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Katsayıları.....	116
Tablo 16. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	120
Tablo 17. SOYA-AB İfadelerine Verilen “Zor” veya “Çok Zor” Cevaplarına Ait Yüzde Dağılımları.....	122
Tablo 18. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt İndekslerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	124
Tablo 19. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt İndekslerinin Hesaplanan Prevalans Değerleri.....	124
Tablo 20. Hastaların Cinsiyet Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	125
Tablo 21. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	126
Tablo 22. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	128
Tablo 23. Hastaların Medeni Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	129
Tablo 24. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	130
Tablo 25. Hastaların Aylık Gelir Durumuna Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	132
Tablo 26. Hastaların Genel Sağlık Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	133

Tablo 27. Hastaların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	134
Tablo 28. Hastaların Son 12 Ayda Aile Hekimine Başvuru Sayısına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	135
Tablo 29. Hastaların Son 12 Ayda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilme Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	136
Tablo 30. Hastaların Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	137
Tablo 31. Hekim-Hasta İletişimine Yönelik Sorulara Verilen “Hiçbir Zaman” veya “Nadiren” Cevaplarına Ait Yüzde Dağılımları.....	139
Tablo 32. Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	140
Tablo 33. Hastaların Cinsiyet Gruplarına Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları.....	141
Tablo 34. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları.....	142
Tablo 35. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları.....	143
Tablo 36. Hastaların Medeni Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları.....	144
Tablo 37. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları.....	145
Tablo 38. Hastaların Aylık Gelir Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları.....	146
Tablo 39. Hastaların Genel Sağlık Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları.....	147
Tablo 40. Hastaların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları.....	148
Tablo 41. Hastaların Son 12 Ayda Aile Hekimine Başvuru Sayısına Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları.....	149
Tablo 42. Hastaların Son 12 Ayda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilme Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları.....	150
Tablo 43. Hastaların Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağına Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları.....	151
Tablo 44. Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki Korelasyon.....	153
Tablo 45. Sağlık Hizmeti İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	155
Tablo 46. Hastalıktan Korunma İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	156
Tablo 47. Sağlığın İyileştirilmesi İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	157
Tablo 48. Bilgiye Erişim İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	158
Tablo 49. Bilgiyi Anlama İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	159

Tablo 50. Bilgiyi Değerlendirme İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	160
Tablo 51. Bilgiyi Uygulama İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	161
Tablo 52. Hastaların Genel Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	162
Tablo 53. Aceleci İletişim Boyutunun Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	163
Tablo 54. Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması Boyutunun Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	164
Tablo 55. Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması Boyutunun Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	165
Tablo 56. Hasta Merkezli Karar Verme Boyutunun Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	166
Tablo 57. Şefkatli ve Saygılı Olma Boyutunun Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	167
Tablo 58. Ayrımcılık Boyutunun Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları.....	168

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlığın Geliştirilmesi İlişkisi.....	7
Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	19
Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığına Potansiyel Müdahale Alanları.....	39
Şekil 4. Basit Anlamda İletişim Süreci.....	56
Şekil 5. Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi (IPC) Türkçe Versiyonunun Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu.....	114

## GİRİŞ

Sağlıklı olmak her bireyin en temel haklarından birisidir. Bunun için hem sağlık kurumlarına hem de bireylere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bireylere düşen sorumluluk sağlık ve hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olmak, sağlık sorunları ile karşılaşmalarını azaltacak bir yaşam tarzı benimsemeleridir. Bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için temel sağlık bilgilerine ulaşmasına, bu bilgileri anlamasına, değerlendirmesine ve uygulamasına yönelik becerileri “sağlık okuryazarlığı” olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı içinde buldukları toplumun kültür yapısı, sağlık sistemi ve eğitim sistemi ile şekillenmekte, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve sağlık sonuçlarını etkilemektedir. Yapılan araştırmalar bireylerin sağlık okuryazarlığının yaş, eğitim, gelir gibi sağlığın belirleyicilerinden birisi olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar önem kazanmaktadır.

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi için sağlık hizmetine başvurduğu her alan çok değerlidir ve özellikle hekim-hasta iletişimi bu bağlamda bir fırsattır (Durusu Tanrıöver ve diğerleri, 2014). İyi bir hekim-hasta ilişkisi hasta memnuniyetinin ayrılmaz bir parçası olarak düşünülmektedir. Hasta memnuniyeti, sağlık bakım kalitesinin önemli bir göstergesi olduğu kadar tedaviye uyumu da öngörmektedir. (Arafat ve diğerleri, 2017). Bu bağlamda hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin hekim-hasta iletişiminin kalitesine, hekim-hasta iletişiminin kalitesinin de hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisi söz konusu olabilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı, öncelikle sağlık profesyonelleri dışındaki tüm bireyler için söz konusudur. Hekim olmayan bir kişinin kendisini hekim yerine koyabilme düzeyi değildir. Tıp bilgisine erişebilme ya da yaklaşabilme çabası hiç değildir. Hekim olmayan kişiler, ne kadar yüksek düzeyde sağlık okuryazarı olsa da, hastalığını teşhis edemez, belirli tetkik sonuçlarına bakarak yorumda bulunamaz ve kendisi için tedavi planlayamaz. Esasen sağlık okuryazarlığını artırma çabaları, sağlık profesyoneli olmayan kişilerin, tanımda belirtilen temel sağlık bilgisine sahip olması ve bu bilgi düzeyini sürekli artırma yönünde yapılan çabalardır (Örnek, 2014).

Sağlık okuryazarlığı istikrarlı bir şekilde bağımsız bir araştırma ve uygulama alanı olarak belirmektedir ve politikaları etkilemektedir. İlk önce birçok kişi tarafından sağlık bağlamındaki temel okuryazarlık diye düşünülen sağlık okuryazarlığı günümüzde benzersiz bir sosyal yapı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığına ilişkin bu yaklaşım kritik bir öneme sahiptir. Sağlık okuryazarlığı sadece sağlık bağlamındaki okuryazarlık becerilerinin kullanımı değildir, bireylerin sahip oldukları beceriler ile ne yaptıklarını da kapsamaktadır. Ayrıca bir bireyin okuryazarlık seviyesinin yüksek olması sağlık okuryazarlığı seviyesinin de yüksek olduğu anlamına gelmemektedir (Pleasant, 2014).

İletişim sağlık hizmetinin etkili bir şekilde sunulması için vazgeçilmezdir ve hekimlerin en güçlü araçlarından birisidir. Ancak hekimlerin iletişim seviyesi ile hastaların anlayışları arasında genellikle uyumsuzluklar vardır. Yapılan araştırmalar hastaların çoğu zaman hekimlerin kendilerine verdiği bilgiyi anlamadığını veya yanlış yorumladığını göstermektedir. Bu durum da medikasyon hatalarına, randevu zamanlarının kaçırılmasına, olumsuz sağlık sonuçlarına, hatta malpraktisle ilgili davalara neden olabilmektedir (Weiss, 2007).

Kişilerarası süreçler ve memnuniyete yönelik çoğu çalışma iletişime odaklanmaktadır (Na'poles ve diğerleri, 2009). Yapılan bilimsel çalışmalar tedavi öncesi, tedavi anı ve rehabilitasyon süreçlerinde iletişim becerilerinin çok büyük önemi olduğunu göstermektedir. Birbiri ile iç içe geçen karmaşık süreçlerden oluşan sağlık iletişimi bireyin sağlık kurumuna başvurmasından itibaren etkili olmakta, her sağlık sorunu ile birlikte devreye girmekte, farklılaşmakta ve gelişmektedir. Burada süreçlerin en önemlisi hiç kuşkusuz bireyin sağlıkla ilgili istek ve ihtiyaçlarını yöneten ve sağlığı konusunda son kararı verecek, tedavi süreçlerini yürütecek kişi hekim olduğundan, hekimle kurulacak iletişim sürecidir. Dolayısıyla hekim-hasta iletişiminin sağlık iletişimi içinde ayrıcalıklı bir yeri bulunmaktadır (THSK, 2016).

Sağlık okuryazarlığı ve hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik olarak Türkiye'de çok az araştırma bulunmaktadır ve bu araştırmalar hastanelere başvuran hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde Aile

Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalara yönelik olarak sağlık okuryazarlığı ve hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma bulunmamaktadır. Araştırmamızın birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalara yönelik olması tezin özgünlüğünü ortaya koymakta, sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Dolayısıyla araştırmanın literatürdeki bu boşluğun doldurulmasına önemli bir katkı sağladığı ifade edilebilir.

Araştırma yedi bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümünden sonraki birinci bölümde sağlık okuryazarlığı, ikinci bölümde iletişim, sağlık iletişimi, hekim-hasta iletişimi, üçüncü bölümde sağlık okuryazarlığı ve hekim-hasta iletişimi ilişkisi konuları ele alınmıştır. Dördüncü bölümde araştırmanın gereç ve yöntemine, beşinci bölümde ulaşılan bulgulara, altıncı bölümde bulgular ile ilgili tartışmalara değinilmiş, yedinci bölümde ise bu araştırmadan çıkarılan sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

## 1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Tarih boyunca yaşanan sosyal değişimler, iletişim teknolojilerindeki ilerlemeler ve tıp teknolojisindeki gelişmeler bireylerin sağlık ve sağlıklı yaşam algısını önemli ölçüde değiştirmiştir. Yirminci yüzyılda tıp alanında yaşanan önemli gelişmelerle yeni ve etkin tedavi yöntemleri ortaya çıkmış, tedaviyle birlikte hastalıklardan korunma programları da önem kazanmaya başlamıştır. Enfeksiyon hastalıklarının yerini yirminci yüzyılda kronik hastalıklara bırakmasıyla sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesinde sağlık hizmeti sunanlar ve sağlık merkezleri kadar bireyler ve aileleri de önem kazanmıştır (Sezgin, 2013).

Gelişen teknoloji sonucunda yeni bir boyuta taşınan modern sağlık sistemi, sağlık hizmeti sunanlar, sağlık hizmetinden yararlananlar ve sağlık hizmetinden yararlanacak olanlar için geçen yüzyıla göre son derece karmaşık bir yapıdadır. Artık kişilerin hem bireysel, hem bölgesel, hem de küresel boyutta sağlık sorunları ve verilen sağlık hizmetleri ile ilgili olarak bilgilennemeleri, sorumluluklarını ve haklarını bilmeleri, sağlıkla ilgili kararlar verebilmeleri gibi yeni rolleri vardır (Tontuş, 2014). Sağlıkla ilgili bilgi sahibi olmanın önemi ve sağlık bilgisinin bu öznel niteliğinden dolayı “sağlık okuryazarlığı” kavramı ortaya çıkmış, sağlık okuryazarlığı başta sağlıkla ilgili kişi, kurum ve kuruluşlar olmak üzere birçok kesimin ilgi alanı olmuştur (Örnek, 2014).

Sağlık okuryazarlığı birçok sosyal, kişisel ve bilişsel yetenek ile birlikte sağlık sisteminde yer almak için kritik düşünme, problem çözme, karar verme, bilgi alma ve iletişim için gereken okuryazarlık becerilerinden doğmuştur (Mancuso, 2009). “Okuryazarlık” ve “sağlık okuryazarlığı” kavramları, gittikçe karmaşık hale gelen bir toplumun değişen ihtiyaçlarını karşılamak için yıllar içinde tanımlanmış, daha iyi hale getirilmiş ve farklı biçimlerde ölçümlenmiştir (Berkman ve diğerleri, 2010).

Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı modern bir toplumda yaşamak için gerekli olan temel becerilerdir. Sağlık hizmetlerine evrensel erişim nasıl bir hak ise, sağlık okuryazarlığına sahip olmak da evrensel bir hak olarak kabul edilmelidir (World Health Organization, 2013). Okuryazarlık, temel insan haklarından biridir ve hayat boyu



öğrenmenin temelini oluşturur. Bireyleri, aileleri ve toplumları güçlendirir, yaşam kalitesini yükseltir. “Çarpan etkisi” sayesinde okuryazarlık, yoksulluğun ortadan kaldırılmasına, çocuk ölümlerinin azaltılmasına, nüfus büyümesinin kontrol altına alınmasına, cinsiyet eşitliğinin ve sürdürülebilir kalkınmanın sağlanmasına yardımcı olur (UNESCO, 2016).

Sağlık okuryazarlığı ise bireylerin okuryazarlık becerileri ve yetenekleri ile sağlık bağlamı arasında bir köprüdür (Institute of Medicine, 2004). Sağlık okuryazarlığı hasta eğitimi ve hastalık yönetiminde önemli bir kavram olarak tanınmaktadır (Ishikawa ve diğerleri, 2008). Sağlık okuryazarlığı kalite, maliyet kontrolü, güvenlik, sağlık bakımı kararlarına hastaların katılımını da içeren çok yönlü sağlık sistemi öncelikleri için merkezi bir konumdadır (Parker ve diğerleri, 2003). Diğer bir ifade ile sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerinde hizmet kullanım tarafının en önemli bileşenidir (Sur, 2014a).

Sağlık okuryazarlığına yönelik pek çok tanım yapılmıştır. Bu tanımlardan bazıları şunlardır:

*“Sağlık bakımı ortamındaki fonksiyonlar için ihtiyaç duyulan temel okuma ve sayısal görevleri yerine getirmeyi kapsayan beceriler kümesidir”* (American Medical Association, 1999).

*“Bireylerin uygun sağlık kararlarını almada ihtiyaç duydukları sağlıkla ilgili temel bilgileri okuma, anlama ve kullanma yeteneğidir”* (IOM, 2004).

*“Kişinin sağlık bakım ortamında işlevsel olmasını sağlayan temel sözel ve sayısal becerilerdir”* (Safeer ve Keenan, 2005).

*“Kişilerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlık risklerini azaltmak için sağlıkla ilgili bilgi ve kavramları arayıp bulma, idrak etme, değerlendirme ve kullanmadaki çok çeşitli yetkinlik ve becerileridir”* (Zarcadoolas ve diğerleri, 2006).

*“İnsanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmek ve karar verebilmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlama konularındaki istekleri ve kapasiteleridir”* (WHO, 2013).

Sağlık okuryazarlığına yönelik farklı tanımlar olduğu gibi sağlık okuryazarlığının hangi bileşenlerden oluştuğuna yönelik farklı görüşler de bulunmaktadır. Örneğin Kickbusch (2001) bu bileşenleri bilgiye erişim, bilgiyi uygun bulma, görüşme becerileri olarak belirtirken, Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü (IOM, 2004) kültürel ve kavramsal bilgi, dinleme, konuşma, aritmetik beceriler, yazma becerileri ve okuma becerileri olarak ifade etmektedir. Kanj ve Mitic (2009) ise sağlık okuryazarlığının bileşenlerini sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, sağlık bilgisini değerlendirme ve iletişim olarak değerlendirmektedir.

Sağlık iletişiminin ayrılmaz bir parçası olan sağlık okuryazarlığına son dönemde ilginin artması ile tanımında gelişmeler olmuştur. Sağlık okuryazarlığı tanımı konusunda görüş birliği eksikliği, potansiyel olarak sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde veya önemli problemler için çözüm üretilmesinde gecikmelere neden olabilmektedir. Öte yandan yapılan birçok tanım sağlık okuryazarlığının karmaşıklığını yansıtmaktadır ki kişilerin hedeflerine bağlı olarak farklı tanımlara ihtiyaç duyulabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı alanı hızla büyümekte, daha büyük ve daha disiplinlerarası bir kitleyi dahil etmek için genişletilmektedir. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığının doğasının karmaşık ve çok yönlü olduğu daha fazla kabul edilmektedir (Berkman ve diğerleri, 2010). Dünya Sağlık Örgütü de sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik bilgiye erişilmesi, bilginin anlaşılması, bilginin değerlendirilmesi ve iletişim yetisini de içerecek şekilde sağlık okuryazarlığının kapsamının genişletilmesi gerektiğini belirtmektedir (WHO, 2008).

Literatürde bazen sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi gibi kavramların birbirinin yerine kullanılabildiği ve anlam karmaşasına neden olduğu görülmektedir. Ancak bu kavramlar birbirleri ile ilgili olup farklı kavramlardır. Bu nedenle bu kavramların neyi ifade ettiği ve aralarındaki farkları belirtmek gerekmektedir.

Sağlık eğitimi bilgileri artırma veya tutumları etkileme yoluyla bireylerin ve toplumların sağlıklarını geliştirmeye yardımcı olmak için tasarlanmış öğrenme deneyimlerinin herhangi bir bileşimidir (WHO, 2016). Sağlık eğitimi, öğrenmeye

yönelik bilinçli olarak yapılandırılmış fırsatlardan oluşur. Bilginin artırılması, birey ve toplum sağlığına yardımcı yaşam becerilerinin geliştirilmesi gibi sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için tasarlanmış bir iletişim şeklini içerir (Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir. Sağlığın geliştirilmesi kapsamlı bir sosyo-politik süreci temsil eder ve sürdürülebilmesi için katılım esastır. Sağlık okuryazarlığı ise katılımı teşvik eder, sağlığın geliştirilmesinin çıktıları arasında yer alır (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Genel olarak değerlendirildiğinde bireyleri, kurumları ve toplumu güçlendirme temeline dayanan sağlığı geliştirme stratejilerinin beş alanı kapsadığı görülmektedir. Bunlar; bireysel güçlendirme (sağlık eğitimi, sağlık okuryazarlığı), toplumu güçlendirme, sağlık sistemini güçlendirme, sağlıklı toplum politikaları inşa etmek için sektörler arası işbirliği ve sağlığı geliştirmede kapasiteyi artırmadır (Şimşek, 2012). Sağlığın geliştirilmesinin özünde tüketicilere sorumluluk yükleme ve dolayısıyla da tüketicilerin güçlendirilmesi vardır. Tüketicilerin güçlendirilmesi ise yüksek bir sağlık okuryazarlığı düzeyi ile mümkündür (Yıldırım, 2015). Sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi ilişkisi Şekil 1’de gösterilmiştir.



**Şekil 1.** Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlığın Geliştirilmesi İlişkisi (Yıldırım, 2015)

Sağlık okuryazarlığı bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ile motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Sağlık okuryazarlığı sadece bireylerin, politikacıların veya sağlık sektöründeki profesyonellerinin sorumluluğu değildir. Birden çok sınıra, mesleğin ve sektörün kesişimi söz konusudur. Birden çok paydaşın katılımına ihtiyaç vardır. Bu paydaşlar halk, toplum temelli ve inanç temelli kuruluşlar, sağlık kurumları, düşük sağlık okuryazarlığı riski taşıyan gruplar, akademi ve iş toplulukları, resmi kurumlar, eğitimciler, sağlık iletişimcileri ve medyadır. Sağlık okuryazarlığını inşa etmek için bu paydaşların girişimleri günlük hayat içerisine entegre edilmelidir (WHO, 2013).

### 1.1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı kendi sağlıklarını yönetme ve karar alma kapasitelerini etkilediği için tüketiciler, tüketiciler ile ilişkileri ve sağlık hizmeti sunumunu etkilediği için sağlık bakımı sunanlar, sağlık sistemlerinin karmaşıklığı ve tüketicilerin sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde kullanabilmesi nedeniyle kanun yapanlar ve yöneticiler için önemlidir. Sağlık okuryazarlığı aynı zamanda toplumun genel sağlığına katkıda bulunması, dolayısıyla toplumun üretkenliğine katılması ve üretkenliğinde payı olması nedeniyle de önemlidir. Diğer taraftan sağlık okuryazarlığı belirlenerek sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkı sağlanabilir (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2014). Mevcut literatürde sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı için neden önemli olduğunu ortaya koyan 6 genel temadan bahsedilmektedir (Kanj ve Mitic, 2009):

**1. Çok sayıda kişiyi etkilemesi:** Bazı ülkelerde yetişkin okuryazar oranı yüksek iken bazı ülkelerde düşüktür. Dünya nüfusunun yaklaşık %16'sı temel okuryazarlık becerilerinden yoksundur. Bu nüfusun üçte ikisini kadınlar oluşturmaktadır. Farklı ülkelerde yapılan araştırmalar insanların sağlık bilgisini ve sağlık hizmetini elde etme, anlama, ona uygun davranma ve kendi sağlıkları için uygun karar almada yetersizlikler olduğunu göstermiştir.

**2. Olumsuz sağlık sonuçları:** Okuryazarlık düzeyleri eğitim, yaş, etnik köken ile ilgili olsa da yapılan çalışmalar sınırlı okuryazarlığının ilaç hataları, hastalık ve tedavileri anlamadaki eksikliklerden dolayı sıklıkla kötü sağlığın bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. DeWalt ve arkadaşlarının 2004'te yaptığı sistematik bir derlemede sınırlı okuryazarlığın sağlık sonuçları ile bağlantılı olduğu, Baker ve arkadaşları tarafından 2007'de yapılan başka bir araştırmada ise yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek mortalite ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Diğer taraftan düşük sağlık okuryazarlığı olan insanlar daha fazla hastaneye yatma, daha az koruyucu sağlık hizmeti alma eğilimindedir.

**3. Kronik hastalık oranlarının artması:** Dünya Sağlık rgt dünya genelinde tüm yaşlar için ölümlerin çoğunun kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi kronik hastalıklardan kaynaklandığını belirtmektedir. Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıkların kendi kendine yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır. Bu tür uzun dönemli hastalıkların yönetimi için, bireylerin kendilerine sunulan sağlıkla ilgili bilgileri anlaması, yaşam biçiminde değişiklikler yapması, uygun kararlar vermesi ve gerektiğinde sağlık hizmetlerine ulaşması gerekmektedir.

**4. Sağlık bakım maliyetleri:** Düşük sağlık okuryazarlığı ile bağlantılı ekonomik maliyetleri değerlendirmek, düşük sağlık okuryazarlığının prevalansı hakkında verilerin eksik olması ve sağlık okuryazarlığının nelerden oluştuğuna yönelik önemli tartişmalardan dolayı zordur. Ancak bu engeller özellikle sağlık bakım sistemleri, sağlık hizmeti erişimi ve kullanımı alanlarında çalışan bazı araştırmacıların maliyetler hakkında tahminler yapmasını engellemez. Düşük sağlık okuryazarlığının ekonomik etkilerine yönelik çoğu alışma Amerika Birleşik Devletleri'nden çıkmıştır. Vernon ve arkadaşlarının 2007'de Birleşik Devletler ulusal verilerine dayalı olarak yaptığı bir çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığının maliyetinin yıllık olarak 106 ila 238 milyar Amerikan Doları arasında olduğu belirtilmiştir. Düşük sağlık okuryazarlığının maliyeti hakkında ilk sistematik incelemeyi 2009'da yapan Eichler ve arkadaşları da düşük sağlık okuryazarlığının toplam sağlık bakımına yıllık %3 ila %5 oranında ek maliyet getirdiğini ifade etmiştir.

**5. Sağlık bilgisi talepleri:** Son 30 yılda bilgilendirilmiş onam formları ve ilaç prospektüsleri gibi sağlıkla ilgili çeşitli materyalleri değerlendiren 800'den fazla çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma düzeyleri arasında bir uyumsuzluk olduğunu göstermiştir. Aslında değerlendirilen materyallerin çoğunun ortalama lise mezunun okuma becerilerini aştığı bulunmuştur. Sıklıkla mesleki dilin (jargon) ve teknik dilin kullanılması, sağlıkla ilgili çoğu kaynağın kullanımını da gereksiz yere zorlaştırmaktadır. Bilgiyi iletmenin tek yolu ise okumaktır. En azından sıklıkla kullanılan kelimeler belirlenerek hekimler ve hastalar arasında başarılı bir iletişimle bu zorlukların üstesinden gelinebilir. Okuryazarlık uzmanları tarafından iletişim taktikleri en etkili yöntem olarak kabul edilse de klinisyenler tarafından nadiren kullanılmaktadır.

**6. Eşitlikçilik:** En kötü sağlık sonuçları olanların sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında önemli bir araçtır. Volandes ve Paache-Orlow yetersiz sağlık okuryazarlığından kaynaklanan kötü sağlık sonuçlarını etik bir sorun olarak görmektedir. Bu durumu sağlık bakım sisteminin temel bir adaletsizliği olarak düşünmekte ve bu adaletsizliği düzeltmeye yardımcı olabilecek üç öneri sunmaktadır: Tüm sağlık bakım kullanıcıları için yetersiz sağlık okuryazarlığına yönelik evrensel önlemler alınması, teknoloji destekli iletişimin yaygınlaştırılması ve sağlık okuryazarlığını geliştirmek için klinik teşviklerin sağlanması.

## 1.2. Sağlık Okuryazarlığının Tarihsel Gelişimi

Sağlık okuryazarlığı üzerinde artan vurgu sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirmenin hem başarılı hem de başarısız stratejilerinin uzun bir geçmişinden kaynaklanmaktadır (Zarcadoolas ve diğerleri, 2006). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar 1950'lerde başlamıştır. İlk olarak 1950-1970 yılları arasında üçüncü dünya ülkelerinde gebelik eğitimi, cahillik ve toplum sağlığını etkileyen konulara yönelik çalışmalar yapılmıştır. 1970-1980 yılları arasında sosyo-ekonomik düzey-sağlık düzeyi çalışmaları, eğitim düzeyi ile sağlıklı olma arasındaki ilişki irdelenmiş (Akalın, 2012), sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında Simonds tarafından "Health Education as Social Policy" (Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi) isimli makalede kullanılmıştır. Bu makalede sağlık eğitimi sağlık sistemini, eğitim sistemini ve kitle iletişimini etkileyen bir politika

sorunu olarak tartışılırken, sağlık okuryazarlığı tüm okullardaki sınıf düzeyleri için asgari standartları karşılayan sağlık eğitimi olarak tanımlanmıştır (Ratzan, 2001).

1980-1990 yılları arasında sağlık okuryazarlığını değerlendirme ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiler hakkında çalışmalar yapılmıştır (Akalın, 2012). Ottawa’da 1986 yılında toplanan “Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı” sonunda yayınlanan Ottawa Şartında sağlığı geliştirme çalışmalarının yalnızca sağlık sektörünün çabası ile gerçekleştirilemeyeceği, diğer sektörlerin de bu konuda sorumluluk almaları gerektiği belirtilmiştir. Bu kapsamda bilim dünyası tarafından geliştirilen bilgilerin topluma “anlaşılır” dille ve ulaşılabilir araçlarla iletilmesi, diğer taraftan toplumun bu bilgiler ışığında uygun davranış geliştirmesi üzerinde durulmuş, bu noktada “sağlık okuryazarlığı” kavramı gündeme gelmiştir (Bilir, 2014).

Kökenini okuryazarlık, yetişkin eğitimi, sağlığın geliştirilmesi alanlarında yapılan araştırmalardan alan sağlık okuryazarlığı kavramı 1990’lı yıllarda yeniden tartışılmaya ve tanımlanmaya başlanmış, sağlık davranışları ve sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini ortaya koyan çalışmalarla halk sağlığının önemli konuları arasında yer almıştır (Nutbeam, 2008). Amerika Birleşik Devletleri’nde 1992 yılında gerçekleştirilen “Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL)” isimli araştırmadan sonra sağlık okuryazarlığına ilgi artmış; araştırma bulgularının olumsuz çıkması özellikle sağlık bakımı araştırmacıları, klinisyenleri ve politikacıları harekete geçirmiştir (Egbert ve Nanna, 2009).

1990’larda sağlık okuryazarlığı araştırmalarının ve programlarının genişletilmesi ile sağlık okuryazarlığında klinik bakım ve halk sağlığı olmak üzere iki farklı yaklaşım benimsenmiştir. Klinik yaklaşım genellikle hasta ile sağlık hizmeti sunanlar arasındaki etkileşimleri kapsamış, Amerika Birleşik Devletleri’nde ve Avrupa’da sağlık okuryazarlığı çalışmalarının odak noktasını oluşturmuştur. Halk sağlığı yaklaşımı ise gelişmekte olan ülkelerde daha belirgin olmuş ve bu yaklaşımı benimseyen organizasyonlar sadece toplumun büyük gruplarının sağlığını geliştirmek için değil aynı zamanda aynı gruplara eğitim olanakları sağlamak için de çalışmıştır (IOM, 2013). Amerika Birleşik Devletleri’nde ve Avrupa’da sağlık okuryazarlığına yönelik

çalışmalara daha önce başlanması ve sağlık okuryazarlığının öneminin kavranması sebebiyle sağlık okuryazarlığına klinik yaklaşımın daha çok üzerinde durulduğu söylenebilir.

2003 yılında yeniden yapılan ‘‘Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesinde (NAAL)’’ Amerika Birleşik Devletleri’ndeki yetişkinlerin sağlık ile ilgili bilgileri okumasına ve anlamasına yönelik okuryazarlık becerilerini değerlendirmek için sağlık okuryazarlığı bileşenleri ilk kez değerlendirilmiştir. Değerlendirmede ilaç bilgileri, tıbbi talimatlar, sağlık sigortası formlarını da kapsayan sağlıkla ilgili materyaller kullanılmıştır (White ve Dillow, 2005). Bu çalışmada 1992 yılında yapılan araştırma sonuçları ile karşılaştırma da yapılmış, sonuçların pek de değişmediği görülmüştür.

2000’li yıllara gelindiğinde çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşların sağlık okuryazarlığı ile ilgili raporlar yayınlamaya başladığı görülmektedir. Bu kuruluşlar arasında Dünya Sağlık Örgütü (2001), İngiliz Tüketici Konseyi (2004), Avrupa Birliği (2005), Amerikan Tabipler Birliği (2003), Amerika Tıp Enstitüsü (2004), Amerikan Sağlık Bakanlığı (2000, 2010) yer almaktadır. Bu raporlar içinde en çok ses getiren ve konuya yön veren rapor Amerikan Tıp Enstitüsü’nün (IOM, 2004) yayınladığı rapor olmuştur (Akalin, 2012).

Diğer taraftan Dünya Sağlık Örgütü’nün Tayland’ın başkenti Bangkok’ta düzenlediği 6. Küresel Sağlık Geliştirilmesi Konferansında (WHO, 2005), Kenya’nın başkenti Nairobi’de gerçekleştirdiği 7. Küresel Sağlık Geliştirilmesi Konferansında (Kanj ve Mitic, 2009) ve Finlandiya’nın başkenti Helsinki’de yapılan 8. Küresel Sağlık Geliştirilmesi Konferansında (WHO, 2013a) sağlık okuryazarlığının önemine değinilmiştir. 21-24 Kasım 2016 tarihlerinde Çin’in Şanghai kentinde sağlık ile sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin bağlantılarının tartışıldığı 9. Küresel Sağlık Geliştirilmesi Konferansında da sağlıklı şehirler ve iyi yönetim ile birlikte sağlık okuryazarlığı 3 ana temadan birisi olarak belirlenmiştir (WHO, 2016b). Dünya Sağlık Örgütü’nün bu çalışmaları ile sağlık okuryazarlığını ne kadar önemseydiği açıkça görülmektedir.



Sağlık okuryazarlığına ilginin artmasına rağmen araştırmacılar arasında sağlık okuryazarlığının tanımına ilişkin bir uzlaşmaya varılamamış, her biri farklı bakış açısı sunan pek çok farklı tanım geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığının en çok kabul gören tanımları Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Amerikan Tıp Birliği (AMA) ve Amerika Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından geliştirilmiştir (Egbert ve Nanna, 2009). Bu tanımlar “sağlık okuryazarlığı” başlığı altında verilmiş olup aşağıda kronolojik olarak önem arz eden farklı yazarların bakış açılarına ve sağlık okuryazarlığına ilişkin farklı kavramsal yapılara değinilmiştir.

Baker, sağlık okuryazarlığının hem bireylerin hem de sağlık bakım sisteminin özelliklerinden etkilendiğini belirterek bir model geliştirmiştir. Bu modelde bireysel kapasitenin sağlıkla ilgili yazılı ve sözlü okuryazarlık ile etkileşiminden doğan kavramsal bilgi, sağlık okuryazarlığına imkan tanıyan ancak sağlık okuryazarlığını tek başına oluşturmayan bir kaynak olarak değerlendirmiştir. Bireysel kapasitenin yanı sıra okuma ve iletişim kurma becerileri vurgulanmıştır (Baker, 2006).

Paasche-Orlow ve Wolf, tıp ile halk sağlığı literatüründeki mevcut bulgulardan yola çıkarak kavramsal bir model ortaya koymuş, sağlık okuryazarlığının hem hasta hem de bir sistem fenomeni olarak incelenmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu modelde sağlık okuryazarlığının sağlık bakımının kullanılmasını, sağlık bakımına erişilmesini, hasta ve sağlık bakımı sunanlar arasındaki iletişimi ve bireylerin özbakımını etkilediği vurgulanarak sağlık sonuçlarının bir belirleyicisi olduğu ifade edilmiştir (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007).

Nutbeam, sağlık okuryazarlığını klinik tedavi ve halk sağlığı olmak üzere iki farklı bakış açısıyla ele almış, sağlık okuryazarlığını klinik tedavi yaklaşımında “risk”, halk sağlığı yaklaşımında ise kişisel “kazanç” olarak değerlendirmiştir. Sağlık okuryazarlığının kavramsallaştırılmasının yanı sıra hem klinik ortamda, hem de kamuya açık ortamlarda sağlık iletişiminin geliştirilmesinin önemli olduğunu belirtmiştir (Nutbeam, 2008).

Von Wagner ve arkadaşları, Paasche- Orlow and Wolf'un yaklaşımını izleyerek sağlık eyleminin belirleyicilerini; sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım, hasta-sağlık bakımı sunucusu etkileşimleri ile hastalık ve sağlık yönetimi olmak üzere üç kategoride ele almıştır. Bu çerçevede sağlık okuryazarlığının bilişsel beceriler, bilgi ve ömür boyu elde edilen tecrübelerin bir bileşimi olduğu belirtilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık eylemi arasındaki ilişkinin motivasyon ve beceri tabanlı olmak üzere en az iki süreç aracılığıyla sağlandığı ifade edilmiş, bilgi ediniminin ardından özellikle motivasyonel unsurlar vurgulanmıştır (Von Wagner ve diğerleri, 2009).

Rootman ve Mitic sağlık okuryazarlığının okuryazarlık, eğitim, kültür gibi sağlığın sosyal belirleyicileri ile yakından ilişkili olduğunu ve giderek artan bir şekilde sağlığın bir belirleyicisi olarak tanındığını belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik eylem çerçevesinde birbirleriyle etkileşim halinde olan üç temel bileşenden (bilgi gelişimi, farkındalığın artırılması, altyapı ve ortaklıkların oluşturulması) bahsetmişler, sektörler arası bir yaklaşımı benimsemişlerdir (Rootman ve Mitic, 2012).

Sørensen ve arkadaşları sağlık okuryazarlığının 17 tanımını ve 12 kavramsal modelini içerik analizi ile incelemiş, sağlık okuryazarlığını *“okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik”* olarak tanımlamıştır. Bu tanım halk sağlığı perspektifini kapsamaktadır ve bireysel bir yaklaşıma kolayca uyum sağlayabilmektedir. Kavramsal bir model olarak ise sağlığın üç etkinlik alanı (sağlık bakımı, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi) ile sağlık okuryazarlığına atfedilen dört boyuttan (sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgileri kullanma/uygulama) oluşan, başka bir deyişle 12 alt bileşenden meydana gelen matriks bir yapı önerilmiştir (Tablo 1). Böylelikle sağlık okuryazarlığının *“tıbbi”* kavramsallaştırılması ile *“halk sağlığı”* perspektifi bütünleştirilmiştir (Sørensen ve diğerleri, 2012). Bu model Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Projesi (HLS-EU) kapsamında geliştirildiğinden literatürde Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Modeli olarak da adlandırılmakta ve geniş kabul görmektedir.

**Tablo 1. Sağlığın Üç Etkinlik Alanına Uygulamak İçin Sağlık Okuryazarlığının Dört Boyutlu Matriksi**

<b>SAğLIK OKUR YAZARLIğI</b>	<b>Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişim</b>	<b>Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama</b>	<b>Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme</b>	<b>Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma / Uygulama</b>
<b>Sağlık Bakımı</b>	1) Tıbbi veya klinik konularla ilgili bilgiye ulaşma becerisi	2) Tıbbi bilgiyi anlama becerisi	3) Tıbbi bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	4)Tıbbi konularda karar verebilme becerisi
<b>Hastalıkların Önlenmesi</b>	5) Risk faktörleri ile ilgili bilgiye ulaşma becerisi	6) Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi anlama becerisi	7) Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	8) Risk faktörlerinin ilgisi konusunda hüküm verme becerisi
<b>Sağlığın Geliştirilmesi</b>	9) Sağlıkla ilgili konularda kendini güncelleme becerisi	10) Sağlıkla ilgili bilgileri anlama becerisi	11) Sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi	12) Sağlıkla ilgili konularda düşünce geliştirme becerisi

Kaynak: Sørensen ve diğerleri, 2012

Sun ve arkadaşları (2013) Baker, Paasche-Orlow ile Von Wagner ve arkadaşlarının modellerini referans alarak bireysel düzeyde bir sağlık okuryazarlığı modeli önermiştir. Bu model ile sağlık okuryazarlığının belirleyicilerini (yaş, cinsiyet, meslek, gelir, medeni durum gibi) ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasındaki bağlantıyı açıklamıştır. Sağlık okuryazarlığının sağlık davranışına doğrudan etkisi olduğu belirtilen bu modelde sağlık okuryazarlığını etkileyen en önemli faktör olarak yaş gösterilmiştir.

Yapılan çalışmalardan görüleceği üzere, sağlık okuryazarlığı tıp, sağlık ve eğitim sektörlerinden oluşan bir temele sahiptir. Tıbbi perspektifin esası kliniklidir, sağlığı geliştirme perspektifi toplum temellidir, eğitim perspektifi ise okul tabanlıdır. Bu nedenle hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili birçok farklı davranış için uygulanabilir bir yaklaşım olarak görülebilir. (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014).

### 1.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Kapsamlı ve doğru eğitim ile yeterli sağlık politikaları sayesinde belirli bir yetkinlik düzeyine ulaşması beklenen bireylerin, kendi sağlık durumlarının yanı sıra toplumun sağlığını koruma ve geliştirme açısından da önemli işlevleri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık sorunlarının önlenmesi, erken tanı, uygun tedavi ve kaybedilen yetilerin kazandırılması bakımından önemli etmenlerden birisi, bireyin sağlıkla ilgili doğru kaynaklara ulaşabilme, elde ettiği bilgiyi değerlendirebilme ve yaşama geçirebilme yeteneği, kısaca sağlık okuryazarlığı düzeyidir (Yılmaz, 2015). Bireyler hasta olmamak, sağlığına tekrar kavuşmak, sağlığını geliştirmek, aile ya da toplum sağlığını olumlu ve olumsuz yönde nelerin etkilediği, sağlık hakkında yazılı ve görsel medyayı nasıl kullanacağı gibi geniş bir yelpazede yer alan temel sağlık bilgisine ihtiyaç duymaktadır. Bu tür bilgilere bireyin sahip olma düzeyi, kendisinin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemektedir (Örnek, 2014).

Sağlık okuryazarlığı alanında öncü isimlerden biri olan Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını fonksiyonel, interaktif ve kritik olmak üzere üç düzeyde ele almaktadır (Tablo 2). Fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı düzeyi, geleneksel sağlık eğitiminin sonucunu yansıtır. Temel okuma ve yazma becerilerinin söz konusu olduğu bu düzeyde birey pasiftir; sağlık riskleri, sağlık sistemi, uymaları beklenen eylemler hakkında sınırlı bilgiye sahiptir, etkileşimli bir iletişim halinde değildir. Bu düzeydeki faaliyetler genellikle bireysel fayda ile sonuçlanır. İnteraktif (iletişimsel) sağlık okuryazarlığı, son 20 yılda değişiklik gösteren sağlık eğitiminin sonuçlarını yansıtır. Destek verici bir çevrede kişisel becerilerin gelişimine odaklanır. Motivasyon ve öz güveni geliştirmede kişisel kapasiteyi artırmaya yöneliktir. Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama, değişen koşullarda sağlık bilgisini uygulama gibi daha gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir. Bireyin aktif olduğu bu düzeydeki faaliyetlerde de toplumsal faydadan ziyade bireysel fayda söz konusudur. Kritik (eleştirel) sağlık okuryazarlığı ise sosyal ve politik faaliyetleri destekleyen algı ve becerilerin gelişim sonuçlarını yansıtır. Gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir. Birey bu düzeyde proaktiftir ve bu düzeydeki faaliyetlerde bireysel faydanın yanı sıra toplumsal fayda daha açık bir şekilde görülmektedir (Nutbeam, 2000).

**Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri**

Sağlık Okuryazarlığının Düzeyi ve Eğitimsel Hedef	İçerik	Sonuçlar	
		Bireysel Fayda	Toplumsal Fayda
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı: Bilgi İletişimi	Sağlık risklerine ve sağlık hizmetleri kullanımına yönelik olgusal bilginin aktarılması	Sağlık hizmetleri ve riski bilgisinin gelişmesi ve tavsiye edilen faaliyetlere uyum	Toplumsal sağlık programlarına katılımın artması (örneğin bağışıklama taraması)
İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı: Kişisel Becerilerin Gelişmesi	Destekleyici bir çevrede becerilerin geliştirilmesi	Motivasyon ve özgüven gelişimi, bilgiye yönelik bağımsız bir şekilde davranma kapasitesinin gelişimi	Sosyal gruplarla etkileşim, sosyal normları etkilemek için kapasite gelişimi
Kritik Sağlık Okuryazarlığı: Kişi ve Toplum Güçlendirmesi	Sağlığın ekonomik ve sosyal belirleyicilerine yönelik bilgi sağlama, politik ve/veya örgütsel değişim için fırsatlar oluşturma	Sosyal ve ekonomik zorluklar için bireysel esnekliğin gelişimi	Sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine yönelik davranmada kapasite gelişimi, toplumu güçlendirmenin gelişimi

Kaynak: Nutbeam, 2000

Sağlık okuryazarlığına ilişkin başka bir sınıflandırmada sağlık okuryazarlığı; temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olmak üzere 4 temel alanda ele alınmıştır. Temel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı için kilit öneme sahiptir; okuma, yazma, konuşma, sayılarla işlem yapma becerilerini içermektedir. Bilimsel okuryazarlık, bilim ve teknolojiyi anlama ve kullanma ile ilgili becerileri tanımlamaktadır. Yurttaşlık okuryazarlığı, kamusal konuların farkında olma, bu konularla ilgili ciddi tartışmalara dâhil olma ve karar verme süreçlerine katılma becerilerini ve yeteneklerini ifade etmektedir. Kültürel okuryazarlık ise bilgiyi yorumlama ve bu bilgiden yola çıkarak harekete geçme sürecinde farklı bireylerin

sosyal kimliklerini, âdetlerini, kolektif bilinçlerini fark etme, anlama ve kullanma becerilerini içermektedir (Zarcadoolas ve diğerleri, 2006).

Nutbeam (2000) ile Zarcadoolas ve diğerlerinin (2006) sağlık okuryazarlığı sınıflandırmalarına bakıldığında, kavramlara vermiş oldukları isimler farklı olsa da konuya bakış açıları aynıdır. Bununla beraber Zarcadoolas ve diğerlerinin yapmış olduğu sınıflandırmanın, daha geniş ve geliştirilmiş olduğu görülmektedir. Zarcadoolas ve diğerlerinin yapmış olduğu sınıflandırmada, bir alandaki okuryazarlık becerisinin başka yetkinlikler gerektiren diğer bir alandaki okuryazarlık eksikliğini telafi edebildiği; aynı zamanda sahip olunan yetkinliklerin, diğer okuryazarlık becerilerinin geliştirilmesine katkıda bulunabileceği de belirtilmektedir (Sezgin, 2013).

#### **1.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler**

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi onların sağlık sistemi, eğitim sistemi, kültür ve toplumsal bağlama ilişkin becerilerinin ve etkileşimlerinin bir ürünüdür (IOM, 2004). Sosyo-ekonomik durum, meslek, iş, gelir, sosyal destek, kültür, dil, çevresel ve politik ortam, medya kullanımı, akranlar ve aile gibi sosyal ve çevresel faktörlerle sağlık okuryazarlığı arasında karşılıklı etkileşim bulunmaktadır (Sørensen ve diğerleri, 2012). Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler bireysel ve sistemsel faktörler olarak ikiye ayrılabilir (Şekil 2). Sağlık sonuçlarına da etki eden bu faktörler arasındaki etkileşimlerden sağlık okuryazarlığı ortaya çıkmaktadır (Health Literacy Connection, 2016).

Bireysel faktörler;

- Yaş ve cinsiyet
- Okuryazarlık becerileri
- Bilişsel beceriler
- Motivasyon
- Fiziksel ve duygusal sağlık
- Sağlık bakımı deneyimi
- Özel sağlık koşulları
- Sağlık hakkındaki inançlar
- Sosyo-ekonomik statü

Sistemsel faktörler;

- Sağlık hizmeti sunanların iletişim becerileri
- Sağlık bilgisinin karmaşıklığı
- Sağlık bakım ortamının özellikleri
- Sağlık sisteminin hastalardan talepleri ve beklentileri
- Sağlık bakım profesyonelleri üzerindeki zaman baskısıdır.



**Şekil 2.** Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler (Health Literacy Connection, 2016)

Daha düşük ekonomik durumda olma, yaşlılık, sakatlıklarla yaşama, kültür ve dil bakımından farklı geçmişlerden gelme, ilaç ve alkol bağımlılığı, kronik veya karmaşık hastalık deneyimi, evsiz olma, sosyal veya coğrafi olarak soyutlanma gibi farklı durumlarda bulunan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük olabilir. Bu faktörlerin sağlık okuryazarlığı üzerine etkisinden dolayı bireysel sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi sıklıkla sağlık eşitsizliklerini azaltmanın bir yolu olarak görülmektedir (ACSQHC, 2014).

Gerekli beceri ve yeteneklerin sistemin karmaşıklığı ve talepleri ile eş zamanlı değerlendirmesi bağlamında sağlık okuryazarlığı sağlığa katkıda bulunan en önemli faktör olabilir. Sağlıklı olmak için neye ihtiyaç duyulduğunun anlaşılması ve buna göre sistemlerin düzenlenmesi halk sağlığının geliştirilmesi için bir gerekliliktir. Bireyin ve halkın sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmede sağlık sistemi önemli bir role sahiptir. Sağlık sisteminin etkisi sağlık hizmeti sunumunda, sağlık personelinin bireylerle etkileşimlerinde ve onların eğitimlerinde, bireylerin ihtiyaç duyduğu bilginin edinilmesinde ve onlara uygun bir şekilde davranılmasında görülebilmektedir. Sağlık sistemi, sağlık okuryazarlığının tüm düzeylerindeki bireylerin hizmetleri ve bilgiyi elde etmesini teşvik edebileceği gibi, engel de oluşturabilmektedir (IOM, 2011).

Her bir bireysel sağlık okuryazarlığı becerisini değerlendiren veri varken, sağlık hizmeti sunan organizasyonlar için benzer bir değerlendirme yoktur. Sağlık okuryazarlığı perspektifinden birey ile sağlık bakım sisteminin ara yüzü oldukça karmaşıktır. Bu karmaşıklık parçalı sağlık bakımına, çeşitli sağlık hizmeti sunucuları arasında farklı iletişim stratejilerine ve kronik hastalıkları etkili bir Şekilde yönetmek için yüksek düzeyde koordinasyon gerektiren karışık çabalara neden olabilmektedir. Bu problem iki katlıdır. Birincisi sağlık bilgisini anlamak için bireylerin yetenekleri farklıdır. İkincisi sağlık bakım süreci, dil ve sağlık konusu teknik olarak karmaşıktır (IOM, 2009a). Bu problemlerin üstesinden gelmek için sağlık okuryazarlığının iyi bir Şekilde değerlendirilmesi önem kazanmaktadır.

### **1.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi**

Bir bireyin veya topluluğun sağlık okuryazarlığını tüm yönleriyle ölçmek mümkün değildir ancak sağlık okuryazarlığına ilişkin gelişme kaydedebilmek için sağlık okuryazarlığını temsil eden bir dizi ölçü geliştirmek mümkündür (Dodson ve diğerleri, 2015). Sağlık okuryazarlığı değerlendirileceği zaman mevcut yaklaşımların sağlık okuryazarlığını genel okuryazarlıktan ayırmada ne kadar başarılı olduğuna, bireylerin sağlık bilgisine erişiminde ve sağlık bilgisini kullanmada ne kadar iyi olduğuna, bu ölçümlerin sağlık bakımını ve halk sağlığını iyileştirme çabalarına karşı duyarlı olup olmadığına, ölçümlerde farklılıkların dahil edilip edilmediğine dikkat edilmesi gerekmektedir (IOM, 2009b). Sağlık okuryazarlığı biçimsel ve biçimsel olmayan değerlendirmeler olmak üzere iki farklı yoldan belirlenmeye çalışılmaktadır.

#### **1.5.1. Sağlık Okuryazarlığının Biçimsel Olmayan Değerlendirmesi**

Hastaların sağlık okuryazarlığı becerilerinin hekimler tarafından değerlendirilmesi, hekim-hasta etkileşiminin gözlenmesi, okuma yeteneği ve yaşam koşulları ile ilgili bireylerin kendilerinin bildirimleri biçimsel olmayan (enformel) değerlendirmeler kapsamındadır. Hekimlerin hastalarının sağlık okuryazarlığı becerilerini yüksek olarak tahmin ettiğine yönelik birçok çalışma vardır. Bu nedenle hekimlerin değerlendirmeleri, hastalarının sağlık okuryazarlığı becerilerinin belirleyicileri için duyarlı değildir. Diğer taraftan hastalar sıklıkla bilgi ararken hekimlere başvurduğundan hekim değerlendirmelerinin muhtemelen doğru olduğunu ileri süren yazarlar da



bulunmaktadır. Hekim hasta etkileşiminin gözlemlendiği çalışmalardan elde edilen bazı sonuçlar hastaların tıbbi görüşmelerdeki bilgileri tam olarak kavrayamadığını göstermektedir. Okuma yeteği ve yaşam koşulları ile ilgili olarak bireylerin bildirimlerinin de sağlık okuryazarlığı için doğru bir ölçü olamayacağı yönünde görüşler bulunmaktadır (Kwan ve diğerleri, 2006).

Sağlık okuryazarlığını belirlemeye yönelik biçimsel olmayan değerlendirmeler çoğu kez sağlık hizmeti sunanlar tarafından “okuduğunuzu anlar mısınız?” gibi açık uçlu sorularla yapılmaktadır. Bu sorular kişinin okuryazarlık becerilerini ölçmede yaklaşık sonuçlar verebilecek olsa da utanma, kaygı, çekinme gibi nedenlerle yanıltıcı olabilmektedir. Özellikle en basit fakat sıkça sorulan “anlıyor musunuz?” sorusu sağlık okuryazarlığı seviyelerini ölçmede yardım etme yerine engel oluşturabilmektedir. Bu soru sorulduğunda çoğu kişi anlamasa da mahcup olma, olumsuz bir izlenim verme ve benzeri kaygılar nedeniyle olumlu cevap verecektir. Yaygın bir biçimde kullanılan diğer bir biçimsel olmayan değerlendirme, hastaların uygun doz miktarını ve sıklığını anladıklarından emin olmak için, şişenin üzerindeki ya da reçetedeki yazıyı okumalarını istemektir. Kişinin okuryazar olduğunu ölçmeye yönelik farklı ama basit bir yöntem de, baş aşağı duran bir broşürü ya da metni hastaya vermektir (Sezgin, 2013).

Düşük sağlık okuryazarlığına yönelik olarak daha yüksek riskli bireyleri belirlemek için de biçimsel olmayan değerlendirmelerden yararlanılabilir. Bu durumdaki hastalarda şu davranışlar gözlemlenmektedir (Mahadevan, 2013):

- Sıklıkla randevuları kaçırmak
- Kayıt formlarını doldurmada başarısızlık
- İlaç tedavisinde yetersizlik
- İlaçları okuma etiketi yerine görünüşleri ile tanımlamak
- Sıralı tıbbi geçmiş verememek
- Testleri veya yönlendirmeleri takip etmede yetersizlik
- Yazılı materyallerden bahsetmek için soru sorulduğunda “Okuma gözlüklerimi unuttum”, “Eve gittiğimde okuyacağım” veya “Okumak için çok yorgunum” gibi ifadeleri tekrar etmek.

Görüşme esnasında aşağıdaki sorular sağlık hizmeti sunucusuna veya sağlık yöneticisine bir bireyin sağlık okuryazarlığı ihtiyacını belirlemede yardımcı olabilir (Mahadevan, 2013):

- Tıbbi terimler karmaşıktır ve çoğu insan onları anlaşılması zor bulmaktadır. Reçete etiketlerini okurken, sigorta formlarını doldururken veya sağlık materyalleri kullanırken hiç başkalarından yardım alırdınız?
- Çoğu insan sağlık bilgisi zor olduğu için okumakta ve hatırlamakta zorlanmaktadır. Bu durum sizin için hiç problem oldu mu?
- Ne okumayı seversiniz? Sağlık durumları hakkında bilgi edinmek için en çok neye güvenirsiniz? Televizyon? Radyo? İnternet? Aile veya arkadaşlar?

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik son araştırmalarda hastaların kendi kendine uygulayabildiği indekslerin geliştirilmesi önemli bir odak noktası olmuştur. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesinde eğitimli bir araştırma görevlisi veya klinisyen gerektirmeyen bu yaklaşım, sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde klinisyenlerin iş yükünün ve bu alana yönelik kaynakların azaltılması avantajlarını içermesine rağmen sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde uygun olduğuna dair az sayıda çalışma bulunmaktadır (O'Neill ve diğerleri, 2014). Ancak sağlık kuruluşlarında zaman çok önemli bir kısıt olduğundan dolayı sağlık okuryazarlığı değerlendirmelerinde genellikle bir veya birkaç maddeden oluşan biçimsel olmayan testler tercih edilmektedir (Peiravian ve diğerleri, 2014).

### **1.5.2. Sağlık Okuryazarlığının Biçimsel Olarak Değerlendirilmesi**

Sağlık okuryazarlığı kavramı başlangıçta sağlık sistemlerinin performansını ve hastaların sağlık statüsünü geliştirmek için bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır ve güç kazanmaya devam etmektedir. Sağlık okuryazarlığının çeşitli ve karmaşık tanımları olduğundan, çeşitli ve karmaşık değerlendirme araçları bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı fikrinin tarihi boyunca pek çok kişi farklı tanımlar sunmuşlar ancak bu tanımlar henüz resmen veya tamamen test edilmemiştir. Emin olmak için sağlık okuryazarlığı değerlendirme ve ölçüm araçları bir veya başka bir tanıma dayalı olarak

ileri sürülmektedir fakat tanımlar içinde spesifik yapılar nadirdir. Yöntem ileri sürmeden önce önemli olan nokta, ölçüm veya değerlendirme araçlarının bireylerin kullanımına uygun olmasıdır (Pleasant, 2014).

Multidisipliner literatürde sağlık okuryazarlığına yönelik tanımlar ve ölçüm hakkındaki uzlaşma eksikliği “Sağlık okuryazarlığı önemli midir?” sorusuna cevap vermeyi zorlaştırmaktadır. Araştırma problemlerindeki varyasyonlar, çalışma odakları, metodolojiler, nüfus grupları, yaş, müdahaleler ve diğer göstergeler farklı araştırma bulgularına katkıda bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığına yönelik uluslararası literatür mevcut durumda az cevap vermektedir. Bu durum sınırlı kanıtlara işaret etmekte; özellikle bireylerin ve nüfus gruplarının sağlık durumları ile ilgili çeşitli faktörlerin, ilişkilerin rolünün ve günlük hayata etkilerinin araştırılmasını gerekli kılmaktadır. Ayrıca genel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, bilgi teknolojileri ve mevcut sağlık bakım altyapısı arasındaki karmaşık etkileşim ve sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarının geliştirilmesi üzerinde durulması gereken diğer konulardır (Peerson ve Saunders, 2009).

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için bir “altın standart” yoktur (Parker, 2000). Sağlık okuryazarlığının tanım sayıları mevcut durumda bir altın standart ölçüsünün eksikliğine katkıda bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığının farklı tanımlarının çok sayıda olması da geniş bir görüş birliğinin olmadığını kanıttır (McCormack ve diğerleri, 2013).

Sağlık okuryazarlığını değerlendiren araçlar, sağlık okuryazarlığının sağlık durumu ile anlamlı korelasyonları olduğunu göstermiştir. İdeal olarak sağlık okuryazarlığının herhangi bir değerlendirmesinin geçerlilik testi için altın standart, sağlık durumundaki bir değişiklik ile anlamlı ilişkisi olan sağlık okuryazarlığındaki bir değişikliğe dayalı olacaktır. Bunu pratikte elde etmek mümkündür (Pleasant, 2014).

Sağlık okuryazarlığının farklı kavramlarının belirsizliği ve karmaşıklığı göz önüne alındığında sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinin de tartışmalı olması şaşırtıcı değildir. Sağlık okuryazarlığının tanımları geniştir ve değerlendirilmesi kolay olmayan

bir dizi kavram içermektedir. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için farklı amaçlar ve yaklaşımlar bulunduğundan farklı araçlar geliştirilmiştir (ACSQHC, 2013). Sağlık okuryazarlığı değerlendirmek için kapsam, içerik ve psikometrik özellikler açısından farklılık gösteren bir dizi araç bulunmaktadır. Bu araçların çoğu Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı belirli gruplar için ölçülebildiği gibi, toplumun veya belirlenen hedef kitlenin geneli için de ölçülebilmektedir (IOM, 2013). Sağlık okuryazarlığının spesifik olarak değerlendirilmesinde kullanılan araçlar Tablo 3'de sunulmuştur.

**Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığının Spesifik Olarak Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar**

<p><b>Belirli (alt) yeterlik için (örneğin aritmetik veya ruhsal sağlık okuryazarlığı) kullanılan araçlar</b> Üç Ögeli Aritmetik Testi (1997), Aritmetik Ölçeği (2001), Tıbbi Veri Yorumlama Testi (2005), Öznel Aritmetik Ölçeği (2007), Genel Sağlık Aritmetik Testi (2013),</p>
<p><b>Farklı spesifik roller ve görevler için (örneğin tüketici, vatandaş) kullanılan araçlar</b> Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (2007), Pratik Beslenme Bilgisi İçin Gıda Etiketleri Okuryazarlık Anketi (2012)</p>
<p><b>Hayat döngüsünün farklı aşamalarında (örneğin çocuk, ergenlik) kullanılan araçlar</b> Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Etkinlikler Testi (2010), Kanada Lise Öğrencilerine Yönelik Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Aracı (2010)</p>
<p><b>Spesifik hastalıklar ile ilgili olarak kullanılan araçlar</b> Diyabet Okuryazarlığı Değerlendirmesi (2001), Astım Aritmetik Anketi (2006), Diş Hekimliğinde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (2007), Diyabet Sağlık Okuryazarlığı (2008), Sağlık Bilgisinin Kısa Tahmini (2010), Yüksek Kan Basıncı Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2012), Kanser Okuryazarlık Testleri (2012), Kronik Bakım İçin Çince Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2013), Diyabet için Çince Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2013)</p>
<p><b>Nüfus veya dile özgü kullanılan araçlar</b> İspanyol Sağlık Okuryazarlığı Testi (2006), İbranice Sağlık Okuryazarlığı Testi (2007) Kore Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2009), Tayvan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2010), Çince Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2011), HLS-14 (Japon Yetişkinler için Sağlık Okuryazarlığı Aracı) (2013), İsviçre Sağlık Okuryazarlığı Anketi (2012)</p>

Kaynak: Pelikan ve diğerleri, 2014

Literatürde sağlık okuryazarlığının genel olarak değerlendirmesine yönelik araçların (Tablo 4) daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Bunun nedeni belirli gruplardan ziyade

genel olarak toplumda veya araştırılmak istenen hedef kitlede sağlık okuryazarlığının genel görünümünü ortaya koymak olabilir. Sağlık okuryazarlığının genel olarak değerlendirilmesinde kullanılan bazı araçlara ilişkin aşağıda detaylı bilgiler verilmiştir.

**Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığının Genel Olarak Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar**

Aracın Adı	Aracı Geliştiren(ler)
Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine- REALM. (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini-çeşitli sürümleri mevcut)	Davis ve diğ, 1991; Davis ve diğ, 1993; Davis ve diğ, 2006
Test of Functional Health Literacy in Adults- TOFHLA. (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi-çeşitli sürümleri mevcut)	Parker ve diğ, 1995; Gong ve diğ, 2007
Medical Terminology Achievement Reading Test- MART. (Tıbbi Terminoloji Başarısı Okuma Testi)	Hanson-Divers, 1997
Health Activities Literacy Scale-HALS. (Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlık Ölçeği)	Rudd, Kirsch ve Yamamoto, 2004
Health Literacy Screening Questionnaire- HLSQ. (Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi)	Chew ve diğ, 2004
Newest Vital Sign-NVS. (En Yeni Hayati İşaret)	Weiss ve diğ, 2005
Single Item Literacy Screen-SILS. (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması)	Morris ve diğ, 2006
The eHealth Literacy Scale-eHEALS. (eSağlık Okuryazarlığı Ölçeği)	Norman ve Skinner, 2006
Health Literacy Skills Instrument-HLSI. (Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Aracı)	McCormack ve diğ, 2010
The Health Literacy Management Scale-HeLMS. (Sağlık Okuryazarlığı Yönetim Ölçeği)	Jordan ve diğ, 2013
The Health Literacy Questionnaire-HLQ. (Sağlık Okuryazarlığı Anketi)	Osborne ve diğ, 2013
European Health Literacy Survey Questionnaire HLS-EU-Q. (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi)	Sørensen ve diğ, 2013

Kaynak: Pleasant, 2014

**Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine- REALM. (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini):** REALM sınırlı okuma becerileri olan hastaların belirlenmesinde ve hasta okuma seviyelerinin tahmin edilmesinde doktorlara yardımcı olmak için hızlı bir tarama aracı olarak Davis ve arkadaşları tarafından (1991) geliştirilmiştir. Tıbbi 66 terimin sesli okuma (telaffuz) zorluğuna göre tek heceden

başlayıp çok heceli kelimelere doğru sıralanmasından oluşmuş bir kelime tanıma ve sesli okuma testidir. Katılımcı kelime listesini okurken incelemeyi yapan doğru telaffuz edilen kelime sayısını yazar. Her doğru kelime için 1 puan verir. Eşdeğer okuma düzeyleri 4 kategoride belirtilir. 0-18 puan arası en düşük puandır ve 3. sınıf okuma düzeyini ya da daha düşük sağlık okuryazarlığını; 19-44 arası puan 4.-6. sınıf düzeyinde sağlık okuryazarlığını; 45-60 arası puan 7.-8. sınıf düzeyinde sağlık okuryazarlığını; 61-66 puan arası da 9. sınıf düzeyinde sağlık okuryazarlığını göstermektedir. 5 dakikadan daha az bir zamanda uygulanabilir. İngilizce ve İspanyolca olarak kullanılabilir (Özdemir ve diğerleri, 2010).

Bu testin 66 teriminin 8 terime (osteoporoz, alerjik, sarılık, anemi, tükenmişlik, yönetmek, kolit, konstipasyon) indirgenmesiyle 1-2 dakika içinde tamamlanabilen daha kısa bir versiyonu da (REALM-R) bulunmaktadır (Davis ve diğerleri, 1993). Bu testin uygulama kolaylığı avantajı olsa da katılımcının okuduğu kelimenin anlamını değerlendirememesi, sadece kelime tanıma ve sesli okumaya odaklanması, bazı örneklerde veya sağlık alanlarında geçerli bulunmaması dezavantajlarıdır (CHIRr, 2016).

**Test of Functional Health Literacy in Adults- TOFHLA. (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi):** Hastaların fonksiyonel sağlık okuryazarlığını ölçmek için Parker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Okuduğunu anlamayla ilgili (sözel) 50 adet, numerik yetenek ile ilgili (sayısal) 17 soru vardır. İspanyolca versiyonu da geliştirilmiştir ve yaklaşık olarak 22 dakikada tamamlanmaktadır (Parker ve diğerleri, 1995). Sözel sorulara verilen doğru cevaplar 1 puan iken, sayısal sorulara verilen doğru cevaplar 0 ila 50 puan oluşturmak için 2,941 ile çarpılmaktadır (Akalın, 2009).

TOFHLA puanlamasına göre anketi cevaplayanların sağlık okuryazarlığı düzeyi üç kategoriye ayrılmaktadır: 1) Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-59 puan); 2) Düşük düzey sağlık okuryazarlığı (60-74 puan); 3) Yeterli sağlık okuryazarlığı (75-100 puan). Puanlama sonuçlarına göre yeterli sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin çoğu sağlık metnini okuma, anlama ve yorumlama becerisine sahip oldukları; düşük ya da yetersiz

sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin ise, çoğu sağlık metnini okuma, anlama ve yorumlamada zorluk yaşadıkları değerlendirilmiştir (Akalin, 2009). Bu testin maksimum 12 dakika süren, iki düzeydeki 36 sözel soru (her biri 2 puan) ile 4 sayısal sorudan (her biri 7 puan) oluşan kısa versiyonu da (S-TOFHLA) bulunmaktadır. Bu testte 0-53 puan yetersiz sağlık okuryazarlığını, 54-66 puan düşük düzey sağlık okuryazarlığını, 67-100 puan da yeterli sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir (Kwan ve diğerleri, 2006). REALM-R gibi bu testin de uygulama kolaylığı avantajı olsa da katılımcının okuduğu kelimenin anlamını değerlendirememesi, sadece kelime tanıma ve sesli okumaya odaklanması, bazı örneklerde veya sağlık alanlarında geçerli bulunmaması dezavantajlarıdır (CHIRr, 2016).

Sağlık okuryazarlığının tarama sorularıyla veya kısa testlerle değerlendirilmeye çalışıldığı tüm çalışmalarda TOFHLA veya REALM gibi araçlar “altın standart” kabul edilerek karşılaştırmalar yapılmıştır (Baker, 2006). Sağlık okuryazarlığının biçimsel olarak değerlendirilmesinde en fazla REALM ve TOFHLA’nın kullanıldığı görülmektedir.

**Medical Terminology Achievement Reading Test- MART. (Tıbbi Terminoloji Başarısı Okuma Testi):** Sağlık profesyonellerinin ve araştırmacıların hasta okuma becerilerini ölçmesi için geliştirilmiştir. Tıbbi 42 kelimenin telaffuzuna dayanmaktadır (Hanson-Divers, 1997). Bu testin kolaylıkla uygulanma avantajı olsa da sadece okuma becerisini değerlendirmesi, aritmetik ve sözlü becerilerin değerlendirilmemesi dezavantajıdır (Kwan ve diğerleri, 2006).

**Health Activities Literacy Scale- HALS. (Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlık Ölçeği):** Amerika Birleşik Devletleri’nde yetişkinler arasında nüfusa dayalı sağlık okuryazarlığı becerilerinin ilk analizinden (2004) doğmuştur. Ulusal Yetişkin Okuryazarlık Araştırması (NALS) veritabanı ile bağlantılıdır. Yetişkin okuryazarlık araştırmasındaki sağlıkla ilgili tüm ifadeler kodlanarak ve sağlık aktivitelerinin bir tipolojisi geliştirilerek oluşturulmuştur. Sağlıkla ilgili beş alanda (sağlığın geliştirilmesi, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımı ve sistem yönetimi) düz yazı okuma (80 adet), doküman okuma ve kullanma (63 adet), bazı kantitatif beceriler (48 adet) olmak üzere

toplam 191 ifadeden oluşmaktadır. Beş puan aralıklarla 0'dan 500'e uzanan bir puanlama ile sağlık okuryazarlığı 5 düzeyde ele alınmaktadır: 0-225 puan en düşük olan 1. düzeyi, 226-275 puan 2. düzeyi, 276-325 puan bugünün işgücü piyasasında başarı için asgari bir standart olarak kabul edilen 3. düzeyi, 326-375 puan 4. düzeyi, 376-500 puan ise en yüksek olan 5. düzeyi temsil etmektedir (Rud ve diğerleri, 2004). Nüfus düzeyinde sağlıkla ilgili okuma kapasitelerinin anlaşılması için bu testin potansiyel değeri olmasına rağmen uygulanma süresinin uzunluğu (yaklaşık 1 saat) çoğu araştırma çalışmalarında kullanımını sınırlandırmaktadır. Ayrıca bu testin tamamlanması 30-40 dakika süren, hem REALM hem de S-TOFHLA'dan önemli ölçüde daha uzun olan "konum belirleyici" (locator) versiyonu da bulunmaktadır (Baker ve diğerleri, 2006).

**Newest Vital Sign- NVS. (En Yeni Hayati İşaret):** Sınırlı okuryazarlık için hızlı ve doğru bir tarama testi belirlemek için geliştirilmiştir. İngilizce ve İspanyolca olarak mevcuttur. Bir beslenme etiketi hakkında 6 sorunun cevaplandırılmasına dayalıdır. Doğru cevap sayısının 4'ten az olması sınırlı okuryazarlık olasılığını göstermektedir. Yaklaşık 3 dakikada tamamlanmaktadır (Weiss ve diğerleri, 2005). NVS hem okuduğunu anlamayı, hem de matematiksel yeteneği gerektirir ve bu yetenekler temel sağlık bilgisini anlama ve yönetme ile doğrudan ilişkilidir (Özdemir ve diğerleri, 2010). Kolaylıkla uygulanması, aritmetiği ölçmesi, sağlıklı yeme alışkanlığının kazandırılması, çoğu kronik hastalık için sağlık yönetiminin önemli bir parçası olarak beslenme etiketlerine değinmesi bu testin avantajları iken bazı durumlarda uygulanabilir görünmemesi dezavantajıdır (Kwan ve diğerleri, 2006).

**The eHealth Literacy Scale- eHEALS. (eSağlık Okuryazarlığı Ölçeği):** Sağlık bilgisine erişimde internet başta olmak üzere bilgi teknolojileri kullanımını baz alarak tüketicilerin algıladığı becerileri değerlendirmek ve tüketiciler ile elektronik sağlık programları arasındaki uyumu belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. eSağlık okuryazarlığı kavramı 6 temel beceriyi veya okuryazarlığı (geleneksel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı) içermektedir ve kısmen sosyal bilişsel teori ve öz-yeterlik teorisine dayanmaktadır. eSağlık Okuryazarlığı Ölçeği (eHEALS) ise bireylerin kendi bilgi ve becerilerini algılamasına dayalı bir öz bildirim aracı olarak geniş kitlelerin



eSağlık okuryazarlığı ihtiyacını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Bireylerin ve spesifik nüfusların eSağlık ile ilgili becerilerinin genel olarak belirlenmesi için tasarlanmıştır. Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve genel olarak teknoloji kullanımı arasında bir ilişkiyi de ortaya koymaktadır (Norman ve Skinner, 2006).

**Medical Term Recognition Test-METER. (Tıbbi Terim Tanıma Testi):** Tıbbi 40 kelime ile tıbbi olmayan 40 kelimeyi içermektedir. Hastalara bu kelimeler karışık olarak liste halinde verilip bu kelimelerden tıbbi olanların yanına işaret konulması istenmektedir. REALM ve TOFHLA'nın sınırlılıklarını gidermek (REALM'in bireylerin kendi kendilerine sağlık okuryazarlığını değerlendirme imkanı vermemesi ve TOFHLA'nın yaklaşık 22 dakikada tamamlanması) için geliştirilmiştir. Yaklaşık 2 dakikada tamamlanmaktadır. 0-20 doğru düşük, 21-34 doğru marjinal, 35-40 doğru ise fonksiyonel sağlık okuryazarlığını temsil etmektedir (Rawson ve diğerleri, 2009).

**Health Literacy Screening Questionnaire- HLSQ (Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi):** Yetersiz veya marjinal sağlık okuryazarlığı olan hastaları klinik olarak uygun tarama soruları ile hızlı bir şekilde belirlemek için Chew ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Beşli Likert tipi bir ölçeklendirmeye sahip 16 sorudan oluşmaktadır ve 18-65 yaş grubuna uygulanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi S-TOFHLA'ya dayalıdır. Tarama sorularından 3'ü (Hastane materyallerini okurken ne sıklıkla birisinden yardım istersiniz? Tıbbi formları doldururken kendinize ne kadar güvenirsiniz? Yazılı bilgilerin anlaşılma zorluğundan dolayı tıbbi durumunuz hakkındaki problemleri ne sıklıkla öğrenirsiniz?) yetersiz sağlık okuryazarlığı olan hastaları başarılı bir şekilde belirlemektedir (Chew ve diğerleri, 2004). Kolaylıkla uygulanması, kelime tanıma veya geniş bir test ile sağlık okuryazarlığını doğrudan değerlendirmeyen sorulardan dolayı hastaların daha az endişe ve utangaçlık duyması bu anketin avantajlarıdır. Dezavantajları ise sadece yazılı bilgiyi değerlendirmesi, yazma, dinleme ve aritmetik becerilerini değerlendirememesi, soruların sadece sağlık bakımı ve medikasyon ile ilgili olmasıdır (Kwan ve diğerleri, 2006). Diğer bir dezavantajı, lise düzeyinde 2 soru içermesidir (Betz ve diğerleri, 2008).

**Single Item Literacy Screen- SILS (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması):** Sağlık okuryazarlığı tarama anketinden (HLSQ) faydalanılarak nedenine (sınırlı eğitim, dil bariyeri, fiziki noksan gibi) bakılmaksızın sağlıkla ilgili yazılı veya basılı materyalleri okumak için yardıma ihtiyacı olan hastaları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Tek sorudan oluşmaktadır: “Doktorunuzun veya eczanenizin verdiği sağlık talimatlarını, broşürleri veya diğer yazılı materyalleri okumak için ne sıklıkla yardım alırsınız?” Cevaplar 1-Asla, 2-Nadiren, 3-Bazen, 4-Sıklıkla, 5-Her zaman şeklindedir. İki den fazla puanlar sağlıkla ilgili belgeleri okumada bir miktar zorlanma olduğuna işaret etmektedir. Tek sorudan oluştuğu için klinikte ortamlarda kullanışlıdır. Ancak okuyamama, utanma veya soruyu anlamama gibi nedenlerden dolayı yardım alma ihtiyacını yanlış değerlendirebilme riski de vardır (Morris ve diğerleri, 2006).

**Health Literacy Skills Instrument-HLSI (Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Aracı):** Sağlık okuryazarlığının baskı okuryazarlığı (okuma ve yazma), aritmetik becerileri, sözlü okuryazarlık becerileri (dinleme) ve bilgi arama olmak üzere 4 etki alanını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Etki alanlarının içeriği açısından sağlığı geliştirme, hastalıkları önleme, sağlık bakımını devam ettirme ve tedavi ile sağlık sistemi gibi sağlıkla ilgili konulara yönelik 25 sorusu bulunmaktadır. Bilgisayar üzerinden doldurulabilmektedir. Böylelikle veri toplama maliyetinin azalmasına ve katılımcılar arasında utanmanın veya potansiyel rahatsızlıkların en aza indirilmesine imkan tanıyabilmektedir (McCormack ve diğerleri, 2010). Bu aracın 10 sorudan oluşan kısa versiyonu da (HLSI-SF) bulunmaktadır (Bann ve diğerleri, 2012).

**The Health Literacy Management Scale-HeLMS (Sağlık Okuryazarlığı Yönetim Ölçeği):** Sağlık bakım ortamında sağlık bilgisini kullanma, anlama, arama yeteneğini belirlemek için bireylerin ve bireylerin daha geniş çevrelerinin genel ve potansiyel olarak değiştirilebilir yeteneklerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Hastaların sağlıklarına karşı tutumları (4), sağlık bilgisini anlama (4), sosyal destek (4), sosyo-ekonomik değerlendirmeler (3), sağlık hizmetlerine erişim (4), sağlık profesyonelleri ile iletişim (3), proaktif olma (3) ve sağlık bilgisini kullanma (4) olmak üzere sağlık okuryazarlığının 8 etki alanına yönelik Likert tipi ile ölçeklendirilmiş 29 sorusu

bulunmaktadır. Düşük skorlar bahsedilen etki alanlarında daha yüksek derecede zorluk yaşandığına işaret etmektedir (Jordan ve diğerleri, 2013).

**Health Literacy Questionnaire- HLQ (Sağlık Okuryazarlığı Anketi):** Genel toplum, hastalar, uygulayıcılar ve politikacıların perspektifleri kullanılarak bireylerin sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarının teşhis edilmesi, sağlık okuryazarlığına yönelik yeteneklerinin kapsamlı bir şekilde ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir. Kişilerin ve kuruluşların geniş bir yelpazede ihtiyaçlarını ve karşılaştıkları zorlukları değerlendirmek için kavramsal olarak sağlık okuryazarlığının 9 farklı alanını içermektedir: Sağlık bakımı sunucuları tarafından anlaşılma ve desteklenme duygusu, kişilerin kendi sağlığını yönetmesi için yeterli bilgiye sahip olma durumu, aktif olarak kendi sağlıklarını yönetmesi, sağlık için sosyal destek, sağlık bilgisinin değerlendirilmesi, aktif olarak sağlık bakımı sunucuları ile meşgul olma, sağlık sistemine hakimiyet, iyi sağlık bilgisi bulma yeteneği ve ne yapılacağını yeterince bilmek için sağlık bilgisini anlama. İlk iki alanda 4, diğer yedi alanda 5 soru olmak üzere toplam 43 sorudan oluşmaktadır. Bu dokuz alan sağlık hizmetlerini ve sağlık bilgisini anlamaya, kullanmaya ve sağlık hizmetlerine ulaşmaya çalışırken insanların yaşadığı deneyimlerin geniş bir yelpazesini içermektedir. Aynı zamanda sağlık ve sosyal hizmet sunumunun kalitesini de yansıtmaktadır (Osborne ve diğerleri, 2013).

**European Health Literacy Survey Questionnaire- HLS-EU-Q. (Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi):** Toplumlarda sağlık okuryazarlığını değerlendirmeye yönelik yenilikçi ve kapsamlı bir araç oluşturulması amacıyla geliştirilmiştir. Sağlık süreçlerinde üç alan (sağlık hizmeti sunumu, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi) ile bilgiyi işleme süreçlerinde dört alan (erişim, anlama, değerlendirme, uygulama) üzerinden sağlık okuryazarlığı düzeyini ele almaktadır ve 47 ifadeden oluşmaktadır. Sağlık okuryazarlığını yetersiz, sınırlı, yeterli ve mükemmel olmak üzere 4 ayrı düzeyde sınıflandırmaktadır (Sørensen ve diğerleri, 2013). Bu anket hakkında ‘‘Yöntem’’ bölümünde ayrıntılı bilgi verilecektir.

Sağlık okuryazarlığını değerlendiren birçok araç olmasına rağmen genel olarak bu araçlara yönelik eleştiriler bulunmaktadır. Bu araçlara yönelik başlıca eleştiriler şunlardır (Pleasant, 2008):

- Sağlık okuryazarlığının teorisini desteklemeye dayanmamaktadır.
- Aşırı derecede boşluk doldurma ile biçimlendirilmiş okuma testlerine bel bağlamaktadır.
- Gerçek kavrayıştan ziyade kelime tanımaya odaklıdır.
- Belirli nüfus gruplarına karşı önyargılıdır ve kültürel duyarlılık eksikliği vardır.
- Sağlığı geliştirmeyi ve iletişim girişimlerini değerlendirmek veya doğrudan bilgi vermek için kullanışlı değildir.
- Hastalar üzerine problematik bir yük getirmekte, onları etiketlemektedir.
- Sözlü iletişim becerilerini değerlendirememektedir.
- Sağlık okuryazarlığını bir halk sağlığı sorunu olarak düşünmemektedir.
- Bazı sorular üzerinde belirsiz ifadeler vardır.
- Çok düşük ve çok yüksek düzeydeki insanlar arasındaki ayrımı yeterince yapamamaktadır.
- Psikometrik analizde titiz değildir.
- Tutarlı bir şekilde kullanılmamaktadır.
- Sağlık okuryazarlığı birçok boyutu içermesine rağmen tek bir boyutuna odaklanmaktadır.

Sağlık okuryazarlığının tespiti için yapılan biçimsel ölçümlerde değerlendirmeye tabi tutulan kişilerin, sağlık okuryazarlığı seviyesinin test edildiğinin farkında olmaları, çıkabilecek olumsuz sonuçlardan dolayı katılımı istekli olmamaları ya da dürüst cevap vermemeleri bu tür araçların sınırlılıklarındandır (Sezgin,2013). Diğer taraftan sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde önemli bir nokta, kullanılan materyallerin bireylerin okuma seviyelerine uygun olmasıdır. ABD’de 300’den fazla sağlıkla ilgili materyalin değerlendirildiği bir araştırmada materyallerin yetişkinlerin okuma seviyesinin üzerinde hazırlandığı belirtilmiştir (IOM, 2004).

Sağlık eğitimcileri çoğu standart hasta eğitimi materyalinin yüksekokul veya kolej düzeyinde hazırlanmasından ve bu materyallerin sıklıkla hastalar için ulaşılmaz görülmesinden dolayı insanların basit ve kolay anlaşılabilir sağlık materyallerini okumayı tercih ettiğini vurgulamaktadır (Parker ve Kreps, 2005). Yine ABD’de yapılan başka bir araştırmada çoğu yetişkinin 8. sınıf, toplumun %20’sinin ise 5. sınıf düzeyinde veya aşağısındaki bir düzeyde olmasına rağmen birçok sağlık materyalinin 10. sınıf düzeyinde yazıldığına dikkat çekilmiş, tüm hastaların açık ve özlü bir dilde yazılmış tıbbi bilgileri okumayı tercih ettiği ifade edilerek optimal anlama ve uyum için hasta eğitim materyallerinin 6. sınıf düzeyinde olması önerilmiştir (Safeer ve Keenan, 2005). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı değerlendirileceği zaman hedef kitle ve kullanılacak aracın avantaj ve dezavantajları göz önünde bulundurularak uygun araç seçimine dikkat etmek gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik geliştirilen araçlara bakıldığında öncelikle genel okuryazarlık bağlamında bireylerin/hastaların/toplumun sağlık bilgisinin ve sağlıklı yaşam hakkındaki davranışlarının belirlenmeye çalışıldığı, yıllar geçtikçe özellikle diyabet, tansiyon gibi kronik hastalıklar ve spesifik amaçlar ile ilgili araçlar geliştirildiği görülmektedir. Bu araçların çeşitliliği, sağlık okuryazarlığı konusunda bir uzlaşma sağlanamadığının ve gelişmeler doğrultusunda (bireylerin, hastaların veya toplumun) sağlık okuryazarlığını daha kapsamlı ve daha iyi değerlendirmek için yeni araçlar geliştirme çabasının bir sonucu olarak da değerlendirilebilir.

Sağlık okuryazarlığı ölçümü için araçlar olarak nitelendirilmesine rağmen yukarıdaki araçların çoğu aslında tarama araçlarıdır. Tarama ve ölçüm arasında temel bir farklılık vardır. Taramanın amacı insanları sağlıklı ve hasta kategorilerine bölmektir. Tarama hasta ile ilgili yanlış olan durumları ortaya çıkarmaz. Klinik bağlamda tarama araçlarının kolay, hızlı ve kısa bir şekilde kullanımı söz konusudur. Ölçüm ise ilgilene konu hakkında derinlemesine yapılan bir girişimdir. Aslında, gerçek bir ölçü güvenilir bir tarama aracı için temel oluşturmalıdır. Ölçümün amaçları; bilgiyi iletme (yani hipotez testleri), yapı ve işlevi keşfetme, açıklamak, girişimlerin etkililiğini kontrol etmek, toplumun karşı karşıya kaldığı önemli problemleri belirtmek ve politika hedeflerinin ayarlanmasına katkı sağlamaktır (IOM, 2009b).

Ölçümlerde mükemmeliyet neyin ölçüleceği ve hedefin ne olduğu konusunda net bir fikre sahip olmakla başlar. Sağlık okuryazarlığını ölçmek için yirmiden fazla araç mevcuttur. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi için kullanılan mevcut araçların çoğu hala bireye yöneliktir. Bu araçların toplulukları içerecek, materyallerin, kurumların ve çevrenin sağlık okuryazarlığını ne derece desteklediğine ilişkin durumu değerlendirebilecek şekilde genişletilmesi gerekmektedir (WHO, 2013). Sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik araçlar sağlık okuryazarlığının Dünya Sağlık Örgütü tarafından genişletilen tanımını yansıtmakta yetersiz kalmakta, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde bireyler ve toplumlar için etkili sağlık okuryazarlığı girişimleri hakkında karar verilmesinde gerekli veri sunamamaktadır (Dodson ve diğerleri, 2015).

Sağlık okuryazarlığının toplumsal araştırmalar üzerinden ölçülmesi ve izlenmesi, politikaların geliştirilmesine ve değerlendirilmesine, hizmetlerin erişilebilir olmasının sağlanmasına ve sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip insanlara yardımcı olunmasına destek olabilir. Uzun dönemli gelişme için sağlık okuryazarlığına yapılacak yatırım, tüm yaş gruplarını kapsayan sağlam ampirik (deneysel) verilere dayanmalıdır. Uygulamaların başarısının değerlendirilmesi için sadece sağlık okuryazarlığının izlenmesi yeterli değildir. Buna ilave olarak tüm yaşam boyunca sağlık okuryazarlığının ne kadar sağlandığı, kullanıldığı ve ne gibi değişimler gösterdiğinin de izlenmesi gereklidir. Tekrarlanan ölçümler, yapılan müdahalelerin etkin olup olmadığının belirlenmesine yardımcı olabilir (WHO, 2013).

### **1.6. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığı çoğu sağlık personeli için yeni bir kavram olmasına rağmen sağlık ve refah üzerindeki yaygın etkisinden dolayı araştırmacıların, politikacıların ve klinisyenlerin dikkatini hızla çekmektedir (Egbert, 2009). Sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili deneyimlerde önemli rol oynamakta, sağlık hizmetleri sunumunu ve sağlık sonuçlarını etkilemektedir (Mancuso, 2008). Sağlık hizmetleri sunumuna vurgunun artması sağlık sisteminin kendisi ile sağlık sistemi üzerindeki farklı talepleri daha da karmaşık hale getirmektedir. Geçmişte tıp kütüphaneleri ve hastane kütüphaneleri belirleyici iken günümüzde hastaların sağlık okuryazarlığı sağlık iletişimini ve sağlık sonuçlarını etkileyen kritik bir faktör olarak kabul edilmektedir (Önal, 2010).

Sağlıkla ilgili bilgileri okumada ve anlamadaki sınırlı yetenek genellikle kötü sağlık sonuçlarına neden olmaktadır. Çoğu klinisyen için okuryazarlığın sağlık statüsünün en güçlü belirleyicilerinden birisi olduğunu öğrenmek şaşırtıcıdır. Sağlık statüsüne yönelik yapılan çalışmalar okuryazarlığın bireylerin sağlık statüsü için gelirden, istihdam durumundan, eğitim seviyesinden, ırk veya etnik grubundan daha güçlü bir belirleyici olduğunu ifade etmektedir (Weiss, 2007:13).

Okuryazarlığın ve sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçları ile bağlantısına yönelik çalışmalarda iki yaklaşım kullanılmaktadır. Birinci ve en yaygın yaklaşım, farklı sonuç değişkenleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı ilişkileri araştırmak için istatistiksel tekniklerin kullanılmasıdır. İkinci yaklaşım ise sağlık bilgisinin nasıl bir fark oluşturduğu ile ilgili kalitatif yöntemlere başvurulmasıdır. Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçları ile ilişkili olup olmadığına yönelik bulgular karışıktır. Bazı sağlık sonuçları sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bulunduğu gibi, bazı sağlık sonuçları sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olmayabilmektedir. (Kwan ve diğerleri, 2006).

Hasta odaklı müdahalelerin değerlendirilmesinde uygun kriter seçimi zordur. Çalışmalarda çeşitli sonuç göstergeleri kullanılmaktadır ve standardizasyon eksikliği sonuçların karşılaştırılmasını engellemektedir. Bu konu ile ilgili sonuçlar hastaların bilgilerini, hastaların deneyimlerini, hastaların güçlendirilmesini ve sağlık bakımına dahil olmasını, sağlık hizmeti kullanımını ve maliyetleri, sağlık davranışı ve sağlık statüsünü içermektedir (Coulter ve Ellins, 2007). Hasta odaklı araştırmalarda kullanılan sağlık sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

Okuryazarlık ve sağlık sonuçları arasındaki bağlantılara yönelik yapılan ilk çalışmalar neredeyse tamamen hastaların okuryazarlık becerileri ile ilgili sağlık sonuçlarına odaklanmıştır. Dolayısıyla bu çalışmalar okuryazarlık becerilerini geliştirmenin ötesinde sağlık sonuçlarını iyileştirmek için bir anlayış sunmamıştır. Bu çalışmalar sağlık sektörü tarafından kontrol edilen faktörleri (sağlık bilgisinin kalitesi ve erişilebilirliği, sağlık profesyonellerinin iletişim becerileri, sağlıklı eylemler için yapısal engeller) keşfetmeyi ihmal etmiştir. Ancak 1990'ların sonlarından bu yana sağlık okuryazarlığı ile ilgilenen araştırmacılar bireylerin okuryazarlık becerileri ile sağlık

sonuçları arasındaki bağlantıları başarılı bir şekilde kanıtlamaktadır (Rudd ve diğerleri, 2013).

**Tablo 5. Hasta Odaklı Araştırmalarda Kullanılan Sağlık Sonuçları**

<p><b>Hastaların Bilgisi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uzun süreli komplikasyonlar ve durum bilgisi</li> <li>• Öz bakım bilgisi</li> <li>• Tedavi seçenekleri ve olası sonuçların bilgisi</li> <li>• Bilginin anlaşılması</li> <li>• Bilgiyi hatırlama</li> </ul>
<p><b>Hastaların Deneyimi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastaların memnuniyeti</li> <li>• Hekim-hasta iletişimi</li> <li>• Yaşam kalitesi</li> <li>• Psikolojik olarak iyi olma</li> <li>• Öz yeterlik</li> <li>• Hastaların güçlendirilmesi ve sağlık bakımına katılımı</li> </ul>
<p><b>Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Maliyetler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastaneye yatış oranları</li> <li>• Acil servise kabul oranları</li> <li>• Hastanede yatış süresi</li> <li>• Doktorlara başvuru sayısı</li> <li>• Maliyet etkililik</li> <li>• Hastalar için maliyetler</li> <li>• İş yerine veya okula gidememe nedeniyle oluşan kayıplar</li> </ul>
<p><b>Sağlık Davranışı ve Sağlık Statüsü</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık ile ilgili yaşam tarzları</li> <li>• Öz bakım faaliyetleri</li> <li>• Tedaviye uyum</li> <li>• Hastalık veya semptomların şiddeti</li> <li>• Fiziksel işlevsellik</li> <li>• Zihinsel işlevsellik</li> <li>• Klinik göstergeler</li> </ul>

Kaynak: Coulter ve Ellins, 2007

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olması ile aşağıdaki sonuçlar arasında bulunan bağlantılar bu kanıtlara örnek olarak gösterilebilir (ACSQHC, 2013):

- Hastaneye yatırılma oranında artış ve daha fazla acil servis kullanımı
- Daha düşük mamografi kullanımı ve daha az grip aşısı yaptırılması



- Tıbbi talimatları uygulamada, etiketleri ve sağlık mesajlarını yorumlamada eksiklik
- Bireylerin kendi sağlıkları ve durumları hakkında daha az bilgili olması
- Genel sağlık statüsünün daha kötü olması
- Ölüm riskinin daha yüksek olması

Sağlık okuryazarlığının nedensel mekanizmaları-sağlık sonuçları ilişkisi sadece hasta düzeyindeki özellikler için değil, aynı zamanda sağlık sistemi üzerinde de etkili olmaktadır (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007). Sağlık okuryazarlığının sonuçları bireysel düzeyde ve sistem düzeyinde olmak üzere 2 ayrı grupta incelenebilir. Bireysel düzeydeki sağlık sonuçları klinik sonuçları (glisemik kontrol, lipid kontrolü, tedaviye uyum, komplikasyonlar gibi), sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ve sağlık bakımından memnuniyeti içerirken; sistem düzeyindeki sonuçlar maliyetleri, kaynak ayırımı (hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları için), yeni program ve müdahalelerin oluşturulmasını kapsamaktadır (Sayah ve Williams, 2012).

Sağlık sisteminin karmaşıklığı göz önüne alındığında sınırlı sağlık okuryazarlığının kötü sağlık ile ilişkili olması şaşırtıcı değildir (U.S. Department of Health and Human Services, 2016). Sınırlı veya düşük sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarını etkilediğine dair çalışmalar bulunmaktadır. 1980-2003 yılları arasında bu konu ile ilgili yayınlanmış 44 makale ile yapılan sistematik bir incelemede, okuryazarlığı düşük olan hastaların bilgi, hastalık belirtileri, morbidite ölçümleri, genel sağlık statüsü ve sağlık kaynaklarının kullanımı da dahil olmak üzere sağlık sonuçlarının daha kötü olma olasılığı diğer hastalara göre 1,5 ila 3 kat daha yüksek bulunmuştur (DeWalt ve diğerleri, 2004).

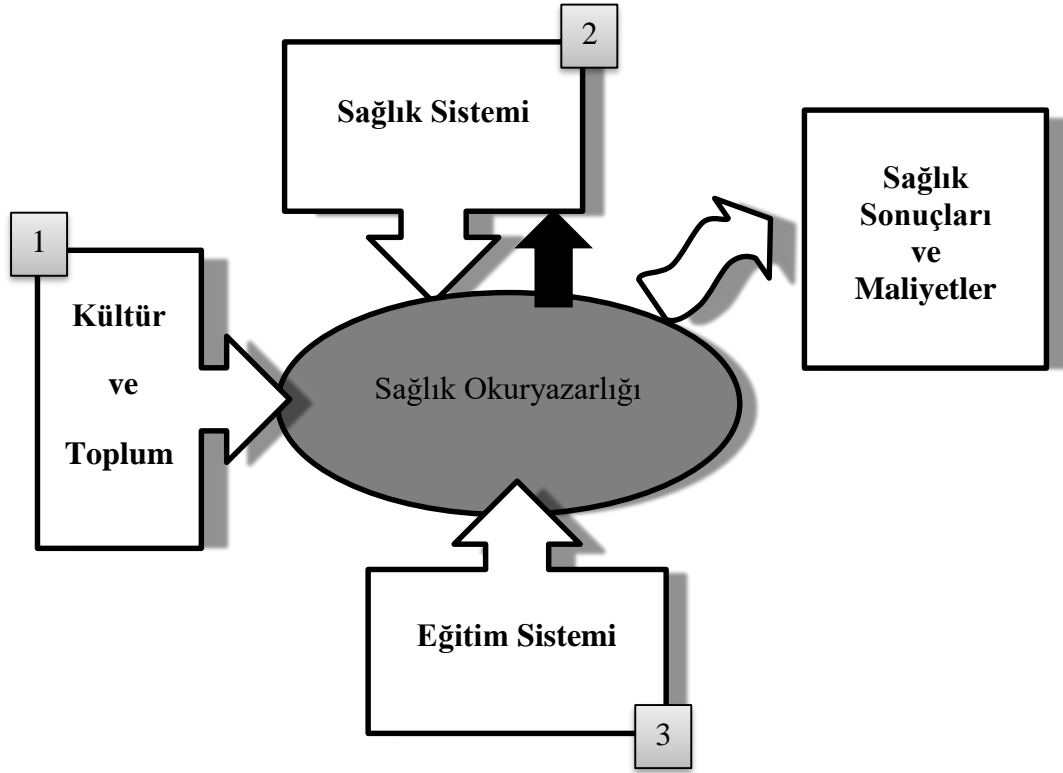
Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarına etkilerine yönelik toplam 25 çalışmanın değerlendirildiği bir araştırmada genel olarak sağlık okuryazarlığının hastaların bilgisi, hastaların deneyimi, sağlık hizmetlerinin kullanımı ile sağlık statüsü ve sağlık davranışı üzerinde pozitif yönde etkisi bulunduğu belirtilmiştir (Coulter ve Ellins, 2007). Diğer bir ifade ile sağlık okuryazarlığı seviyesi yükseldikçe sağlık sonuçları daha iyi olmaktadır.

2003-2010 yılları arasında sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçları arasındaki bağlantıları inceleyen yayınlara yönelik yapılan retrospektif bir araştırmaya göre düşük sağlık okuryazarlığı olan yaşlılarda mortalite riski açık bir şekilde daha yüksektir. Bu bulguyu destekleyen güçlü kanıtlar vardır. Düşük sağlık okuryazarlığı ile tıbbi talimatların uygulanması, sağlık mesajlarının yorumlanması ve yaşlılar arasında genel sağlık durumunun daha kötü olması arasında orta derecede güçlü kanıtlar da bulunmaktadır. Bu çalışmada sağlık okuryazarlığının tedaviye uyum, öz yeterlik, sigara ve alkol kullanımı, reçete bilgilerinin incelenmesi, kronik hastalık prevalansı, astım şiddeti ve kontrolü, diyabet kontrolü ve ilgili belirtiler, hipertansiyon kontrolü, prostat kanseri kontrolü, yaşam kalitesi ile maliyetler gibi diğer sağlık sonuçlarını da etkilediği ifade edilmektedir (Berkman ve diğerleri, 2011).

Düşük sağlık okuryazarlığının iflah olmaz 2 önemli sonucu vardır: Hastaneye yatırılma oranlarının daha yüksek olması ve pahalı acil hizmetlerin daha çok kullanılması (Sur, 2014b). Hastane kullanımı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda, sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olan hastaların hastanelere daha fazla başvurduklarına, hastaneye yatış risklerinin daha yüksek olduğuna ve hastanede kalma sürelerinin uzadığına yönelik sonuçlar bulunmaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan hastaların hastaneleri ve acil servisleri uygun kullanmadıkları yönünde de kanıtlar mevcuttur (Akbulut, 2015).

Yapılan çalışmalardan görüleceği üzere sağlık okuryazarlığının bireyin kendisine ve çevresine olan etkisi yanında sağlık sektörüne, sağlık ve genel ekonomiye de etkileri vardır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmetlerinden çok daha büyük maliyetlere neden olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda insanların hasta olmamaları diğer çevresel faktörler yanında, sağlık konusunda kendi bilgi ve hassasiyetleri ile doğrudan ilgilidir. Bu iki realite birlikte düşünüldüğünde; sağlık okuryazarlığı düzeyinin başta hastane maliyetleri olmak üzere genel sağlık harcamalarını artırıcı bir etken ve bütçeden sağlığa ayrılan payın giderek artmasının önemli bir nedeni olduğu sonucuna varılabilir. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerden oluşan toplumlarda bulaşıcı hastalıklar da daha sık görülmektedir. Sonuç olarak; sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının birey, aile ve toplum sağlığına

büyük çapta olumsuz etkileri olduğu görülmektedir. Bu durumda yapılması gereken sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması için ne yapılması gerektiğinin belirlenmesi ve uygulamaya geçilmesidir (Örnek, 2014).



**Şekil 3.** Sağlık Okuryazarlığına Potansiyel Müdahale Alanları (IOM, 2004).

Sağlık okuryazarlığı çeşitlilikten güç alır. Sağlık okuryazarlığı girişimleri, insanların ve toplulukların sağlığa nasıl yaklaştığına ilişkin çeşitliliği anlayan yaklaşımlarla düzenlendiği zaman en iyi sonuçları verir. Sağlık okuryazarlığına ilişkin tüm mesajların ve önerilerin geliştirilmesinde ailenin, sosyal ortamın, kültürün ve eğitimin rollerinin dikkate alınması gerekmektedir (WHO, 2013). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Tıp Enstitüsü'ne (Institute of Medicine) göre sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde kültür ve toplum, sağlık sistemi ve eğitim sistemi olmak üzere üç müdahale alanı bulunmaktadır (Şekil 3). Bu üç bileşen etrafında gerçekleştirilen çalışmalar sağlık sonuçlarının iyileşmesini ve maliyetlerin azalmasını sağlayabilecektir. Sağlık okuryazarlığında gelişmeler olmaksızın, bilimsel ilerlemeler ile sağlık sonuçlarını iyileştirmek mümkün olmayabilir (IOM, 2004). Temmuz 2009'da Cenova'da biraraya

gelen Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyin Bakanlar Deklarasyonunda da sağlık okuryazarlığının; birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve ulusal sağlık düzeyinin iyileştirilmesinde, sağlık hizmetlerinin etkili kullanımında, hastalıkların önlenmesinde dolayısıyla sağlık sonuçlarının geliştirilmesinde ve sosyal gelişimin sağlanmasında önemli bir faktör olduğu ifade edilmiştir (United Nations Economic and Social Council, 2009).

Modern toplumda okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı sağlık ve esenlik için temel bileşenlerdir. Toplumlar daha karmaşık hale gelirken, insanlar gittikçe artan bir şekilde sağlık ile ilgili doğru ve yanlış bilgilerle bombardımana tutulurken ve karmaşık sağlık sistemleriyle karşı karşıya kalırken sağlık okuryazarlığına sahip olmak gittikçe güç bir hale gelmektedir. Daha da önemlisi kötü bir sağlık okuryazarlığı seviyesinin insan sağlığına olumsuz etkileri artık bilinmektedir. Sağlık okuryazarlığının yaş, gelir, istihdam durumu, eğitim seviyesi, ırk veya etnik grup ile birlikte sağlık ile ilgili en güçlü göstergelerden birisi olduğu ortaya konulmuştur. Ancak okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığının sağlık alanındaki sonuçları etkileyen hayati belirleyiciler olduğu anlaşılmış olsa da halk sağlığı uygulama ve araştırmalarında ihmal edilen konular olarak kalmaya devam etmektedir (WHO, 2013).

### **1.7. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı**

Giderek artan kanıtlar sağlık okuryazarlığının sağlığın en güçlü sosyal belirleyicilerinden biri olduğunu göstermeye devam etmektedir. Sağlık okuryazarlığı göreceli olarak yeni ve hızla gelişen bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığı çabalarını daha iyi anlamaya yönelik çalışmalar dünya çapında devam etmektedir. Ancak sağlık okuryazarlığı ile ilgilenen araştırmacılar, akademisyenler ve diğer uygulayıcılar için uluslararası bir örgüt yoktur. Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için bireylere ve örgütlere yönelik aktif olarak çalışan veritabanları bulunmamaktadır. Sağlık okuryazarlığının tanımı veya değerlendirilmesi üzerinde bir uzlaşma sağlanamadığı görülmektedir. Her gün sağlık okuryazarlığını ele alan yeni çabalar da ortaya çıkmaktadır. Bu faktörler tüm sağlık okuryazarlığı çabalarının kapsamlı bir şekilde birleştirilmesini imkansız hale getirmektedir (Pleasant, 2013).

Dünyanın farklı ülkelerinde toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu yönünde tartışmalar sürmektedir. Buna karşın birçok ülkede son otuz yılda uygulanan sağlık politikaları; sağlık hizmetleri sunumunu, hizmet kullanıcılarına odaklanacak biçimde değiştirmiştir. Sağlık hizmeti kullanıcılarının kamu ve özel hastaneler ile sağlık hizmeti sunan diğer kurumlar hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olduğu varsayılmaktadır. Bu nedenle hastaların, sağlık hizmeti almak için kurumlar arasında bilgilendirilmiş seçimler yaptıkları kabul edilmektedir. Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Büyük Britanya, Hollanda, İsveç ve Norveç gibi birçok ülkede hasta tercihi önemli bir tema haline gelmiştir. Türkiye’de de hastaların hekim ve hastane seçme, aile hekimine gitmeden hastaneye gitme hakları bulunmaktadır. Ancak bu seçimlerin ne kadar doğru ve yerinde olduğu toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yakından ilgilidir (Akbulut, 2015).

Farklı ülkelerde sağlık okuryazarlığına yönelik farklı çalışmalar yapılsa da aslında genel anlamda aynı konular üzerine çalışılmaktadır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı ile ilgili problemlerin üzerine gitmek için bir işbirliği fırsatı bulunmaktadır. En önemli konulardan birisi sağlık sisteminde düşük sağlık okuryazarlığının yükünü azaltmaktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Avrupa Birliği (EU), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), Dünya Ekonomik Forumu (WEF), Birleşmiş Milletler İnovasyon Çalışma Grubu (UNIWG) gibi uluslararası oluşumların bu konuda çalışmaları bulunmaktadır (IOM, 2013).

Pubmed’de sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalara yönelik yapılan bir çalışmada yıllar geçtikçe daha fazla araştırmanın yapıldığı belirtilmiştir. 1986-1990 arasında 129, 1991-1995 arasında 306, 1996-2000 arasında 307, 2001-2005 arasında 602, 2006 ila 2010’un Haziran ayına kadar ise 1576 araştırmanın yapıldığı; bu araştırmaların da halk sağlığı, epidemiyoloji, sağlık hizmetleri ve girişimsel araştırma faaliyetleri gibi geniş bir yelpazede yer alan araştırmacılarca gerçekleştirildiği ifade edilmiştir (Paasche-Orlow ve diğerleri, 2010).

Sağlık okuryazarlığına yönelik 1991-2005 arasındaki yayınlar üzerinde yapılan bibliyometrik bir analizde Avrupa Birliği’ne üye 25 ülke (Almanya, Avusturya, Belçika,

Birleşik Krallık, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Malta, Kıbrıs, Polonya, Portekiz, Slovakya, Slovenya, Yunanistan) ile Avrupa Birliği'ne aday 4 ülke (Bulgaristan, Hırvatistan, Romanya, Türkiye) olmak üzere toplam 29 ülkedeki yayınların toplamının (13,710), Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yayınların (49,523) üçte birinden daha az olduğu belirtilmiştir. Avrupa'da sağlık okuryazarlığı ile ilgili en fazla yayının Hollanda (2024 çalışma), İsveç (2020 çalışma), Almanya (1456 çalışma) gibi ülkelerde yapıldığı belirtilen bu analizde, Türkiye'nin 428 çalışma ile 31 ülke içerisinde 14. sırada yer aldığı görülmektedir (Kondilis ve diğerleri, 2008).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili 2011'de yayınlanan çalışmaların ilk yazarlarının ulusları dikkate alınarak yapılan başka bir araştırmada ise Amerika Birleşik Devletleri vatandaşı olan yazarlar ilk sırada (360 kez) yer almaktadır. Bu çalışmada ABD vatandaşı olan yazarları Avustralya (48 kez), Birleşik Krallık (37 kez), Kanada (25 kez) Hollanda (14 kez) ve Almanya (12 kez) vatandaşları izlemektedir (IOM, 2013).

Yukarıdaki çalışmalardan sağlık okuryazarlığı ile ilgili en fazla araştırmanın Amerika Birleşik Devletleri'nde yapıldığı görülmektedir. Bu nedenle bu tez çalışmasında dünyada sağlık okuryazarlığı ele alınırken öncelikle Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalara, ardından diğer ülkelerde yapılan sağlık okuryazarlığı çalışmalarına yer verilmiştir. Türkiye'deki sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar ise daha detaylı incelenmek üzere en sona bırakılmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yeni yüzyılın ilk on yılı için ulusal düzeyde sağlık hedeflerinin gerçekleştirilmesi kapsamında (Healthy People 2010) sağlık okuryazarlığına yönelik ilk hedefler belirlenmiş (Kickbusch, 2001), sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi için öncelikli olarak belirlenen 20 alandan birisi olmuştur (IOM, 2003). Amerikan Tıp Enstitüsünün 2004'te yayınladığı ve büyük yankı uyandıran raporunda Amerika yetişkin nüfusunun neredeyse yarısının sağlık bilgisine erişiminde ve ona uygun davranmasında zorluklar yaşayabileceği belirtilmiş, sağlık okuryazarlığının bireylerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesinde önemli olduğu vurgulanmıştır. (IOM, 2004). Aynı yıl ABD'de yapılan başka bir araştırmada

sınırlı okuryazarlığın sağlık sonuçlarına geniş ölçüde etki ettiğine (koruyucu hizmetlerin az kullanılması ve hastaneye yatma oranlarının yüksek olması gibi) dikkat çekilmiştir (Berkman ve diğerleri, 2004). Bu duruma çözüm üretmek amacıyla herkesin sağlık bilgisine sahip olma hakkı, sağlık hizmetlerinin kaliteli bir yaşam için faydalı ve anlaşılabilir olması ilkelerinden hareketle Mayıs 2010'da 7 maddeden oluşan ulusal bir eylem planı belirlenmiştir (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) desteğiyle ABD'de 2003 yılından 2010 yılına kadar sağlık okuryazarlığına yönelik yayınları inceleyen Berkman ve arkadaşları, ilerlemeler kaydedildiğini belirterek sağlık okuryazarlığı alanında yapılacak çalışmalar için özellikle sözel sağlık okuryazarlığı ile ilgili becerileri ölçen değerlendirme araçlarının geliştirilmesini ve sağlık okuryazarlığının etkilerinin incelenmesini önermişlerdir. Bu çalışmada maliyet etkililik programlarının ve politika etkilerinin belirlenmesine de değinilmiştir (Berkman ve diğerleri, 2011). ABD'de federal hükümet aktif olarak sağlık okuryazarlığı ile ilgilenmektedir ancak etkinliklerin çoğu özel sektör kuruluşları tarafından yürütülmektedir. Devlet tabanlı faaliyetler de bulunmaktadır. Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezinin (Centers for Disease Control and Prevention) sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaları devlet tabanlı faaliyetlere örnek olarak gösterilebilir (IOM, 2013).

Sağlık okuryazarlığı faaliyetlerinin örnekleri dünyanın pek çok yerinde görülebilir. Örneğin Filipinler'de bebek beslenmesi ve emzirilmesine yönelik ulusal bir plan vardır. Bu plan sadece bebek emzirilme oranının artışı ile değil, aynı zamanda bebek ölüm oranının azaltılmasıyla da sonuçlanmıştır. Orta Amerika'daki 8 ülkede pestisit kullanılmadan temizliğe odaklanan çevreci bir kampanya ile sıtmayla mücadeleye karşı yürütülmüştür. Su depolama kapları, caddeler, ormanlık alanlar ve bataklıklar hakkında insanlar bilgilendirilmiş, 2 yıl sonra vektör yoğunluğunda ve sıtma görülme sıklığında %63 oranında bir azalma kaydedilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) ortakları ile Birleşmiş Milletler'in (UN) kuruluşları sağlık okuryazarlığını teşvik etmek için çalışmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü bölgesel ofisleri sağlık okuryazarlığı, mobil sağlık,

e-sağlık çabaları oluşturma konuları ile yakından ilgilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi hastaların güçlendirilmesine odaklı çeşitli programlar yürütmektedir. İlk program bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve yönetimi, ikinci program ruh sağlığı, üçüncü program ise kan transfüzyonu ve hastane enfeksiyonları teması etrafında güvenlik ve hasta hakları üzerine odaklanmıştır. Ekim 2008'de gerçekleştirilen Avrupa Birliği üst düzey farmasötik forumunda sağlık okuryazarlığının önemli bir politika konusu olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (IOM, 2013). Avrupa Birliği politikalarının tasarlayıcısı ve koordinatörü (yürütme organı) olan Avrupa Toplulukları Komisyonu'nun 2008-2013 Sağlık Stratejisinde de vatandaşların güçlendirilmesi ile bağlantılı olarak sağlık okuryazarlığından öncelikli bir eylem alanı olarak bahsedilmiştir (Commission of the European Communities, 2007).

Avustralya'da yetişkin nüfusun yaklaşık %60'ının sağlık okuryazarlığının düşük olduğu tahmin edilmektedir. 2006'dan beri Sağlık Bakımında Kalite ve Güvenlik Komisyonu sağlık bakımında kalite ve güvenliği desteklemeye ve farkındalığı artırmaya yönelik çalışmalar yapmakta, sağlık okuryazarlığını da sistematik bir şekilde değerlendirmek için ulusal projeler yürütmektedir. Sağlık okuryazarlığına hitap eden birçok çalışma (bu çalışmaların çoğunluğu farklı etnik gruplar, sakatlığı veya kronik hastalığı bulunanlar gibi spesifik gruplara yöneliktir) yapılmaktadır fakat bu çalışmalar birbirleri ile bağlantılı değildir, paylaşarak öğrenme fırsatları sınırlıdır. Sağlık okuryazarlığının eşgüdümsel olarak değerlendirilebilmesi için sağlık okuryazarlığının yüksek düzey sistemlerin, kurumsal politikaların ve uygulamaların içerisine dahil edilmesi, sağlık bilgisinin doğru bir şekilde edinilmesi ve kullanılması, kişilerarası iletişimin etkili olması, tüketiciler ve sağlık hizmeti sunucuları için eğitimin (halk sağlığı programları, sağlığı geliştirme ve eğitim stratejileri gibi) içerisine entegre edilmesi gerekmektedir (ACSQHC, 2014).

Kanada'da sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar sağlığı geliştirme çabası içinde ele alınmaktadır ve tıbbi sistem içerisine dahil edilememiştir. Yeni bir alan olarak görülen sağlık okuryazarlığına ilişkin Kanada'da çok sayıda program, girişim, faaliyet vardır fakat özel sektörün katkısı sınırlıdır. Şili'de spesifik sağlık okuryazarlığı politikaları bulunmasa da birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu düzenleyen politikaların dolaylı



yönden sağlık okuryazarlığına katkı sağladığı söylenebilir. Sağlık okuryazarlığına dikkat çekmek için Çin’de 2008-2010 yılları için ulusal sağlık okuryazarlığı planı hazırlanmış, çok sektörlü bir yaklaşım ve halkın farkındalığını yükseltme anlayışı benimsenmiştir. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan araçlar henüz Finceye çevrilmemiştir ancak Finlandiya’da farklı yaş gruplarında ve farklı durumlarda sağlık okuryazarlığını aydınlatmaya yönelik çalışmalar devam etmektedir (IOM, 2013).

Hindistan’da açık bir şekilde sağlık okuryazarlığına odaklanan bir devlet politikası yoktur fakat tütün kullanımı, sağlık eşitliği, bulaşıcı olmayan hastalıklar gibi sağlık konuları ile ilgili resmi raporlar sağlık okuryazarlığının önemine işaret etmektedir. Japonya’da Eğitim, Bilim ve Teknoloji Bakanlığı tarafından hazırlanan bir web sitesi Japon yetişkinlere sağlık okuryazarlığına ilişkin bilgi sunmaktadır. Yeni Zelanda’da sağlık okuryazarlığını en azından bazı düzeylerde destekleyen bir devlet politikası vardır. Bangladeş, Brezilya, Liberya, Pakistan, Peru gibi ülkelerde ağırlıklı olarak sivil toplum kuruluşlarının sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmaları olduğu görülmektedir (IOM, 2013). Diğer taraftan Avustralya (Jordan ve diğerleri, 2013), Çin (Leung ve diğerleri, 2013), Japonya (Nakagami ve diğerleri, 2014), Kanada (Wu ve diğerleri, 2010), Kore (Lee ve diğerleri, 2009) ve Tayvan (Pan ve diğerleri, 2010) gibi ülkeler kendi ülke dinamikleri ve toplum yapısına göre sağlık okuryazarlığını değerlendiren araçlar geliştirmişlerdir.

Türkiye’de ise sağlık okuryazarlığı literatürü son on yılda hızla gelişme göstermiştir. 2000’li yıllarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili 7 makalede genel okuryazarlık ve sağlık sorunları üzerinde durulmuştur. 2010’lu yıllarda, sağlık okuryazarlığına ilgi artmış, sağlık okuryazarlığının etkililiği ile sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisine ve sağlık sonuçlarına etkisine odaklanılmıştır. Bu yıllarda yapılan çalışmalar kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, sigara içme, hipertansiyon, ilaç kullanımı için iki veya daha fazla risk faktörü olan kişilere odaklanmıştır. 2000’li yıllarda sağlık okuryazarlığına yönelik on birin üzerinde kitap ve broşür yayınlanmıştır. Bu kitaplar ve broşürlerin başlıca odak noktası hasta medikal formları ve hasta eğitim materyalleri olmuştur. 2010’larda yayımlanan makale sayısındaki artış devam etmektedir. 2010’lu yıllarda yayımlanan

makalelerin sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine ve çeşitli sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki hastaların hastalık bilgisindeki farklılıklara odaklandığı görülmektedir (nal, 2014). Aşağıda Türkiye’de sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmalardan bazıları hakkında bilgi verilmiştir.

Küresel ölçekte önemli ilaç firmalarından birisi olan Pfizer 2005 yılında 17-25 yaş grubundaki gençlerin temel sağlık konularındaki farkındalıklarını ve bilgilerini akran eğitimi yolu ile artırmayı amaçlayan gençlere sağlık okuryazarlığı projesini hayata geçirerek Türkiye’de sağlık okuryazarlığına yönelik ilk toplumsal projeye öncülük etmiştir. Yaşam boyu sağlık, hijyen ve zbakım, bağımlılık, sağlık başvurusu, ilaç kullanımı, sağlık hakları, organlar ve işlevleri gibi eğitim modüllerinin kullanıldığı bu proje ile 2005’ten 2011 yılı sonuna kadar 36 ilde 111 akran eğitimi ve 6 eğitmen eğitimi ile 2300 gence doğrudan, çarpan etkisiyle 23 bin kişiye dolaylı olarak ulaşıldığı ifade edilmiştir (Pfizer, 2016). Haziran 2009’da toplum tabanlı epidemiyolojik bir saha çalışması ile Türk toplumunda sağlık okuryazarlığı oranlarının belirlenmesine yönelik bir proje tasarlanmıştır (Akalin, 2009). Aynı yılda Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık okuryazarlığına yönelik başka bir proje daha (Sağlık Okuryazarlığını zendirme Projesi) gerçekleştirilmek istenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Yetişkinlerin sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik olarak Uludağ niversitesi’nde yapılan ve REALM ile NVS araçlarının kullanıldığı bir araştırmada REALM testine göre yetişkinlerin %59’unun, NVS testine göre %28’inin sağlık okuryazarlığının yeterli olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadaki bireylerin tıbbi kelime tanıma ve telaffuz kapasitesinin sayısal ve akıl yürütme becerilerinden daha iyi olduğu belirtilmiştir (zdemir ve diğerleri, 2010). Aynı bireylere uygulanan bu testlerin farklı sonuçlar doğurması sağlık okuryazarlığını değerlendiren araçlar arasındaki farklılığı da ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık okuryazarlığına yönelik lisansüstü araştırmalar incelendiğinde Mart 2018 itibarıyla Türkiye’de 18 yüksek lisans tezi, 9 tıpta uzmanlık tezi ve 7 doktora tezi olmak üzere toplam 34 araştırma gerçekleştirilmiştir. Genellikle aile hekimliği, halk sağlığı, sağlık yönetimi, hemşirelik, eğitim ve ğretim anabilim dallarına bağlı olarak

gerçekleştirilen bu araştırmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve bu düzeyi etkileyen faktörlerin belirlenmesi, kronik hastalıkları olan bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin geliştirilmesi veya Türkçeye uyarlanması gibi konulara yer verildiği görülmektedir (Yüksek Öğretim Kurulu, 2018a). Bu alandaki ilk lisansüstü araştırmanın 2011 yılında tamamlandığı dikkate alınır sağlık okuryazarlığının Türkiye’de yeni ancak araştırmacıların ilgisini çeken bir alan olduğu söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerin Türkiye’de geçerli olup olmadığının değerlendirilmesine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Eyüboğlu ve Schulz (2016) tarafından Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testinin kısa versiyonunun (S-TOFHLLA) Türkçeye uyarlanması ve geçerli bulunması bu çalışmalara örnek olarak verilebilir. Türk araştırmacılar tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığını değerlendirme araçları da bulunmaktadır. Sezer ve Kadioğlu’nun (2014) geliştirdiği ‘‘Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’’ ile Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğu tarafından geliştirilen ‘‘Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32’’ (TSOY-32) bu araçlardandır. Diğer taraftan sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesine yönelik faaliyetler, Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğu bünyesindeki Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı’nın görev ve sorumlulukları içerisinde (Sağlık Bakanlığı, 2016a).

Türkiye’de başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere çeşitli kurumların ve sivil toplum örgütlerinin sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmaları bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın 2013-2017 yıllarını kapsayan stratejik planında belirlemiş olduğu dört stratejik amaçtan ilki ‘‘sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmektir’’. Bu amaçla ilgili olarak belirlenen hedeflerden birisi ‘‘bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmektir’’. Bu hedefe yönelik iki strateji sağlık okuryazarlığı ile ilgilidir: Halk arasında sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmek, izlemek ve artırmak ile toplumda sağlık okuryazarlığını artırmak için iletişim faaliyetlerini güçlendirmek. Bu stratejik planda 2017’de toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin %50’nin üzerine çıkarılması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmalar incelendiğinde sağlık eğitiminin kanunlarla sağlık personeline verilmiş bir görev olduğu görülmektedir. 224 sayılı ‘‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’’ çerçevesinde, sekiz temel sağlık hizmetinden biri olan sağlık eğitimi sağlık personelinin görevi olarak tanımlanmış, ‘‘Sağlık Eğitimi Yönetmeliği’’ çıkarılarak hem sağlık personelinin hem de toplumun sağlık eğitimi uygulamaları tanımlanmıştır. Ayrıca bu görev, sağlık ocağı personelinin aylık çalışma bildirimlerinde halkın eğitimi ve sağlık personelinin eğitimi başlıkları altında izleme alınmıştır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı, sağlık insangücü yetiştiren okulların ders programlarında ‘‘kişilerarası ilişkiler’’ ve ‘‘sağlık eğitimi’’ gibi isimlerle yer almıştır. Ancak bu alan dünyada çok hızlı gelişmesine karşın, ülkemizde sağlık okuryazarlığına yönelik yöntemlerin geliştirilmesinde ve yaygınlaştırılmasında gerekli çalışmalar yetersiz kalmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak yapılan bir durum analizinde aşağıdaki sorunlar tespit edilmiştir (THSK, 2014):

### **1. Sağlık hizmet sunucuları açısından sağlık okuryazarlığı**

- 1.1. Sağlık okuryazarlığının sağlık problemlerini önlemede, hizmetleri etkin ve etkili kullanmada temel araç olduğunun bilinmemesi
- 1.2. Sağlık terminolojisinin herkes tarafından anlaşılabilmesi
- 1.3. Sağlık hizmeti sunucularının mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim programlarının süre ve içerik açısından yeterli olmaması
- 1.4. Sağlık okuryazarlığı konularının eğitim programında önceliğinin olmaması
- 1.5. Davranış değişiminin eğitim sürecinde sağlanamaması
- 1.6. Nitelik ve nicelik olarak eğitmenlerin yeterli olmaması
- 1.7. Sağlığı etkileyen sosyal belirleyicilerin ve insanın psikososyal gelişiminin tam olarak kavranamaması
- 1.8. Empati kurma ve dinleme becerisinin yetersizliği
- 1.9. Sağlık okuryazarlığı hizmetinin performans kriterlerinde bulunmaması

### **2. Sağlık sistemi açısından sağlık okuryazarlığı**

- 2.1. Sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi ile ilgili eylem planlarının olmaması
- 2.2. Sağlık sisteminin doğru, kanıta dayalı, güvenilir ve uygulanabilir sağlık bilgisini geliştirme ve yayma kapasitesinin yetersizliği

2.3. Sağlık sisteminin sağlık okuryazarlığını geliştirmek için araştırma-geliştirme çalışmalarına yeterli kaynağı ayırmaması

### **3. Sağlık hizmeti alanlar açısından sağlık okuryazarlığı**

3.1. Doğru ve güvenilir sağlık bilgisine erişememe ve bilgi kirliliğinden korunamama

3.2. Hasta haklarının tam olarak bilinmemesi

3.3. Toplumun sağlık problemlerinin nasıl önleneceğine yönelik bilgi ve becerisinin yetersiz olması

3.4. Sağlıkla ilgili kararlarda aktif olarak rol alamama

3.5. Sağlık hizmetini alırken ve sorgularken tedirginlik yaşanması sonucunda uygun hizmete ulaşamama

### **4. Araştırma - Geliştirme**

4.1. Ulusal sağlık okuryazarlığı ölçme araçlarının ve yöntemlerinin yeterli olmaması

4.2. Politika belirleyicilerin, uygulayıcıların ve akademisyenlerin bilinç düzeyinin yetersiz olması nedeniyle alana özgü araştırmaların gerçekleştirilememesi

4.3. Sağlık okuryazarlığı seviye tespitinin yapılamaması

### **5. İzleme/Değerlendirme/Denetim**

5.1. İzleme ve değerlendirme araçlarının olmaması

5.2. Davranış değerlendirme sürveyans sistemlerinin olmaması

5.3. Sağlık okuryazarlığına yönelik yürütülen müdahale araştırmalarında etkililik oranlarının hesaplanmasında yaşanan güçlükler

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı dışındaki kurumların sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalarına, sağlık okuryazarlığı hakkında farkındalık oluşturmak amacıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın aile eğitim programı çerçevesinde yayınladığı kitap (Çetin, 2012) ile Türkiye'nin bağımlılıkla mücadele eğitim programı kapsamında Yeşilay'ın (2016) yayınladığı bir kitapta sağlık okuryazarlığına değinmesi örnek olarak gösterilebilir. Ankara Üniversitesi (2015) de sağlık okuryazarlığına yönelik dokuz makalenin bileşiminden oluşan bir kitap yayınlamıştır. Ayrıca Ankara Üniversitesi (2016) Uzaktan Eğitim Merkezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile birlikte "Sağlık Okuryazarlığı e-Öğrenim Sertifika Programını" yürütmektedir.

Bu çalışmaların yanısıra sağlık okuryazarlığına yönelik bir başka çalışma olan “GAP Bölgesi’nde Halk Sağlığı Okuryazarlığı” projesi 2014 yatırım programında desteklenmiş ve Ocak 2014 tarihinde başlamış olup devam etmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2016). Diğer taraftan Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) için sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ile ilgili Özel İhtisas Komisyonu raporlarından birinde, bireylerin koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini kullanma ve dolayısıyla sağlıklı olma yönündeki davranışlarının önünde duran en önemli sorun sağlığı geliştirme, sağlık okuryazarlığı alanı olarak değerlendirilmiştir. Bu sorunun nedenleri şu şekilde belirtilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014):

- Sağlık okuryazarlığı düzeyinin bilinmemesi
- Güncel ve güvenilir sağlık bilgi kaynaklarının yetersizliği
- Hasta bilgilendirme formlarının içerik ve uygulanmasındaki yetersizlik
- Sağlıkta medya yönetiminin uygun yapılmaması
- Öncelikli gruplar ve özel hastalıklara yönelik bilgilendirici doküman yetersizliği
- Toplumun sağlık sisteminde paydaş rolünün güçlendirilmemiş olması
- Toplumun fiziksel aktivitelerde bulunabileceği ve hareketli bir yaşam tarzı oluşturmasını destekleyici kentleşmenin olmaması

Sağlık okuryazarlığına ilişkin olarak Özel İhtisas Komisyonu raporunda yer alan bu bilgilere ve bu bilgilere yönelik önerilere/stratejilere ne Onuncu Kalkınma Planında, ne de Onuncu Kalkınma Planının eylem programları niteliğinde olan Öncelikli Dönüşüm Programlarında yer verilmiştir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı olgusunun Türkiye açısından henüz yüksek politika düzeyinde bir yer işgal etmediği söylenebilir (Yıldırım, 2015).

Sağlık okuryazarlığı doğru bilginin kullanılmasıyla kendi sağlıklarını kontrol etmesinde kişileri güçlendiren, bireysel ve sosyal faydalar sağlayan, böylelikle toplum davranışına ve sosyal sermaye oluşumuna imkan tanıyan bir araçtır. Ancak dünya genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktür. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık okuryazarlığının düzeyi bilinmemektedir. İletişim ve eğitim alanları ile ilgili olarak halk ve sağlık

profesyonelleri arasında hala eksiklikler vardır. Türkiye’de bu eksikliklere karşı sağlık eğitimi, kamu farkındalık programları adı altında çeşitli çalışmalar yapılsa da sağlık okuryazarlığı yeni bir alan olarak tanınmaktadır (IOM, 2013). Sağlık okuryazarlığı alanında yapılan lisansüstü çalışmaların 2011-2018 yılları arasında gerçekleştirilmesi bu dűőnceyi desteklemektedir.

## 2. İLETİŞİM, SAĞLIK İLETİŞİMİ, HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ

### 2.1. İLETİŞİM

İnsan biyolojik ve toplumsal bir varlıktır. Biyolojik yanı fiziksel varoluşuyla ve bu varoluşun sürdürülmesiyle ilgili iken, toplumsal yanı hem fiziksel varoluşunu hem de toplumda kendisinin ve ötekilerin örgütlü varoluşunu sürdürmesiyle ilgilidir. İnsanın toplumsal yanı mikro seviyede insan psikolojisinden, makro seviyede ise toplumsal üretim, dağıtım ve tüketime kadar çeşitlenir. Dolayısıyla iletişim, *“insanın biyolojik, psikolojik ve toplumsal varlığını üretebilmesinin ve geliştirebilmesinin zorunlu koşulu olan düşünsel ve ilişkisel faaliyetler bütünü”* olarak ifade edilebilir. İletişim olmaksızın insan ne düşünebilir, ne karar verebilir, ne de herhangi bir etkinlikte bulunabilir (Erdoğan, 2011).

Batı dillerinde “communication” olarak anılan iletişim Latince “communis” kelimesinden türetilmiştir. İletişim denildiğinde toplum içinde ortaya çıkan karşılıklı ilişki yani duyguların, düşüncelerin, bilgilerin ve becerilerin paylaşılmasının anlaşılması gerekir. Ancak iletişim toplum içinde tek bir alanda ortaya çıkmaz. İletişim kavramı birçok farklı alanda farklı anlamlarda kullanılabilir. Bu nedenle iletişim kavramının pek çok tanımı yapılabilir. Bu tanımlardan bazıları şunlardır (Kılıç, 2012):

- *“Bir düşüncenin konuşma yoluyla karşılıklı değiş tokuşu”*
- *“Organizma düzeyinde bile olsa ortak davranışa olanak veren etkileşim”*
- *“Duyguların, düşüncelerin, bilgilerin ve becerilerin aktarılması süreci”*
- *“Kaynağın karşı tarafı etkilemeyi amaçlayan davranışı”*
- *“Yaşayan bir evrenin parçalarının ilintilenmesi, bağlantılarının kurulması süreci”*.

Tanımı ne şekilde yapılmış, nitelikleri ne türde ortaya konulmuş olursa olsun iletişim iki sistem arasındaki bilgi alışverişi olarak ifade edilebilir. Bu süreçte bilgi alışverişi tek yönlü gerçekleşiyorsa “enformasyon” (bilgilendirme), çift yönlü gerçekleşiyorsa “komünikasyon” (iletişim) olarak adlandırılır. Temelde tek yönlü iletişim olarak



bildiğimiz enformasyonlar, bazen komünikasyonlara (iletişime) dönüşebilir, bazen de iletişime dönüşmez, formasyon olarak kalır (Güven, 2013).

İnsanoğlu var olduğundan beri, duygu ve düşüncelerini başka kişilere iletme için çok çeşitli iletişim yolları bulmuştur. Ateş, duman, ışık, davul ile ısıklı görsel ve duyuşal iletişim araçları olarak kullanmışlardır. İlk insanların mağara duvarlarına çizdikleri basit figürlerin günümüze kadar ulaşan ilk iletişim simgeleri olduğu söylenebilir (Tezcan, 2015).

İletişimin tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. İletişimin tarihinden bahsederken ilkçağdaki mağara resimlerinden başlayıp Mısır papirüslerini ve Asur posta sistemini anmak gerekir. İnsanın oluşturduğu örgütlü her toplumun temel öğelerinden biri iletişimdir. Bu anlamda iletişim kavramının teknolojinin gelişmesiyle birlikte 19. yüzyıldan itibaren günümüzde üzerinde konuştuğumuz şekline dönüştüğü söylenebilir (Kılıç, 2012).

İletişim birçok disiplinin (felsefe, tarih, dilbilim, toplumbilim, psikoloji, biyoloji, siberetik, siyasal bilimler) kavşığında yer almaktadır. Toplum bilimlerinin bu özel alanı, bilimsel meşruluk sorunuyla sürekli ilgilenmiştir. Bu da iletişimi pozitif bilimlerden esinlenerek, genellikle şemaları benimsemeye, bilimsellik modelleri aramaya yöneltmiştir. Bununla birlikte iletişim bilimlerinin üçlü bir gereksinimden doğduğu ileri sürebilir: Epistemolojik bir gereksinim, tarihsel, toplumsal hatta politik bir gereksinim ve teknik bir gereksinim. Öte yandan iletişim biliminin 1940-1950 yılları arasında doğduğu, kaynağını siberetikte (canlı ve cansız tüm karmaşık sistemlerin denetlenmesi ve yönetilmesini inceleyen bilim dalı) aramak gerektiği, 1950'den başlayarak medya, telekomünikasyon ve bilişim olmak üzere üç alanı kapsadığı söylenebilir (Bourse ve Yücel, 2012).

İletişim konusu pek çok bilimsel disiplinin kendi perspektifinden ele alıp araştırmalar yaptığı bir alandır. Antropologlar kültür olgusunu bir iletişim olarak nitelendirerek iletişim konusunu çalışan sosyal bilimciler arasında ilk sırada yer almaktadır. Sosyal psikologlar, iletişimi bireyler arası ilişkiler ve grup içi etkinlikler çerçevesinde

irdelemektedir. Dilbilimciler ise, dilin yapısı ile ilgili çalışmalarını iletişimin bir parçası olarak değerlendirmektedir. Ayrıca pedagoji, teoloji ve diğer birçok bilimsel disiplin de iletişim konusuna ilgi duymakta ve iletişim bilimi ile yakın ilişki içerisinde bulunmaktadır (Certel, 2008).

### **2.1.1. İletişimin Önemi**

İnsan sürekli olarak çevresiyle etkileşimde bulunan sosyal bir varlıktır. İnsanın biyolojik bir varlıktan toplumsal bir varlığa dönüşmesini sağlayan en önemli unsurun iletişim olduğu söylenebilir. İnsan için başkalarını anlamak ve kendini dünyaya hazırlayacak bilgileri edinmek, küçük yaşlardan itibaren iletişim kanalıyla gerçekleşmektedir (Tuna, 2012).

İnsanların birbirini anlamaları için iletişim gerekli olan bir köprü konumundadır ve sosyal hayat içerisinde herkesin iletişime ihtiyacı vardır. İnsanlar ister tek başına, ister toplumla birlikte yaşasın, iletişim kurarak amaçlarına ulaşırlar. İnsanda iletişim kurma ihtiyacı, çevreyi etkileme isteğinden kaynaklanır. İletişim, insanın kendini bir insan olarak gerçekleştirmesi ve sosyal süreçlere girmesi bakımından önemlidir. Günümüzde iletişimin öneminin artmasının bir diğer nedeni ise iletişimin bugün bir güç kaynağı olan bilgi iletiminin temel aracı olmasıdır (Geçikli ve diğerleri, 2011).

İletişim toplumların dönüştürülmesinde; gelişmeleri, bilgileri diğer insanlara ve sonraki nesle aktarabilme adına önemli bir rol oynamaktadır. Bilgilerin yazı yoluyla kayıt altına alınması, insanlardan insanlara aktarılması zaman içerisinde değişen teknolojik araçlarla sağlanmaktadır. Mağaralarda bulunan duvar yazılarından, bugün sinema, televizyon, radyo, bilgisayar ve kullandığımız cep telefonları gibi iletişim teknolojileri ile bilginin yayılması ve aktarılması daha etkin ve katılımlı bir şekilde gerçekleşebilmektedir (Tuna, 2012).

### **2.1.2. İletişim Süreci ve Öğeleri**

İnsanın fiziksel olarak dünyaya gelişinden ve toplumsal varlık olarak ortaya çıkışından itibaren iletişim süreci bir anlamda bireysel ve sosyal hayatı belirlemiş/yönlendirmiştir. Bireysel ya da toplumsal iletişimin bir süreç temelinde gerçekleştiği genelde kabul

edilen bir belirlemedir. İletişimin süreç olma niteliğinin her bireysel ve toplumsal eylemin süreç olma doğasından kaynaklandığı söylenebilir. Bir eylem ya da eylemler dizisi olan iletişim de bu yapıyla süreç niteliği taşımaktadır. Türk Dil Kurumu süreci “aralarında birlik olan ya da belli bir düzen içinde yinelenen, ilerleyen, gelişen olay ya da eylemler dizisi” biçiminde tanımlamaktadır (Yılmaz, 2003). İletişim süreci ise kimin, neyi, kime, nasıl ve hangi etki ile söylediğini ifade eder (İnceoğlu, 2011). Diğer bir ifade ile iletişim süreci bir iletişim kaynağından çıkan mesajların semboller ve kanallar yoluyla bir diğer iletişim merkezine (hedefe) aktarılmasıdır (Bal, 2013).

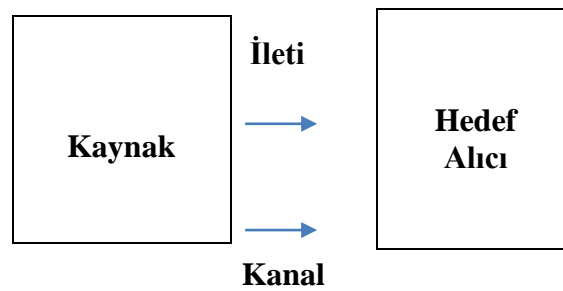
Canlılar yaşamlarını sürdürebilmek, insanlar ise ilişkilerinin tamamını gerçekleştirebilmek için iletişim sürecine ihtiyaç duyarlar. İletişim sürecinin temel amacı ise; karşımızda bulunan kişileri etkilemek ve onlardan etkilenmek olarak ifade edilebilir. Etkileme ve etkilenme kavramlarının doğrudan çağrıştırdığı “etkileşim” sözcüğü ise karşılıklı hareket etme, birbirini etkileme anlamında kullanılan bir terimdir (Güven, 2013). Çağlar boyunca insanlar; sözlü, görsel ve yazılı iletişim ile uygarlığın oluşumunu ve nesilden nesile aktarılmasını sağlamışlardır. İletişim; toplumsal, kültürel değişim ve gelişim süreçleri ile bağlantılı bir süreçtir. İletişim süreci uygarlığı, uygarlık ise iletişimi yaygınlaştırmaktadır (Tezcan, 2015).

Toplumsal bir varlık olan insan için iletişim süreci “anlam paylaşımı” olarak tanımlanabilir. İnsanlar içinde buldukları topluma ilişkin ortak ilgi, değer ve inançlara yönelik anlamlara iletişim yoluyla ulaşır. Bu yolla insanlar kendilerine ilişkin anlamları diğer insanlar ve toplumsal çevreleriyle paylaşırlar. Anlamların alışverişi sürecinde insan için çevreden ve diğer insanlardan gelen birçok uyarıcı bulunmaktadır. Bu uyarıcıların seçilmesi, değerlendirilmesi ve anlamsal nitelik kazandırılması iletişim sürecinin önemli aşamalarından biridir. İletişim sürecinin temel öğeleri genel olarak kaynak, ileti (mesaj), hedef (alıcı), kanal, yansıma (geri besleme-feed back) ve gürültü şeklinde ele alınabilir (Tuna, 2012).

**Kaynak** iletişimde bilgiyi verendir. Bu bir kitabın yazarı, gazetenin muhabiri, televizyonda haberin sunucusu ya da yüz yüze iletişimde bir insan olabilir. **Mesaj** bilginin içeriği, bir başka deyişle ürünün kendisidir. Bir yerde iletilmek istenen bilgi ve

fikir mesajı oluşturur. **Araç (kanal)** mesajın gönderilmesinde ya da iletilmesinde kullanılan araç veya kanalı ifade eder. **Hedef (alıcı)** mesajı okuyan, dinleyen ya da izleyen kişi, grup, topluluk ya da kitledir. Gönderilen mesajın veya bilginin hedefe ulaşım ulaşmadığı, hedefe ulaştıysa etkisinin ne olduğunun saptanmasında hedefin ortaya koyduğu tepki temel göstergedir. Hedefin, kendisine gönderilen mesaj ya da enformasyona ilişkin olarak ortaya koyduğu tepki ise **geri beslemedir (feed back)**. İletişim sürecinin istenilen yönde gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin, kaynağın hedef üzerindeki istek ve beklentilerinin ne ölçüde sağlandığının ölçülmesinde geri besleme can alıcı bir öneme sahiptir. Kaynak, hedef tarafından başlatılan geri besleme sürecinden hareketle gönderdiği mesajın etkisinin ne olduğunu anlayabilir ve daha sonraki mesajlarını ona göre aynı şekilde gönderebilir veya değiştirebilir (İnceoğlu, 2010). **Gürültü** ise kaynağın amaçladığı iletiyi bozan, alıcının (hedefin) kaynaktan gelen iletiyi istenilen şekilde almasına engel olan faktörleri ifade eder (Kılıç, 2012).

İletişim sürecini oluşturan temel öğeler iletişim ortamına göre farklılaşır. Yüz yüze iletişimde bireyler kaynak ve alıcı konumunda iken, gazete ve televizyon ortamlarında durum farklılaşır. İletişim süreci en basit anlamda kaynak, alıcı ve ileti olmak üzere 3 temel öğeden oluşmaktadır (Kılıç, 2012). Bu anlamdaki iletişim nispeten kolay başarılan bir süreçtir ve kaynaktan aktarılan mesajların alıcı tarafından algılanması gerektiği varsayılır (Ataç, 2009). Basit anlamda iletişim süreci Şekil 4’de gösterilmiştir.



**Şekil 4.** Basit Anlamda İletişim Süreci (Kılıç, 2012)

Bugünkü bilgilerimiz ışığında ise iletişimin karmaşık ve geniş bir süreç olduğu görülmektedir. Burada duygu ve düşüncelerin belirli iç tahlil süreçlerinden geçilerek

kodlanması, kodlanan bu bilgilerin belirli bir formda ifade edilmesi, bu ifadenin iletişim kanallarından alıcıya ulaşması, alıcının bu formlardaki kodları çözerek kendi iç tahlil süreçlerinden geçirmesi ve bunları tekrar duygu ve düşünceye dönüştürerek geri bildirimde bulunması söz konusudur (Ataç, 2009).

İletişim süreci Şekil 4'teki gibi oldukça yalın bir halde gösterilebilirse de (kaynak-iletilen), gerçekte çok daha karmaşıktır ve birçok problem içerir. Bu karmaşıklık öncelikle iletişim sürecinin doğrusal olmamasıyla açıklanabilir; çevreden gelen sinyaller, her aşamada araya girip katılımcıların dikkatini dağıtabilir, algılamalarını değiştirebilir. İletişim sürecinin karmaşıklığının bir başka nedeni bireysel ve toplumsal etkinliklerinin içinde yer almasından dolayı iletişim sürecinin yalıtılmış olmamasıdır (Bourse ve Yücel, 2012). İletişim sürecinde karşılaşılabilecek bazı problemler ise şunlardır (Erdoğan, 2011):

- Mesajda uygun olmayan kelime seçimi; uzun ve karmaşık cümle kurma
- Uygun olmayan kanal seçimi
- Uygun olmayan mesaj biçimlendirme
- Enformasyon saklama; gizlilik (bilgi kontrolü sorunu)
- Az veya haddinden fazla enformasyon yükleme
- Alıcının mesajı yanlış anlaması
- Alıcının dikkatsizliği ve ilgisizliği
- Alıcının farklı tutum, inanç ve değerleri
- Alıcıyı kontrol etmeye çalışma (güvensizlik)
- Önyargı veya enformasyonun çarpıtılması
- Seçimsel ilgi, ilgi, seçimsel yaklaşma ve uzaklaşma
- Taraflardan birinde saygı eksikliği
- Sözü desteklemeyen sözsüz iletişim
- Farklı kültürel geçmiş (dil, inanç, beklenti, alışkanlık, bilinç farklılığı)
- Uygun olmayan zamanlama
- Yetersiz geri besleme
- Tek yönlü iletişim (iletişim akışının kontrolü sorunu)
- Empati yoksunluğu, negatif enerji yayma.

Nerede olursa olsun insanların yaşadığı en büyük problemler iletişimle ilgili nedenlerden kaynaklanmaktadır. İletişim düzeyinin kötüleşmesi sonucunda insanların kendi aralarında kurduğu ilişkilerde hayal kırıklığı ve gerginlik yaşamaları sık karşılaşılan bir durumdur. Nitelikli bir iletişim becerisi kazanıldığında insanlar bahsedilen hayal kırıklığı ve gerginliklerin önüne geçebilir. İletişim hayatın merkezinde yer alan önemli süreçlerden birisi olduğundan her insanın iletişim konusunda temel düzeyde de olsa bilgi sahibi olması gerekmektedir (Güven, 2013).

### 2.1.3. İletişim Türleri

İletişim türleri iletişim ile ilgilenenlerin kendi değerlendirmelerine göre farklılık göstermektedir. Ruesch ve Bateson iletişim sosyolojisine uygun yönetsel bir yaklaşımla iletişimi özkişisel iletişim, kişilerarası iletişim, grup-birey iletişimi ve gruptan gruba iletişim olmak üzere 4 ayrı türde ele almaktadır (Aşkun, 1982). Bateson'a göre her etkileşimde iki temel iletişim biçimi vardır: Dijital (sözlü) ve analogik (sözel olmayan) iletişim (Bourse ve Yücel, 2012). İletişim genel olarak; kişisel iletişim (kişinin iç dünyasını ilgilendiren psikolojik bir süreç) ve toplumsal iletişim (kaynak ile hedefini insanların oluşturduğu iletişim) olmak üzere iki başlık altında da incelenebilir (Atak, 2009). Zıllıoğlu tarafından yapılan daha kapsamlı bir değerlendirmede (Yılmaz, 2003) ise iletişim toplumsal ilişkiler sistemi, kullanılan kodlar, grup ilişkilerinin yapısı, zaman ve mekân, kullanılan kanal ve araçlar açısından ele alınmaktadır (Tablo 6). Aşağıda literatürde sıklıkla kullanılan iletişim türleri hakkında kısaca bilgi verilmiştir.

**Kişilerarası iletişim**, birbiriyle ilişkide ya da bağlantıda olan insanlar arasında meydana gelen iletişimdir. Genel olarak örgütlü yer ve zamanda en az iki kişi arasındaki iletişim olarak da değerlendirilir. Kişilerarası iletişim içinde olan insanlar birbirinin farkındadır ve birbiriyle olan bağlantının bilincindedir, birbirlerine bağımlıdırlar; birinin söylediği diğerinin düşüncesini ve söyleyeceği şeyi etkiler. Kişilerarası iletişim sıklıkla yüz yüze gerçekleşir ve bir kişinin kendi inisiyatifi dahilinde ya da kendi dışında gelişen zorunluluklardan dolayı bir ilişkiyi başlatmasını ve kurmasını gerektirir. Bu iletişimde aynı fikirde olup olmamaya göre yanıt vermeme, olumlu-olumsuz nitelikte yanıt verme, görmezlikten gelme ya da dinlememe yoluna gidilebilir. Kişilerarası iletişim hem sözel hem de sözel olmayan mesajların değişimini kapsar (Oğuz, 2012).

**Tablo 6. İletişim Türleri**

<b>Bir toplumsal ilişkiler sistemi olarak iletişim</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kişilerarası iletişim</li> <li>• Grup iletişimi</li> <li>• Örgüt iletişimi</li> <li>• Toplumsal iletişim</li> </ul>
<b>Kullanılan kodlara göre iletişim</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sözlü iletişim</li> <li>• Sözsüz iletişim</li> <li>• Yazılı iletişim</li> </ul>
<b>Grup ilişkilerinin yapısına göre iletişim</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biçimsel olmayan iletişim</li> <li>• Biçimsel olan iletişim</li> </ul>
<b>Zaman ve mekana göre iletişim</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yüz yüze iletişim</li> <li>• Uzaktan iletişim</li> </ul>
<b>Kullanılan kanal ve araçlara göre iletişim</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Görsel iletişim</li> <li>• İşitsel iletişim</li> <li>• Görsel-işitsel iletişim</li> <li>• Dokunma ile iletişim</li> <li>• Kitle iletişim araçları ile iletişim</li> <li>• Doğal araçlar ile iletişim</li> <li>• Yapay araçlar ile iletişim</li> </ul>

Kaynak: Yılmaz, 2003

**Grup iletişimi**, grup içi ilişkileri düzenleyen, grubu koordine eden ve grup normlarını belirleyip yayan bir iletişim türüdür. Bu sayede bireyler arasında koordinasyon sağlanmakta, otorite ve normlar tanımlanmakta, çevreyle veri alışverişi gerçekleştirilmektedir (Dal, 2012).

**Örgütsel iletişim**, örgütün işleyişini sağlamak ve örgütün amaçlarını gerçekleştirmek için örgütün iç ve dış çevresi ile olan iletişimdir (Demirtaş, 2010).

**Kitle iletişimi** kısaca bir kaynaktan kitleye yönelik olarak yapılan iletişim biçimidir. Daha kapsamlı bir ifade ile kitle iletişimi, iletişimcilerin (genellikle bir kuruluşun) bir kanal kullanarak geniş, hızlı ve sürekli biçimde iletiler yayarak geniş kitlelerde tepkimeler uyandırma ve tepkileri çeşitli şekillerde belirleme sürecidir (Kılıç, 2012).

**Sözlü iletişim** hızlı, daha samimi ve konuşan insanların anında geri bildirim alabildikleri bir iletişimdir. Sözel iletişim, telefon konuşmaları, yüz yüze yapılan iletişim veya bir gruba yönelik olarak yapılan iletişimlerde geniş kullanım alanı bulur. Sözel iletişimin en önemli avantajı, sözlü olarak iletilen sorular, yüz ifadeleri ve jestler vasıtasıyla fikir alışverişinin hızlı bir şekilde gerçekleştirilebilmesidir (Şahin, 2007).

**Sözsüz iletişim**, kodlanan mesajlar için herhangi bir dile gereksinim duyulmayan iletişimdir. Sözlü iletişimde gönderilen mesajların genellikle açık niyet ya da anlamları varken, sözsüz iletişimde gönderilen mesajların çoğunlukla üstü kapalı ya da kesin olmayan anlamları olabilmektedir (Uluyağcı ve Karadaş, 2013).

**Yazılı iletişim**, önemli detaylar söz konusu olduğunda daha fazla tercih edilen bir iletişimdir. Yazılı iletişim genelde ayrıntılıdır ve bilgi alışverişinin kaydını tutmak mümkündür. Bazen taraflar arasında olup bitenin bir kanıtı olarak yazılı bir kaydın bulunması önem taşımaktadır (Şahin, 2007).

**Biçimsel iletişim**, örgütteki hiyerarşik otorite yapısıyla ilgilidir ve rasyonel, planlanmış bilgi akımının sağlandığı kanallardan oluşur. Örgüt şemaları ve yönetmelikleri kimin kiminle iletişim kuracağını açık olarak belirtir (Yörük ve Kocabaş, 2000).

**Biçimsel olmayan iletişim**, örgüt üyelerinin ilişkileri sonucu kendiliğinden oluşan iletişim şeklidir (Bektaş ve Erdem, 2015) ve biçimsel iletişimi tamamlayıcı fonksiyonlar sergiler. Biçimsel olmayan iletişim kanalları, herhangi bir bilgi veya haberi resmi kanallardan çok daha hızlı bir şekilde kurum içinde yayar ve çoğu zaman da şaşırtıcı bir doğrulukla gerçekleştirir (Solmaz, 2006).



## 2.2. SAĞLIK İLETİŞİMİ

İnsanların en temel haklarından biri olan sağlık, kültürden kültüre değişiklik gösterse de genel olarak ruhsal ve bedensel olarak iyi olma hali tanımını karşılamaktadır. Zamanla anlamında değişimlerin yaşandığı insan sağlığı, önceleri sadece hastalanan insanın iyileşmesi, tedavi edilmesi şeklindeydi. Ancak tıp bilimi ilerledikçe sadece hastalanan insanların iyileşmesi değil, sağlıklı insanların hasta olmadan yaşamlarını sürdürebilmeleri, sağlıklı kalabilmeleri de önem kazanmıştır (Elgiz, 2013).

Yirminci yüzyılda sağlık alanında yaşanmakta olan büyük gelişme ve değişimlere rağmen; sağlık sorunları gündemdeki yerlerini korumaya devam etmektedir. Geçmişin sağlık ile ilgili mücadele alanları yerlerini, yeni ve farklı alanlara bırakmıştır. Yeni sağlık sorunlarının gelişmesinde çevresel koşullar, yeni yaşam biçimleri, endüstrileşme, politik sorunlar ve benzerlerinin rol oynadığı söylenebilir. Yaşanmakta olan hastalıklar, küresel sağlık sorunlarının yanı sıra, sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve sağlık hizmetlerinde yaşanmakta olan sorunlar devam etmektedir. Sağlık hizmeti sunanlar ve hastalar arasında iletişim sorunları da yaşanmaktadır. Hastalığın yalnızca fiziksel nedenlerine odaklanıldığı durumlarda; kültürel normlar, bireylerin hastalıklarla başa çıkma kabiliyetleri ve psiko-sosyal yönleri hesaba katılmadığında hastanın tavsiye edilen tedaviye uyma konusunda başarısız olması kaçınılmazdır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri açısından sağlık hizmeti sağlayanlar ile hasta ve hasta yakınları arasında kurulan iletişim büyük önem taşımaktadır (Sezgin, 2010).

Sağlık alanında iletişim pek çok şekillerde gerçekleşebilmektedir. Bu iletişim hekim ve hasta arasındaki yüz yüze iletişimden, nüfusu bir sağlık sorunu konusunda aydınlatmaya çalışan bir broşüre veya internet üzerinden bir hastane tanıtımına kadar çok geniş bir yelpazeye yayılabilmektedir. Ancak tüm bu imkanların varlığına rağmen halen pek çok kişi sağlık konusunda yeterli bilgi alamama durumu ile karşı karşıya bulunmaktadır. Halbuki gerçek anlamda bilgi akışı hem kişilerarası düzeyde, hem de kitle iletişiminde insanların pek çok konuda bilgilenmesini ve birtakım ön yargılarından kurtulmasını sağlayabilmektedir. Bu sayede insanlar birbirlerine karşı daha anlayışla yaklaşabilmektedir (Okay, 2014).

Sağlık hizmeti sağlayanlar ile hastalar arasında iletişim sorunları yaşandığı veya hastanın tedavi ve önerilerden istediği, beklediği sonucu alamadığı durumlarda hastaların farklı çareler aradıkları bilinmektedir. Bu yollar sadece alternatif tedaviler olarak değil; bireylerin çevreden ve medyadan sağlıkla ilgili duyduğu, öğrendiği çoğu öneriye başvurma biçiminde karşımıza çıkmaktadır. Bu koşullarda, hasta için neyin en iyi olduğu konusunda çok sayıda görüş ayrılığı bulunmaktadır ve tartışmalar gelecekte de devam edecek gibi görünmektedir (Sezgin, 2010).

Sağlık ve sağlık bakımı hakkındaki bilginin kalitesi ve bu bilgiye erişim sağlık okuryazarlığı için çok önemlidir. Bu bilgiler sağlığı geliştirme davranışları, spesifik hastalıkların/durumların önlenmesi ve yönetimi, tedavi seçenekleri, belirli bir eylem ile bağlantılı potansiyel riskler ve faydalar, sağlık hizmetleri, maliyet ve tedavi kılavuzları gibi bir dizi başlık altında olabilir. Dolayısıyla sağlık ve sağlık bakımı hakkındaki bilginin bireylerin sağlık sistemi ve sağlık süreçleri ile etkileşimi için merkezi bir konumda olduğu söylenebilir. Sağlık bilgisi ihtiyaçları insanlar arasında farklılık gösterebilir ve bireyler teknolojinin gelişimi ile birlikte çeşitli kaynaklardan sağlık/sağlık bakım bilgisi edinebilir. Sağlık ve sağlık bakımı için başlıca bilgi kaynakları şunlardır: Sağlık hizmeti sunucuları ve örgütleri, aile ve arkadaşlar, sosyal ağlar (twitter, facebook vb.), eğitim kurumları, medya (televizyon, gazete, radyo), toplum, işyeri (ACSQHC, 2014).

Sağlıkla ilgili bilgileri iletmek günümüzde oldukça zor bir hale gelmiştir. Bunun nedenleri arasında tanı koyma sürecinin karmaşıklığı, sürekli yenilenen ve büyüyen araştırma bulguları, sınırlı okuryazarlık düzeyi, kültürel farklılıklar, yaşa bağlı fiziksel ve bilişsel değişiklikler, dinleme, öğrenme ve hatırlamayı etkileyen duygusal durumlar sayılabilir. Ayrıca hekim-hasta ilişkisi için ayrılan sürenin yetersizliği (iletişimin ideal şartlarda oluşmaması), hastanın veya bilgi almak isteyeninin içinde bulunduğu durum, korku ve ağrı sağlıkla ilgili bilgileri iletmeyi daha da zorlaştırmaktadır (Akalin, 2012).

Eğitim ve iletişim ile ilgili çok miktarda bilgi olmasına rağmen halk ve sağlık profesyonelleri arasında hala boşluklar bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri halk ile daha etkili bir iletişim kurmak için uygulamalarını değiştirmemektedir. Bazı yerlerde,

bazı nüfuslarda, bazı koşullar altında bu boşluklar daha büyük olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı araştırmaları ve değerlendirmeleri eğitimin ve iletişimin nasıl olacağı, bu çabalardan maksimum etkililiğin nasıl elde edileceğine yönelik bilgi sunmaktadır. Daha fazla iletişimden ziyade sağlık okuryazarlığı anlayışına dikkat çeken farklı iletişim ve farklı eğitim çeşitlerine ihtiyaç duyulmaktadır (IOM, 2013).

Hastalar çeşitli kanallardan nasıl güvenilir sağlık enformasyonu toplaması gerektiğini öğrenmek durumundadır. Aksi takdirde sağlık sistemi, bir “yanlış anlama labirentine” dönüşebilir. Enformasyon iletmek sağlık hizmeti sağlayanların görevi olduğu gibi, enformasyon edinmek de sağlık hizmeti alanların görevidir. Her sağlık enformasyonu ya da istatistiğinin, her hastaya uymayabileceğini anlamak ve öğrenmek hastanın da sorumluluğudur (Sezgin, 2013).

Sağlık iletişimi; *“kişilerin hastalık ve sağlık hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak, genel sağlık düzeyini artırmak, hastayı tedavi süreci hakkında karar verici olarak konumlandırmak, hastayı ve yakınlarını hastalık hakkında bilgilendirmek gibi amaçlar doğrultusunda stratejik iletişimin sağlık alanında kullanılması”* olarak tanımlanabilir. Disiplinlerarası bir kavram olan sağlık iletişimi, kişilerarası iletişim perspektifinden hekim-hasta ve diğer sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi incelerken (Yılmaz, 2015) daha geniş bağlamda iletişim sürecindeki bütün unsurların sağlıkla ilgili konularda nasıl bir araya geldiğini irdelemektedir (Becerikli, 2013).

Sağlık iletişimi, iletişim bilimleri içinde yeni bir kavramdır. İletişim ve sağlık alanını birbirine bağlayan sağlık iletişimi, birey ve toplum sağlığını geliştirme çalışmalarının gerekli bir ögesi olarak her geçen gün daha çok tanınmaktadır. Sağlık iletişimi, sağlıkla ilgili mesajların yayılması ve yorumlanmasıdır. Mesajı gönderen bir kişi, bir kuruluş ve bir kitle iletişim aracı olabilir. Yorumlayan ise bir kişi, grup ya da ayırım yapılmamış kitle olabilir. Sağlık iletişimi bilim çevrelerinde sağlık psikolojisi, sağlık antropolojisi ile birlikte disiplinlerarası bir bilim olarak etkinliğini gittikçe daha çok artırmakta, gerekliliği bütün sağlık çevrelerinde kabul edilmektedir. Sağlık iletişimi, toplum sağlığını geliştirmek ve hastalıkları önlemek için bireylerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararlarını etkileme ve onları bilgilendirmede iletişim stratejilerinin kullanılmasıdır.

Etkili sağlık iletişiminin ön koşulu ise doğru, güvenilir, kullanılabilir bilginin geliştirilmesi; bilginin sağlık okuryazarlığı, halkla ilişkiler, sosyal pazarlama ve medya savunuculuğu yöntemleriyle topluma ulaştırılmasıdır (THSK, 2014).

Sağlık iletişiminin temel hedeflerinden birisi sağlıkla ilgili konularda bireyleri ve toplumları etkileyebilmektir. Bu hedef sağlıkla ilgili bilgilerin paylaşılması yoluyla sağlık sonuçlarını geliştirmeyi amaç edindiğinden takdire değerdir. ABD’deki Hastalıkları Kontrol ve nleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) sağlık iletişimini ‘‘sağlığı geliştirmek, kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve onları bilgilendirmek amacıyla iletişime ilişkin kural ve stratejilerin uygulanması’’ olarak tanımlamaktadır. Bu tanımdaki ‘‘etkilemek’’ kelimesi Healthy People 2010 hedefleri içerisinde de yer almış ve sağlık iletişimi Healthy People 2010 hedeflerinde şu şekilde tanımlanmıştır: Sağlık iletişimi önemli sağlık sorunları hakkında, bireylerin, kamunun ve kurumların bilgilendirilmesi, etkilenmesi, motive edilmesi sanat ve tekniğidir. Sağlık iletişiminin kitle merkezli, araştırmaya dayalı, çok disiplinli, stratejik, süreç odaklı, maliyet etkili, davranışsal ya da sosyal değişim amaçlı olması ise temel özellikleridir (Schiavo, 2007).

Sağlık iletişimi araştırma ve çalışmalarında, birçok alandan yararlanıldığı söylenebilir. Bu alanlar, sağlık eğitimi, pazarlama, sosyal pazarlama, psikoloji, antropoloji ve sosyoloji olarak özetlenebilir. Bunun yanı sıra; iletişim, halkla ilişkiler, kamu savunuculuğu, toplumun harekete geçirilmesi sağlık iletişiminin destek aldığı alanlardır. Aynı zamanda, sağlık iletişiminde sosyal bilimler ile tıp bilimleri birlikte çalışmaktadır ki, bu da çalışma alanını genişletmekte ve zorlaştırmaktadır (Sezgin 2010).

Hastalıkların nlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan sağlık iletişimi araştırmaları genel olarak 7 bağlamda ele alınmaktadır (THSK, 2014):

- Sağlık personeli/hasta ilişkileri ve sağlık personelinin kendi arasındaki iletişimi
- Kişilerin sağlık enformasyonunu aramaları ve kullanmaları
- Kamu sağlığı mesajlarının oluşturulması

- Bireysel ve toplumsal sağlık riski ile ilgili enformasyonun yayılması
- Kitle iletişiminde sağlık mesajlarının verilmesi
- Sağlık hizmetlerinden yararlananların ve sağlık personelinin kamu sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacağına eğitimi
- Sağlık enformasyon sistemlerinin etkin kullanımı.

Gelişmekte olan bir bilim dalı olan sağlık iletişimi, birden fazla konuyu bünyesinde barındırmakla birlikte tüm araçların kullanıldığı disiplinlerarası bir yaklaşımdır. Bu yapısından ötürü, sağlık iletişimi ile ilgili tanımlar birbirinden farklı gibi görünebilir. Fakat bu tanımlar incelendiğinde; sağlık iletişiminin, bireyleri, toplumları, sağlık uzmanlarını, politikacıları etkilemede ve desteklemede ya da belirli grupların uyum sağlama ve davranışlarını geliştirmede veya sağlıkla ilgili sonuçları geliştirmeye yol açacak, sosyal ya da idari değişikliklerde büyük rol oynadığı görülebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Sağlık iletişiminde sosyal psikoloji davranış modelleri ve iletişim disiplinindeki yaklaşımlar temel alınarak bazı yaklaşımlar belirlenmiş, modeller geliştirilmiştir. Genel olarak sağlık iletişimine yönelik olarak 7 model olduğu söylenebilir. Retorik model söylem ve metinlerin ikna edici biçimde sağlık iletişimi için kullanılması üzerine kuruludur. Semiyotik model işaretler aracılığıyla sağlık mesajlarının dikkat uyandıracak şekilde iletilmesini konu edinmektedir. Fenomenolojik model bireyin subjektif deneyimlerinin çevresi ile olan etkileşimi sonucu ortaya çıktığını ve deneyimlerin gözlenmesi gerektiğini savunmaktadır. Sibernetik model gündelik yakın ilişkiler kapsamında çevresel etkilere odaklanmaktadır. Sosyo-psikolojik model duyguların yanı sıra görünmeyen yönleri de sağlık iletişimi kapsamında ele almaktadır. Sosyo-kültürel model bireyin içinde yaşadığı toplumun ve kültürel unsurların göz önünde bulundurulmasını savunmaktadır (Mendi, 2015). Son olarak eleştirel yaklaşım modeli ise kimliklerin tanımlanması ve bireysel rollerin sınırları konusunda genel olarak kabul edilebilir davranışların sınırlarının toplum tarafından belirlendiği geleneksel çerçeveye tepki olarak ortaya çıkmıştır ve bir nevi egemen ideolojilere başkaldırı niteliği taşımaktadır (Koçak ve Bulduklu, 2010).

İletişimin belki de en gerekli olduğu ve üzerinde ciddi düzeyde etkide bulunabileceği alan şüphesiz sağlıktır. Bireylerin, içinde yaşadıkları topluluğun yapısına ve şartlarına göre, gündelik yaşamda sağlık olgusuna ilişkin anlam paylaşımı ve bildiklerini birbirlerine aktarmaları sağlık iletişiminin konularının başında gelmektedir. Sadece bireyler arası bilgi aktarımı değil, aynı zamanda kitle iletişim araçları üzerinden de iletilen mesajlar bireysel ve toplumsal sağlığın üzerinde ilk elden etkilidir. Bireyin aldığı iletiyi yorumlama yetisi, sağlık davranışının şekillenmesi üzerinde bir etkide bulunabileceği gibi, sağlık bakımının sunum kalitesi ve alınan sağlık hizmetinden elde edilecek doyum algısı üzerinde de etkili olmaktadır. Sağlık iletişimi uygulamalarının temel amacı bireyin sağlık davranışının istenilen yönde değiştirilmesi yoluyla bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesidir (Koçak ve Bulduklu 2010).

Bu amaca ulaşmak için sağlık iletişiminde halkla ilişkiler, sosyal pazarlama ve medyada savunuculuk olmak üzere 3 temel yöntem kullanılmaktadır. Kısaca “bireysel karar almada kültürü ve çevreyi değiştirme tekniği” olarak tanımlanabilen halkla ilişkiler sağlık iletişimi açısından kuruluşlar ve hedef kitleler arasında güvene dayalı ilişkilerin inşa edilmesi, hedef kitlelerin ve paydaşların ikna edilmesinde önemli bir yöntemdir. Sosyal pazarlama, reklam ve pazarlama ilkelerinin olumlu sağlık davranışı sağlamak için kullanılmasıdır. İletişim ve sosyal psikoloji kuramlarını, uygulamalı pazarlama teknikleriyle birleştiren, karşılıklı fayda değiş-tokuşu üzerine odaklanan bu yöntem, kamu sağlığı sorunlarına farkındalığın artırılmasında etkilidir. “Kamu sağlığı lobiciliği” olarak da anılan medyada savunuculuk ise; medyanın sosyal ve kamu politikası girişimlerini geliştirmek üzere stratejik olarak kullanımını ifade etmektedir. Bireysel davranışları değiştirmekten ziyade sosyal değişimi amaçlayan, gündem yaratma, yaratıcı epidemiyoloji ve ünlü kullanımı gibi teknikleri kullanan bu yöntem gruplara (topluluklara) medyada görünürlük, meşruluk ve aynı zamanda hikâyelerini kendi ağızlarından anlatabilme olanağı sunmaktadır. Medya tüm bu yöntemlerin “aracısı” ve “aktarıcısı” durumundadır (Çınarlı ve Şimşek, 2013).

### **2.2.1. Sağlık İletişiminin Önemi**

İnsanı temel alan ve insan için vazgeçilmez özellikler taşıyan sağlık alanında doğru iletişim şüphesiz büyük önem taşımaktadır. Gerilim altındaki hastanın/rahatsız insanın

doğru bilgilendirilmesi, bir bankacının müşterisini bilgilendirmesine göre çok daha zordur. Yanlış anlaşılmanın neden olabileceği “sonuç”, kişinin hayatının sonlanmasına neden olabileceği gibi, kitlesel anlamda düşünöldüğünde toplulukların panik halinde yanlış davranışlarda bulunmasına da neden olabilmektedir. İşte burada sağlık iletişiminin ne kadar önemli olduğu gerçeği ortaya çıkmaktadır (Uludağ, 2011).

Kişileri olumlu sağlık davranışlarına yönlendirebilmek için başvurulacak en önemli yöntemlerden biri, sağlık alanında çeşitli iletişim yöntem ve tekniklerinin uygulanmasıdır. İletişim tür ve yöntemlerinin sağlık uygulamalarında kullanımı, sağlığın geliştirilmesi açısından büyük önem arz etmektedir. Kaynak tarafından gönderilen sağlık mesajı alıcıya ulaşmakta ve hedef üzerinde sağlıkla ilgili bazı önemli davranış değişiklikleri meydana gelebilmektedir. İletişimin sağlığın geliştirilmesinde kullanımı sağlık iletişimi ile açıklanmaktadır (Avcı ve Sönmez, 2013).

İletişim ve kitle iletişim araçları sağlık bakımının verilmesi ve sağlığı geliştirme uygulamaları sürecinde bireyin istenen sağlık davranışını ortaya koyması açısından oldukça önemlidir. Costello'ya göre sağlık alanındaki iletişime ilişkin olarak sağlık hizmeti sunumunda iletişimin dört işlevi vardır: Teşhis, işbirliği, tavsiye ve eğitim. Sağlık alanında iletişimin bu dört işlevi halen yaygın şekilde kullanılmasına rağmen, sağlık iletişimi bu dört boyut arasına sıkıştırılmayacak kadar geniş bir alanı kapsamaktadır. Sağlık bakımı sunanlar ile sağlık hizmetini alanlar arasında bir güven bağının oluşması da tedaviye yönelik bu dört işlevsel etkileşimle oluşur. Teşhise yönelik iletişimde hasta pozisyonundaki bireyin kendisini tam anlamıyla ifade etme yeteneğinin yanı sıra, sağlık bakım hizmetini sunan profesyonelin dinleme, yönlendirme ve anlamaya yönelik yaklaşımı sürecin başarısı için gerekli unsurlardır (Bulduklu, 2010).

Sağlık iletişiminin tedavi ve rehabilitasyon sürecine önemli katkılarından biri de ekonomik kayıpların önlenmesidir. Tedavi ve rehabilitasyon doğası gereği yüksek maliyetler gerektirmektedir. Etkili ve nitelikli bir iletişim, tedavi ve rehabilitasyonda bu maliyetlerin azaltılmasına önemli katkılarda bulunmaktadır. Bu katkı hastalık belirtilerinin doğru algılanarak zamanında sağlık kurumuna başvurulmasından sağlık

kurumundaki tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine kadar bütün aşamalarda vardır. Sağlık kurumlarında kurum içi haberleşme teknolojilerinin kullanımı ile sağlık iletişimi arasında da doğrudan bağ bulunmaktadır. Başta telefon görüşmeleri olmak üzere her türlü internet teknolojisi ile haberleşmenin biçimi, dili ve süreçleri doğrudan sağlık iletişimi alanında değerlendirilmesi gereken hususlardandır. Hiç şüphesiz sağlık kurumlarında süreçlerin hızlı ve verimli çalışması ile haberleşme ağının düzeni arasında doğrudan bağlantı bulunmaktadır. Tedavi sürecinde bir bilginin bir birimden başka bir birime gönderilmesinde bilginin yapısı, bilginin ulaşma hızı ve bilginin doğru algılanması ile tedavinin başarısı arasındaki bağlantı inkar edilemez. Bu süreçlerde sağlık iletişiminin payı ise çok önemlidir (THSK, 2016).

Sağlık iletişimi, hem halk sağlığı alanında, hem de kâr amacı güden/gütmeyen kuruluşlarda, hızla gelişmekte olan ve gittikçe önem kazanan bir alandır. Sağlık iletişimi her geçen gün gelişmesi ve önem kazanması nedeniyle tekrar tekrar tanımlanmaya ve sınırlandırılmaya çalışılmaktadır (Sezgin, 2010). ABD'deki Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) de sağlık iletişiminin aşağıda belirtilen durumlarda pek çok önemli rolünün olabileceğine dikkat çekmektedir (Thomas, 2006):

- Bir sağlık durumuna, sağlık sorununa veya sağlık sorununun çözümüne yönelik farkındalığı ve bilgi artışını sağlama
- Algıları, inançları, tutumları ve sosyal normları etkileme
- Olumlu sağlık davranışlarını harekete geçirme
- Sağlık ile ilgili davranışları örnek göstererek açıklama
- Davranış değişikliğinin yararının gösterilmesi
- Bilgi, tutum ve davranışların güçlendirilmesi
- Sağlık hizmetlerine talebin artması
- Rivayetlerin ve yanlış inanışların çürütülmesi
- Örgütsel ilişkilerin bütünleşmesine yardımcı olunması
- Bir sağlık durumunun veya nüfus grubunun savunuculuğunun yapılması



Sağlık iletişimi bugün hastalıkların önlenmesinden sağlığın desteklenmesine kadar geniş bir çerçevede ele alınmaktadır. Sağlık iletişimi sağlık riskleri ve bunlardan korunma konusunda farkındalığı artırmak, bu riskleri azaltmak için motivasyonu sağlamak, uygun sağlık hizmeti talebini artırmak, sağlık gündemini olumlu biçimde etkilemek, sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak, sağlık ve yaşam kalitesini artıran sosyal normları desteklemek gibi konularla ilgilenmektedir ve sağlığın geliştirilmesine şu alanlarda katkı sağlamaktadır: Sağlık personelinin kendi aralarında ve hastalarla olan etkileşimi, bireylerin ve sağlık çalışanlarının sağlık enformasyon sistemlerini aramaları, bireylerin klinik tavsiyelere uymaları, halk sağlığı mesajlarının oluşturulması yoluyla halkın eğitimi, sağlık riskleriyle ilgili doğru bilginin yayılması, sağlık bilgi sistemlerinin kurulması (THSK, 2014).

### **2.2.2. Sağlık İletişimi Düzeyleri**

Sağlık iletişimi; sağlıkla ilgili bakım sürecine dahil olan sağlık çalışanı ve hastalar arasında bilgi, görüş ve duyguların iletilmesinden; sağlıkla ilgili her türlü bilginin kitle iletişim araçları kullanılarak yayılmasına kadar olan süreci içeren bir iletişim faaliyetidir (THSK, 2014) ve farklı düzeylerde gerçekleşmektedir. Sağlık iletişiminin düzeyleri hakkında araştırmacıların farklı perspektifleri bulunmaktadır.

Sağlık iletişimi genel toplumla iletişim, hedef grup iletişimi, birey iletişimi ve politika iletişimi olmak üzere 4 düzeyde ele alınabilir. Genel toplum düzeyinde sağlık iletişimi toplumun sağlıkla ilgili konularda duyarlılığını artırmayı ve en temel sağlık bilgilerinin yaygınlaştırılmasını hedefler. Hedef gruplara yönelik sağlık iletişimi toplumun farklı kesimlerinin farklı gereksinimlerini karşılamayı amaç edinir. Farklı yaş ve cinsiyet grupları, kültürel yapılar, meslek grupları ve yerel topluluklar farklı gereksinimlere, algı ve inanışlara, farklı önceliklere sahiptirler. Bireysel düzeydeki sağlık iletişimi bireysel gereksinimlerin duruma özgü ve çok daha değişken olması nedeniyle bireylere yönelik eğitim, danışmanlık, tedavi ve sosyal destek hizmetlerinde bireylerin bu sürece etkin katılımını sağlamaya yönelik bir yaklaşım benimsemektedir. Politika düzeyindeki sağlık iletişimi ise tüm sağlık hizmeti programlarının çerçevesini oluşturmaktadır. Genel topluma, hedef gruplara ve bireylere yönelik tüm çalışmalar sağlığa yönelik bir savunuyu çerçevesinde anlam ve bütünlük kazanmaktadır (Erbaydar, 2003).

Sağlık iletişimi Yüksel'e göre (2015) kişi içi (içsel) iletişim, bireyler arası iletişim, grup iletişimi, kurumsal iletişim ve toplumsal iletişim olmak üzere 5 farklı düzeyde gerçekleşmektedir. İçsel iletişim ile bir kişinin kendi içsel dünyasıyla yaptığı konuşma çerçevesinde sağlığa ilişkin bilgiye ihtiyaç duyması ve bu bilgiyi kullanması, klinik tavsiyelere uyması ya da uymaması ifade edilmektedir. Bireyler arası iletişim, sağlık hizmeti veren ve sağlık hizmeti alan tanımlarına giren tüm kişilerin birbirleriyle karşılıklı iletişimidir. Sağlık personeli veya hastalar gibi gruplar içindeki kişilerin iletişim biçimleri, rolleri, etkileri ve grup dinamikleri grup iletişimde ele alınmaktadır. Kurumsal iletişim düzeyinde Sağlık Bakanlığı, Tabipler Odası, Hemşireler Derneği gibi sağlık kurumlarının iletişim çabaları söz konusudur. Toplumsal iletişim düzeyinde ise sağlıkla ilgili toplumsal hizmet ve uygulamalar, iletişim kampanyaları ve en genel anlamda halkla ilişkiler faaliyetleri konu edilmektedir.

Sağlık iletişiminin düzeyleri Thomas (2006) tarafından bireysel, sosyal ağ, organizasyon, cemiyet ve toplum olarak 5 düzeyde ele almaktadır. Aşağıda bu düzeylere kısaca değinilmiştir (Okay, 2014):

**Bireysel Düzey:** Bireysel davranışlar sağlık statüsünü etkilediği için birey sağlıkla ilgili değişimin temel hedefidir. İletişim, davranış değişimi için bireyin bilinç, bilgi, tutum, özgüveni ve yeteneğini etkileyebilmektedir.

**Sosyal Ağ:** Bir bireyin ilişkileri ve bireyin ulaşabileceği grupların bireyin sağlığı üzerinde anlamlı etkileri olabilmektedir. Bir sağlık programı için bir sosyal ağın kamuoyu önderleri sıklıkla bir giriş, bir başlangıç noktası oluşturmaktadır.

**Organizasyon/Kurumlar:** Organizasyonlar sağlık mesajlarını üyelerine taşıyabilmekte, bireysel çabalar için destek sağlayabilmekte ve bireysel değişimi mümkün kılan politika değişikliklerini gerçekleştirebilmektedir.

**Cemiyet/Topluluk:** Kolektif olarak toplulukların sağlıklı durumda olmaları, sağlıklı yaşam tarzını destekleyen yapı ve politikalar oluşturularak sosyal ve fiziksel çevredeki tehlikeleri azaltarak geliştirilebilmektedir.

**Toplum:** Genel olarak toplumun bireysel davranış üzerinde çok etkisi vardır. Buna normlar ve değerler, tutumlar, kanaatler, yasalar, politikalar, fiziksel, ekonomik, kültürel ve bilgilendirici çevreler dahildir.

Sağlık iletişimi, bireysel düzeyde hasta/hasta yakını ve sağlık personeli arasında gerçekleşirken, iletişim araçları devreye girdiğinde televizyonda yayınlanan sağlıkla ilgili programlardan, internet ortamında sağlık konusunda bulunan materyallere kadar uzanabilmektedir (THSK, 2014). Bununla birlikte sağlığın öznesi artık hekimler ya da diğer sağlık personelinden ziyade toplum ve bireyler ise, sağlıkla ilgili seçimleri kişiler kendileri yapacaklarsa, sağlık politikalarının toplumun daha fazla denetiminde olması gerekiyorsa sağlık profesyonellerinin de toplumla, topluluklarla ve bireylerle iletişiminin her zamankinden daha farklı olması gerekmektedir (Erbaydar, 2003).

Çeşitli seviyelerde gerçekleştiği görülen sağlık iletişimi, çok çeşitli araçlar sayesinde artık birçok insanı etkileyebilmektedir. Bu araçları, iletişim düzeylerine göre çeşitlendirmek mümkündür. Kimi zaman kişilerin yüz yüze bir sağlık sorunu hakkında bilgilendirilmesi yeterliyken, kimi zaman da toplumsal düzeyde kişilere enformasyonların ulaştırılması gerekmektedir. Bu durumlarda iletişim uzmanları saptanan sorunun niteliğine, yaygınlığına uygun olarak araçları seçmekle yükümlüdürler (Okay, 2009).

### **2.2.3. Sağlık İletişiminin Tarihsel Gelişimi ve Türkiye'deki Yansımaları**

Sağlık iletişiminin, çok eski tarihlerden beri, kavramsal bir tanımdan ve planlı uygulamalardan uzak bir şekilde uygulandığı ve günümüzde dünyanın birçok ülkesinde sağlık ile ilgili geçmişte gerçekleştirilen faaliyetlerin aslında sağlık iletişiminin birer uygulamaları olduğu söylenebilir. Fakat sağlık iletişiminin kavramsal olarak tanımlanması ve uygulamalarının hayata geçmeye başlaması ilk olarak ABD'de gerçekleşmiştir (Sezgin, 2010).

Sağlık iletişimine yönelik çalışmalar hasta hakları kavramıyla birlikte 1960'lı yıllara kadar uzanmaktadır. Bu konudaki öncü kurum, çalışmalarını 1971'deki Ulusal Kanser Hareketinin başlamasına dayandıran ABD Ulusal Kanser Enstitüsüne bağlı Kanser

Enformasyon Servisidir. Bu Servis kanserin nedenlerinin ortaya çıkarılması, hastalığın önlenmesi ve tedavisi için ABD'nin en uzun süre devam eden sağlık iletişimi programlarından birini gerçekleştirmiştir. Yine ABD'de ilk kez Uluslararası İletişim Derneği'ne (ICA) bağlı olarak 1975 yılında Sağlık İletişimi Bölümü kurulmuştur (THSK, 2014). Sağlıkın önemli bir kişisel endişe olarak ortaya çıkması ve 20. yüzyılın ortalarında sağlık hizmetlerinin ABD'de daha önemli bir şekilde algılanmasıyla sağlık iletişimi alanı da gelişmeye başlamış, 1970'li yıllarda başlayan gelişme Avrupa'ya da sıçramış, o zamandan bu yana yaygınlaşmasını sürdürmektedir (Sezgin, 2015).

1970'ler boyunca Uluslararası İletişim Derneği (ICA) tarafından üniversitelerde çalışma ve konferanslar düzenlenmesi ve konuyla ilgili kitap ve yayınların basımı ile sağlık iletişimi disiplinlerarası bir boyut kazanmıştır. Sesli İletişim Derneği (SCA) 1985'te ilk Sağlık İletişimi Komisyonunu kurmuştur. 1992 yılında bu iki derneğin (ICA ve SCA) güçlerini birleştirmesiyle sağlık iletişimi konusundaki ulusal-uluslararası araştırmalar ve çalışmalar ivme kazanmış, sağlık iletişimi iletişim disiplini içerisinde kendine önemli bir yer edinmiştir. Önceleri kamuoyunu bilgilendirme kampanyalarıyla başlayan süreç ilaç, pazarlama, sağlık hizmeti verenlerin ve alanların da girmesiyle, sağlık iletişimi faaliyetleri kitleselleşmiştir. Dolayısıyla sağlık iletişimi hem sağlık alanında çalışanlar hem de iletişim profesyonelleri tarafından ilgi gören bir saha olarak algılanmaya başlanmıştır. Sağlık sektörü çalışanlarının hizmet sunumundaki temel yaklaşım noktasını üretkenlik, verimlilik ve psikolojik memnuniyet oluştururken, iletişim sektöründeki uzmanların hizmet sunumuna ilişkin temel yaklaşım noktasını ise denetleyicilik, etkililik ve sosyo-politik duyurum oluşturmuştur (Öztürk, 2008).

1980'ler ile 1990'ların ilk yıllarında sağlık iletişiminden daha fazla söz edilmeye başlanmıştır. Bu yıllarda sağlık iletişimi Birleşik Krallık'ta büyük ölçüde sağlık bakımı ortamında hekim ile hasta arasındaki kelimelerin kişilerarası değişimi ile sınırlı olurken; ABD ve Avustralya'da sağlık iletişiminin tanımı genişletilmiş, sağlık iletişimi "sağlık ve sağlık bakım süreçlerindeki insan etkileşiminin rolü ile ilgilenen aktif bir araştırma alanı" olarak tanımlanmıştır. Sağlık iletişiminin bu şekilde tanımlanması sağlık bakımı alanında sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi, koruyucu hekimlik, örgütsel iletişim ve

kişilerarası iletişim unsurlarını da biraraya getirmiştir (Lupton, 1994). Bu tanımdan da sağlık iletişiminin birçok unsuru barındırdığı kolaylıkla görülebilmektedir.

Ekim 2001’de biyoterörizm saldırıları ile ABD’yi sarsan şarbon vakaları sonucu Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) ve diğer otoriteler tarafından iletişim “21. yüzyılın sağlık bakımı ile ilişkili en önemli disiplini” olarak ilan edilmiştir. Bu olaydan alınan dersler (zamanında, doğru ve kitleye özel mesaj verebilme, stratejik planlama, güvenilir sözcüler bulma, eşgüdümlü çabalar, yeterli kanal kullanabilme gibi) iyi sağlık iletişimi uygulamalarına ilgi duyulmasını sağlamıştır. Sağlık iletişimine yönelik ilk hedefler ise “Healty People 2010” içerisinde yer almıştır (Schiavo, 2007). Diğer taraftan Dünya Sağlık Örgütü’nün 2002 yılında yayınladığı Dünya Sağlık Raporunda sağlık riskleri hakkında iletişimin geliştirilmesinin önemine vurgu yapması (WHO, 2002), 2015 yılında yayınladığı Etkili İletişim kitabında da sağlık iletişiminin geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunması (WHO, 2015) bu alanın gelişimine katkı sağlamıştır.

Sağlık iletişimine yönelik ilk akademik dergi 1989’dan bu yana yayınlanan “Health Communication” dergisidir. 2005’e kadar yılda 4 kez yayınlanan bu dergi, sağlık iletişimine artan ilgi nedeniyle artık yılda 12 kez yayınlanmaktadır. 1996’dan bu yana yayınlanan “Journal of Health Communication” sağlık iletişimindeki diğer önemli dergidir. Bu dergi de “Health Communication” dergisi gibi başlangıçta yılda 4 sayı olarak yayınlanırken artık yılda 12 sayı yayınlamaktadır. Sağlık iletişimine ilgi duyan araştırmacıların çalışmalarını yayınlatabilecekleri dergiler sadece isminde “sağlık iletişimi” geçen dergilerle sınırlı değildir. Sağlık bilimleri kapsamındaki dergiler de sağlık iletişimi ile ilgili çalışmalara yer verebilmektedir. Örneğin Beck ve diğerlerinin 2004’te yayınladıkları bir araştırmada “Qualitative Health Research” dergisinde sağlık iletişimi ile ilgili makalelerin sayısının (264 makale), “Health Communication” (261 makale) ve “Journal of Health Communication”(113 makale) dergilerindeki makalelerden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sağlık iletişimi alanında araştırma yapmak çok da kolay değildir. Bu durumun nedeni, sağlık konusunun fenbilimcilerin alanı, iletişimin ise sosyal bilimcilerin alanı ile ilgili olmasıdır (Okay, 2014).

1984-1998 arasındaki yıllar alanın sınırlandırılmaya, kuram ve uygulamaların farklı perspektiflerle anlatılmaya çalışılmasından dolayı sağlık iletişiminin gelişme dönemi olarak yorumlanabilir. 2000’li yıllar ise yeni teknolojilerin kullanılması, örnek olaylara daha fazla yer verilmesi, küresel çalışmaların yapılması, alanın 21. yüzyıldaki geleceği ile ilgili analizlerin yapılması nedeniyle olgunluk dönemi olarak düşünülebilir. Çünkü sağlık iletişiminin bilimsel olarak algılanışı 2000’li yıllarda ciddi ölçüde gelişim göstermiştir (Sezgin, 2015).

Sağlık iletişiminin, iletişimin bir alt dalı olarak kabul edilmesi 1975 yılına kadar uzansa da, sağlık alanında yaygın bir kabul görmesi 1990’lı yıllarda mümkün olmuştur. Kısa geçmişine rağmen sağlık iletişimi hızla gelişmiş; başlangıçta salgın hastalıkların önlenmesi amacıyla kullanılan sağlık iletişimi çalışmaları, daha sonra kapsamını genişleterek sadece bireye ve topluma sağlıklı davranışlar kazandırılmasına yönelik kampanyalarla sınırlı olan bir alan olmaktan çıkmıştır. Günümüzde ise sağlık iletişimi bir yandan toplumları tehdit eden kanser, diyabet ve kalp-damar hastalıkları gibi yaygın hastalıklardan korunma konusunda bilgi sağlanması ve bu doğrultuda tutum ve davranış değişikliği gerçekleştirilmesi amacıyla yönelik çalışmaları; diğer yandan, sağlık alanının paydaşları arasındaki kişilerarası iletişim faaliyetlerini düzenleme amacına dönük çalışmaları içermektedir. Diğer bir ifadeyle, sağlık iletişimi; sağlıklı bir toplum hedefi ile kitle iletişim faaliyetlerinin, sağlıklı birey hedefiyle de kişilerarası iletişim faaliyetlerinin düzenlendiği bir alan olma özelliği taşımaktadır (THSK, 2016).

Sağlık iletişiminin tarihsel gelişim sürecinde önem kazanması şu unsurlara bağlanabilir (Kar ve diğerleri, 2001):

- İletişim çalışmalarının bir disiplin haline gelmesi
- İnsan davranışı ve etkileşimlerine yönelik araştırmaların geliştirilmesi
- Küresel olarak sağlık ve insan hizmetleri programlarının gelişmesi
- Halk sağlığı okullarının çoğalması
- Kar amacı gütmeyen kurumlar ile resmi kurumların hastalıkları önlemeye yönelik programlar düzenlenmeye ve bu programlara yatırım yapmaya başlaması

- Hedef kitleye yönelik sağlığın geliştirilmesi iletişim kampanyalarında büyük gelişmeler kaydedilmesi

Türkiye’de ilk sağlık iletişimi çalışmaları cumhuriyetin ilk yıllarında kurulan İzmir Veremle Mücadele Cemiyeti’nin propaganda faaliyetlerine kadar uzanmaktadır. Bu cemiyet kurulduğu dönemlerde (1923) verem hastalığının kesin bir tedavisinin olmaması nedeniyle veremin yayılmasını önlemeye, tehlikenin büyüklüğu konusunda halkı bilinçlendirmeye ve kurdukları sağlık dispanserinde insanların ücretsiz hizmete erişebilmesini sağlamaya çalışmıştır. 1925’te cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam, Bakanlığın bir görevi olan toplumsal kalkınmayı gerçekleştirmek ve sağlıklı nesiller yetiştirmek için gerekli olan salgın hastalıklarla mücadeleyi ve hıfzıssıhhayı yaygınlaştırarak sıtma ile mücadeleye ağırlık vermiş, Sağlık Bakanlığının bu yönde sağlık iletişimi faaliyetlerinde bulunmasını sağlamıştır (Doğanyığıt, 2014).

Türkiye’de sağlık iletişimi ilk önce sağlık eğitiminin bir parçası olarak tüm sağlık insangücü yetiştiren okulların ders programlarında yer almıştır. Ülkemizde sağlık çalışanlarının yetiştirildiği eğitim kurumlarında sağlık iletişiminin ayrı bir ders olarak müfredatlarda yer alması ise 2000’li yıllardan sonraya rastlamaktadır. Tıp Fakültelerinde seçmeli ders olarak, Anadolu Sağlık Meslek Liselerinde ise “sağlık hizmetlerinde iletişim” adlı bir ders altında modüllerle sağlık iletişimi eğitimi verilmektedir (THSK, 2014).

Kitle iletişim araçları (medya) Türkiye’de kamu sağlığı enformasyonunun geniş kitlelere iletilmesinde birincil kaynak durumundadır ve sağlık-medya ilişkisini düzenleyen birçok yasa ve yönetmelik bulunmaktadır. Tamamen farklı kurum ve kuruluşlar için çıkarılmış yasaların içerisinde sağlık konusu kısım kısım yer almış, bir bütün halinde değerlendirilmesi çoğunlukla mümkün olamamıştır. Her kurum kendi yasal hükümleri doğrultusunda çalışmalarını sürdürürken yasa hükümleri bazen örtüşürken bazen çatışmaktadır. Kurumların yasal mevzuat kapsamında yaşadıkları iletişim kopukluğu ise verimli ve etkili çalışmaları engellemekte, kimi zaman da yetki/sorumluluk anlamında boşluğa ya da karmaşaya neden olmaktadır (THSK, 2016).

Türkiye’de yapılan araştırmalar nüfusun çok büyük bir kısmının sağlığını nasıl koruyacağını ve hastalıkları nasıl önleyeceğini bilmediğini göstermektedir. Özellikle toplumun dezavantajlı gruplarının kanıta dayalı bilgiye erişmede, anlamada ve davranışa dönüştürmede sorunlar yaşadığı bilinmektedir. Ayrıca, medya çalışanlarının kanıta dayalı bilgiye erişememeleri, medya çalışanları ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimin zayıf olması, sağlık çalışanlarının sağlık iletişimi yöntemlerini yeterince bilmemeleri, halkın sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, kurumsal ve yasal eksiklikler, sosyal medyanın etkili kullanılamaması, bilgi yönetim sistemlerinin olmayışı, sosyal pazarlama ve medya savunuculuğu tekniklerinin kullanılmaması diğer önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Dolayısıyla sağlıklı yaşam biçimi geliştirmek için epidemiyolojik yöntemlerle doğru, güvenilir ve uygulanabilir sağlık bilgisinin geliştirilmesi ve etkili sağlık iletişimi yöntemleriyle erişilebilirliğinin sağlanması gerekmektedir (THSK, 2014).

Türkiye’de sağlık iletişimine yönelik çalışmalarda en önemli kurum Sağlık Bakanlığı’dır. Sağlık Bakanlığı 11-13 Nisan 2011 tarihleri arasında sağlığın geliştirilmesi alanındaki lider ülkelerle işbirliği içerisinde, sağlık iletişimindeki güncel bilginin paylaşılması, üretilen bilginin sağlığın geliştirilmesi alanındaki diğer paydaşlara aktarılması, ülkemizdeki sağlığın geliştirilmesi çalışmalarına katkı sağlanması amacıyla İstanbul’da “1.Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu”nu düzenlemiştir. Bu sempozyumda dünyada ve Türkiye’de sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamalar, Avrupa’da sağlık iletişimi çalışmaları, sağlık okuryazarlığı, hekim-hasta iletişimi, küreselleşme ve sağlık, destekleyici sağlık çevreleri, medyada savunuculuk ve risk iletişimi, medyada sağlığın sunumu gibi konular ele alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012). Sağlık iletişimi sempozyumunun ikincisi ulusal düzeyde Anadolu Üniversitesi’nde (2016), üçüncüsü ise uluslararası düzeyde Atatürk Üniversitesi’nde (2017) gerçekleştirilmiştir.

2 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmış, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik eğitim-araştırma faaliyetlerinin yanı sıra Sağlık Bakanlığı’nın kurumsal iletişim uygulamalarının da yönetilmesi amacıyla “Sağlığın



Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü” adıyla bir hizmet birimi oluşturulmuştur. Bu Genel Müdürlüğe bağlı beş daire başkanlığından birisi “Sağlık İletişimi Daire Başkanlığına” ayrılmıştır. Sağlık İletişimi Daire Başkanlığının temel görevleri ise şu şekilde belirtilmiştir: Bireylerde ve toplumda sağlığın geliştirilmesi, sağlıkla ilgili davranış değişikliği oluşturmak için tüm sağlık iletişimi uygulama ve faaliyetlerini planlama, yürütme ve koordinasyonunun sağlanması, kamuoyunun ve medyanın doğru bilgilendirilmesi için bilgi akışının yönetilmesi, ulusal ve uluslararası tüm paydaşlarla işbirliği yapılması (Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2016a).

Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (2016b) kamu spotları ve kampanyalar aracılığıyla bireylerin sağlıklı yaşam algısına, dolayısıyla toplum sağlığına önemli katkılarda bulunmaktadır. Kamu spotları anne sütü, kan bağıışı, e-nabız, Yeşilay, obezite, Kızılay, diş sağlığı, diyabet, kalp masajı, sağlıkta şiddet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi konuları kapsarken; kampanyalar aşı, el yıkama, aile hekimliği ve evde sağlık hizmetleri tanıtımı, organ bağıışı, tütün mamulleriyle mücadele, obezite ile mücadele gibi geniş bir yelpazede gerçekleştirilmiştir. Hazırlanan kamu spotları ve gerçekleştirilen kampanyalar ile Türkiye’de sağlık iletişiminin ivme kazandığı söylenebilir.

Türkiye’de sağlık iletişimi kampanyaları, devlet, sivil toplum kuruluşları veya her ikisi tarafından birlikte gerçekleştirilmektedir. Sağlık sektörü paydaşları sosyal sorumluluk bağlamında giderek artan oranda sağlık kampanyalarını desteklemekte ya da bizzat bu kampanyalara öncülük etmektedir. Sigara bırakma kampanyaları, aşı kampanyaları, hastalıkların mücadelesi ve önlenmesine karşı farkındalık kampanyaları, kitlesel sağlık iletişimi kampanyalarına örnek olarak verilebilir (Doğanyigit, 2014). Diğer taraftan sağlık alanında doğru bilginin paylaşılması için “sağlıklı bilgi-sağlıklı iletişim-sağlıklı yaşam” anlayışıyla yola çıkan akademisyen, hekim ve gazetecilerin 2013 yılında kurduğu “Sağlık İletişimi Derneği” sağlık iletişimi ile ilgili sivil toplum kuruluşuna örnek olarak gösterilebilir (Sağlık İletişimi Derneği, 2016).

Sağlık Bakanlığı bünyesinde SGGM haricindeki bazı birimlerin de sağlık iletişimine katkı sağladığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin niteliğinden dolayı etkili bir iletişim

sürecinin zorunlu olduğunun farkında olan Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi'nin (SABİM); sağlık hizmetlerini planlayıp yönetenleri, sağlık hizmeti sunanları, sağlık hizmetlerinden yararlananları uzlaşımsal bir platforma taşımak suretiyle sağlık sisteminde etkili iletişim sağlamayı amaç edinerek faaliyetlerini sürdürmesi bu duruma örnek olarak verilebilir (SABİM, 2016).

Sağlık iletişimi denildiğinde akla ilk olarak Sağlık Bakanlığı gelse de sağlık iletişiminden sadece Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı ile Ulaştırma Bakanlığı şu ya da bu kapsamda sağlık iletişiminin bir boyutundan sorumlu görülebilmektedir. Örneğin uyuşturucuyla mücadele kapsamında tüm bu bakanlıkların koordineli çalışmaları söz konusudur. Ayrıca Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK), Rekabet Kurumu, Dış Ticaret Müsteşarlığı, Adli Tıp Kurumu, Valilikler, Belediye Başkanlıkları gibi daha pek çok kurumun da sağlık iletişimine katkı sağlayabileceği söylenebilir (Yüksel, 2015).

Sağlık iletişimi alanında verilen akademik eğitimlerde son yıllarda artış gözlemlenmektedir. Bugüne dek genellikle halkla ilişkiler, tanıtım ve reklamcılık gibi bölümlerin içinde bir ya da iki ders konusu olarak ya da kampanya düzeyinde uygulamalı bazı sağlık iletişimi eğitimleri gerçekleştirilmiştir. Ancak bunlar kurumsal ya da toplumsal iletişim boyutlarına yönelik içeriklerdir. Tıp fakültelerinde hekim-hasta iletişimi bağlamında konuya bireysel iletişim perspektifinden yaklaşılmaktadır. Doğrudan sağlık iletişimi alanına seslenen ilk lisansüstü eğitim programı 2013 yılında Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde açılan “sağlık hizmetlerinde iletişim yüksek lisans programı” olmuştur. Ayrıca Galatasaray Üniversitesi ve Anadolu Üniversitesi tarafından sağlık iletişimine yönelik sertifika programları düzenlenmektedir (Yüksel, 2015).

Son olarak sağlık iletişimine yönelik lisansüstü çalışmalar incelendiğinde Mart 2018 itibarıyla Türkiye’de 10 yüksek lisans tezi, 4 doktora tezi ve 1 tıpta uzmanlık tezi olmak üzere toplam 15 araştırma gerçekleştirilmiştir. Genellikle halkla ilişkiler ve sağlık kurumları yönetimi anabilim dallarına bağlı olarak gerçekleştirilen bu

araştırmalarda sağlık iletişiminde sosyal medya ve sosyal pazarlama, sağlık iletişimi paradigmaları, sağlık iletişiminde kullanılan kamu spotları ve gmenlere ynelik sağlık iletişimi gibi konulara yer verildiği grlmektedir (Yksek ğretim Kurulu, 2018b). Bu alandaki ilk lisansst çalışmanın 2004 yılında tamamlandığı gznne alınırsa sağlık iletişiminin Trkiye’de yeni fakat ilgi duyulan bir alan olduğu sonucuna varılabilir.

### 2.3. HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ

İletişim teknolojilerindeki ilerlemeler, insan haklarındaki gelişmeler ve küreselleşme birçok hizmet sektörünü ve uygulamalarını etkilediği gibi, sağlık hizmetlerini ve sunumunu da etkilemiştir (Gezergün ve diğerleri, 2006). Hastalıklar, hastalıklardan korunma yolları ve tedavi biçimlerinde yaşanmakta olan değişimin yanı sıra sağlık hizmeti sağlayanlar ile hastalar arasındaki iletişimin doğası da değişmektedir (Sezgin, 2013).

Hekimliğin uzun bir zaman dilimi içinde sergilediği değişimler ve dönüşümler şüphesiz tıbbın hem iç, hem de dış belirleyicilerinden kaynaklanmaktadır. Hekim kimliğindeki yansımaların yanı sıra, tıbbın hizmet verdiği toplumlar da ciddi farklılaşmalar sergilemektedir. Bu durum da hekim-toplum ilişkisinin çözümlenmesi ile birlikte hekim-hasta ilişkisinin çok boyutlu yapısına ışık tutulmasını gerekli kılmaktadır (Arda, 2006).

Tıbbi uygulamaların temel dayanağını hekim ve hasta arasındaki ilişki oluşturmaktadır. Tedavinin başarısı hekim-hasta ilişkisinin şekline ve gücüne dayanır. Hekimlerin klinik uygulamaların yanı sıra hastalarının duygusal gereksinimlerini değerlendirirken bu gereksinimlere açık ve etkili bir şekilde karşılık vermede gerekli becerilere sahip olmaları klinik duyarlılığın bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Hardoff ve Schonmann, 2001) ve bilimsel gelişmelere rağmen hekim-hasta ilişkisi “tıpta değişmeyen olgu” olarak tanımlanmaktadır (Chin, 2001).

Hekim-hasta ilişkisi “hasta merkezli” ve “hekim merkezli” olmak üzere iki ayrı başlıkta ele alınabilir. Hasta merkezli yaklaşımda, hekim hastanın durumuna göre hastanın bilgi ve tecrübelerini teşhis ve tedavi aşamalarında kullanabilmektedir. Burada hastanın ilişki sürecine aktif bir katılımı gözlenebilir. Hasta merkezli yaklaşım açık uçlu sorularla iletişim kurmayı, hastayı dikkatli bir şekilde takip etmeyi, hasta duruncaya kadar dinlemeyi ve onun ifadeleriyle ilişkili soru sorarak onu anlamayı esas alan ve hastanın verdiği kararlara saygı duyan bir yöntemi önermektedir. Bu yaklaşımın amacı; hastanın kaygılarının ortaya çıkarılması, durumunun anlaşıldığının ona fark ettirilmesi, onunla empati kurulması, iletişimde anlaşılır bir dil kullanılması, kaygı ve sorunların

çözümünde onunla ortak ilişki kurulması, hastanın durumunu hekimin kavradığından emin olması, güven duyması ve hastanın ihtiyaç duyduğunda nasıl bağlantı kuracağına bilinmesinin sağlanmasıdır. Hekim merkezli yaklaşımda ise, hekimin birincil görevi zamanı iyi kullanmaktır. Hekim merkezli yaklaşımda hekim; hastanın rahatsızlık öyküsünü, öz geçmişini, aile öyküsünü, sosyal ve iş öyküsünü sorgulamakta ve sistemlerin gözden geçirilmesi neticesinde teşhis ve tedavi sürecinin şekillendirilmesinde karar veren kişi olmaktadır. Bu yaklaşımda hastanın kaygıları değil, hekimin bilgi ve tecrübeleri ön plana çıkmaktadır (Ataç, 2009). Hekim-hasta iletişimindeki bu iki yaklaşım hasta özerkliği ile hekim otoritesi arasındaki potansiyel uyumsuzluklarla ilgilidir. Karşılıklı anlaşmayı desteklemenin yanı sıra çatışmalar da görülebilmektedir (Roter ve Hall, 2006). Hasta ve hekim merkezli görüşme teknikleri Tablo 7’de sunulmuştur.

**Tablo 7. Hasta ve Hekim Merkezli Görüşme Teknikleri**

Hasta Merkezli Görüşmede Yapılanlar	Hekim Merkezli Görüşmede Yapılanlar
Hastanın sözünün bitmesini beklemek	Görüşme için ayrılan süreyi belirtmek
Açık uçlu sorular sormak	Kapalı uçlu sorular olmak
Beklemek, molalar vermek	Yapılan görüşmede farklı konulara geçmek
Hastanın konuşmaya devam etmesini sözlü ve sözsüz bir biçimde teşvik etmek	Hastanın sözünü kesmek
Hastanın söylediklerini ele almak, detaylandırmak	Kendi konularını ortaya koymak
Hastanın söylediklerini kendi ifadeleriyle toparlamak	Anlaşmaya varmak
Duyguları yansıtmak	Görüşmenin bittiğini ifade etmek

Kaynak: Okay, 2014

Hekim-hasta ilişkisinde her iki taraf karşılıklı olarak birbirini etkiler. Klinik hekimlikte hekim-hasta arasındaki görüşme zamanı süresince karşılıklı etkileşim ve değişim yaşanmaktadır. Hekim-hasta ilişkisini, konusu insan olan diğer uğraş alanlarından ayıran (özgün kılan) en önemli özellik birebir ilişki tipi olması ve hekimin eylemlerinin sonuçlarının hasta bedenine (bazen vücut bütünlüğünü bozan) etki edebilmesidir. Tıp öznesi ve nesnesi insan olan bir alandır ve geçmişten günümüze bir bilimden ziyade amacına yönelik olarak bilimleri kullanan bir uygulama alanı olarak evrimleşmiştir.

Hekimin etkin işgören konumunda olduğu bu alanda hastayı uygulama alanının tüm ilişkilerinden soyutlanan bir nesne olarak değerlendirmek mümkün değildir (Çobanoğlu, 2016).

Tıp alanındaki teknolojik gelişmeler ve yaşanan bilimsel atılımlar, hekimlere birçok kolaylık sağlasa da bu kolaylıklar tanı koyma ve tedavi olanakları ile ilgili olup tedavi sürecinin teknik yönünü içermekle birlikte tedavi sürecinin kişilerarası yönünü dikkate almamaktadır. Halbuki hasta olmak tıbbi bir olgunun yanı sıra aynı zamanda sosyal bir rolü de içermektedir. Dolayısıyla tedavi sürecinde, diğer tıbbi tüm faktörlerin yanında tedavi ekibinin hastaya yaklaşımının ve hastaya davranış biçiminin de büyük etkisi vardır. Şahin'e göre tedavi sürecinde tıbbi nedenlerin dışında kalan en önemli eksiklik, en belirgin olarak hekim ile hasta arasındaki iletişimde kendini göstermekte ve hastanın hekime duyduğu güven ve tedavinin gereklerini yerine getirme açısından büyük sorunlar doğurmaktadır (Uludağ, 2011).

Sağlık hizmetlerinde iletişimin en bilinen ve sık kullanıldığı uygulama alanı kişilerarası iletişimdir. Makro ve disiplinlerarası sağlık iletişimi strateji ve uygulamalarının temel boyuttaki karşılığı hekim-hasta, hasta-sağlık çalışanı ve sağlık çalışanı-hekim arasında kurulan iletişim bağlarıdır. Bu iletişim bağları çok sayıda farklı disiplinden yetişmiş uzmanlık alanına ve yoğun insan ilişkileri gerçeğine sahip sağlık kurumlarında hizmeti sunan kişilerin bireysel tutum ve davranışlarına önemli roller yüklemektedir (Şengül, 2016). Hekimler mesleklerinin bir gereği olarak hem hastalarla, hem de diğer sağlık çalışanları ile sürekli iletişim halinde bulduklarından, gelişen tıp teknolojilerinden ve artan hasta beklentilerinden dolayı hekimlere yüklenen rollerin daha fazla olduğu söylenebilir.

Hekim ve hasta arasındaki bilgi alışverişi hastanın problemlerinin ve gelecekteki tedavi planlarının tartışılması açısından da önemli bir süreç olarak görülmektedir (Ishikawa ve diğerleri, 2009). Hekimler ve hastalar farklı kültürel dünyada yaşamaktadır ve farklı gerçeklerle karşı karşıyadır. Hastalar kendileriyle ilgili rahatsızlıkla (illness), hekimler ise hastalıkla (disease) uğraşmaktadır. Bunun için hekim ve hasta arasındaki ilişki basit bir şekilde kendi rollerini yerine getirmekten ziyade derin yapısal özellikler taşımaktadır

(Cirhinlioğlu, 2016). Hekim-hasta iletişimde karşılıklı haklar ve sorumluluklar, diğer bir ifadeyle “roller” (Tablo 8) söz konusudur. Bu roller aşağıda sunulmuştur (Ataç, 2009).

**Tablo 8. Hekim-Hasta İletişiminde Roller**

<b>Hasta: Hastalık Rolü</b>	<b>Hekim: Profesyonel Rolü</b>
<p><b>Zorunluluklar ve Ayrıcalıklar</b></p> <p>1.Mümkün olan en kısa sürede iyileşme isteği.  2.Hekimin kontrolünden geçmek ve hekimle beraber çalışmak.  3.Bazı normal aktivitelerine ve sorumluluklarına izin verilmesi beklentisi.  4.Tıbbi bakıma ihtiyaç duyduğunu düşünmesi ve hastanın kendi kendine iyileşemeyeceğine karar vermesi.</p>	<p><b>Beklentiler</b></p> <p>1.Hekim hastalıkla ilgili problemlerde bilgi birikimine ve uygulama becerisine sahip olmalıdır.  2.Hekim, kendi çıkarından çok hastanın refah düzeyini ve toplumun refahını düşünmeli, para ve çikara önem vermemelidir.  3.Hekim objektif olmalı ve duygularından sıyrılmalıdır (hastaların kişisel özellikleri doktorun işine yansımamalıdır).  4.Kurallara ve mesleki çalışmalara uygun iş yapmalıdır.</p> <p><b>Haklar</b></p> <p>1.Hastanın fiziksel incelemesinde hekimin muayene haklarının kabul edilmesi gerekir.  2.Mesleki özerkliğe sahip olduğu kabul edilmelidir.  3.Mesleki pozisyonunun otoritesini hastayla ilişkide korumalıdır.</p>

Kaynak: Ataç, 2009

Parsons, hastanın hastalığından kurtulmak için gösterdiği çabaları hastanın rolü olarak tanımlar. Bu çabalar, hastaların hekim tarafından bazı aktivitelerden men edilmesini, hastanın normal aktivitelerden vazgeçmesini ve iyileşmeden de sorumlu olmasını içerebilir. İyileşme sorumluluğu, hastayı harekete geçirir ve hasta bunun için hekimin yardımına başvurur. Hekim ile hasta birlikte çalışarak hastanın iyileşmesini sağlar. Hekimin ve hastanın sosyal sorumlulukları ve hakları muayene sırasında oluşabilecek potansiyel çatışmaların ortaya çıkmaması açısından önemlidir. Ancak hem hekimin hem de hastanın kendine özgü nitelikleri nedeniyle hasta ve hekim rolleri önemli derecede belirsizlikler içerebilir. Birçok hasta hekim tarafından muayene edilirken şikayetlerini ve ağrılarını saklayabilir veya tam olarak ifade edemeyebilir. Diğer taraftan hekimlerin

tecrübe eksikliği teşhis ve tedavide önemli rol oynayabilir. Hekimin zamanına uygun, tam ve doğru bilgiye sahip olmaması veya tıbbi bilginin kendisinin sınırlarını aşması hekimi belirsizliğe itebilir (Ataç, 2009).

Hekim-hasta iletişimine yönelik araştırmalar genel olarak iki önemli perspektif altında incelenmektedir: Tıbbi perspektif ve dilbilimsel perspektif. Tıbbi perspektif sosyolojik bir çerçevede tıbbi araştırmacılar tarafından gerçekleştirilen ve iletişimi hasta memnuniyetini sağlayan, nihayetinde hastaların iyileşmesine rehberlik eden bir araç olarak vurgulamaktadır. Dilbilimsel (veya mikro-analitik) perspektif ise hekim-hasta görüşmesinde kullanılan iletişim stratejileri ile bu görüşmeyi etkileyen yaş, cinsiyet, sosyal statü gibi değişkenlerin üzerinde durmaktadır (Cordella, 2004).

İletişim kopukluğu sebebiyle karmaşık bir süreç olan tedavide, “yanlış yaparım” korkusu ile hastanın tedaviye uymak istememesi, hastaya yanlış tedavi uygulanması, zaman kaybı ve ekonomik kayıplar, gereksiz ilaç kullanımı, alternatif tıba eğilim gösterme, fiziksel saldırı ve şiddet, hekim-hasta iletişimde ortaya çıkan sorunların oluşturduğu sonuçlar arasındadır (THSK, 2016). Hekimler ile hastalar arasında genellikle açık ve etkili bir iletişimin gerçekleşmediği ve bazı iletişimsel sorunların yaşandığı bilinmektedir. İletişim her zaman hekimin istediği biçimde gerçekleşmeyebilir. Ancak hekim ile hasta arasında az da olsa anlaşma, uzlaşma ve sağlıklı bir iletişimin sağlanması zorunludur (Yağbasan ve Çakar, 2005).

Hekim-hasta iletişimi, hekimin sahip olduğu kurumsal otoriteden ve bilgiden dolayı asimetrik bir yapıya sahiptir. Asimetrik iletişim, simetrik iletişime dönüştürülmediği ve bir denge kazandırılmadığı sürece taraflar arasında diyaloga kapalıdır. İletişimi enformasyona sahip olan taraf yönetmekte ve yönlendirmektedir. Otoritenin yarattığı itaat, çoğunlukla gönüllü bir itaattir. Hekim-hasta iletişim sürecinin, empati, dengeli bir iletişim ve hastanın güveninin kazanılmasını sağlayacak bir içerikte gerçekleşmesi gerekmektedir (Şengül, 2016).

Hekim-hasta iletişimde karşılıklı yabancılık duygusunun ve bundan kaynaklanan korkunun giderilerek olumlu bir yaklaşımın sağlanması en birinci koşuldur. Hastalar en



çok yabancı ve bilinmeyenden korkarlar. İlk karşılaşmada hekim de, hasta da bilinmeyenle karşı karşıyadır. Hasta-hekim karşılaşmasında iletişimin hekim tarafından başlatılması hastaya cesaret verici olmaktadır. Hekim-hasta iletişiminde başlıca amaç; hastanın tıbbi sorununun tanımlanmasının yanında hastayı anlama, kabul etme, empati gösterme, iletişim engellerini azaltma ve hastanın tedaviye katılımını sağlama olmalıdır. Bu nedenle hastayı bireysel ve sosyal kimliği ile bütünleşmiş bir insan olarak ele alıp tanımaya yönelik bir tutum, olumlu ve verimli bir iletişim kurulmasını sağlar (Eğritaş, 2014).

Kendi hastalığının ve tedavisinin doğasını anlayan, sorunlarının iyileşeceği konusunda sağlık hizmeti sunucusuna inanan hastaların tıbbi uygulamalardan daha çok tatmin olma ve tedavi protokolüne uyma olasılığı fazladır. Özellikle hekimlik gibi yoğun stresli bir işle uğraşıldığında iletişimin sürekli geliştirilmesinin sağlık sonuçlarının yanı sıra hekimin iş tatmini üzerinde de olumlu etkileri vardır. Etkili hekim-hasta iletişiminin bazı faydaları şunlardır (THSK, 2016):

**Daha doğru teşhis:** Yapılan çalışmalarda kesin tanıların %70'inin hastaların hikayesine dayandığı ortaya konulmuştur. İletişim becerilerinin etkin kullanımı ve hastanın anlattıklarının doğru biçimde dinlenmesiyle alınan yanıtların, hastalığın ciddiyetinin farkına varılmasına katkısı büyüktür. Açık ve etkin iletişim doğru teşhisin konulmasında en önemli etmendir.

**Zaman tasarrufu:** Teşhis aşamasında, hastanın tam anlamıyla kendini ifade etmesine fırsat verilmemesi zaman kaybına yol açmaktadır. Hekim görüşmeyi bitirmeye hazırlandığı sırada hasta, merak ettiği bazı hususları sormaya başlamakta ve hekim bu durumda hastayı dinlemek zorunda kalmaktadır. Görüşme sonunda sorulan soru, hekim tarafından ciddi bir sağlık sorunu olarak algılanıyorsa, o zaman görüşmenin önceki kısmı tamamen boşa gitmiş demektir. Zaman kaybını engellemenin en önemli yolu; görüşmenin başında mümkün olduğunca hastaya süre tanımak ve onun kendini ifade etmesine fırsat sunmaktır. Buna göre hekim iyi dinleme yeteneğine sahip olmalıdır.

**Daha sadık hastalar:** Hastaların uzun yıllar aynı hekime devam etmesi ve başka hekimlere yönelmemesi, kurulan iletişimin kalitesi ile yakından ilişkilidir. Tıbbi sonuçların yanı sıra hekim değiştirme gerekçelerinin büyük bir kısmı, iletişim düzeyinin düşük olmasıyla ilgilidir.

**Tedaviye daha iyi yanıt alma:** Hekim-hasta arasındaki etkin iletişim, yalnızca hastanın duygusal sağlığı üzerinde değil, semptomların ortadan kaldırılması ve ağrının kontrol altına alınması gibi sağlık sonuçları üzerinde de olumlu etkiye sahiptir.

**Daha yüksek nitelikte bakım:** Hekim, hasta ile iyi iletişim kurduğunda hastaların verilen hizmetin niteliğine atfettikleri değer yüksek olmaktadır. Hastanın tedaviye atfettiği kalite düzeyi, onun hizmetin sunumuna yönelik algısı ile yakından ilişkilidir. Hekimin tavrından ve ilgisinden memnun olan hasta, aldığı hizmeti de kaliteli olarak nitelemektedir.

**Yanlış tedavi riskinin azaltılması:** Yapılan pek çok araştırma hekimlere açılan davaların büyük çoğunluğunun kötü iletişimden kaynaklandığını göstermiştir. Beckman ve arkadaşları yanlış tedavi iddialarının %70'inde hekim ile hasta arasındaki iletişimin sorunlu olduğunu ortaya koymuştur. Hekimler hastalarına karşı tavırlarını değiştirerek dava riskini azaltabilirler ve hasta memnuniyetini artırabilirler.

### 2.3.1. Hekim-Hasta İletişiminin Önemi

Hastalar birincil bakım uygulamasından çıktıklarında çoğu zaman birçok şeyi hatırlamak zorunda kalmaktadır. Hastalarla etkin iletişim kurmak, hastanın kendi kendine yönetimini, zamanın etkin kullanımını ve hasta güvenliğini sağlamaktadır. İster teşhis amaçlı olsun, isterse ilacın doğru kullanımı, hastanın laboratuvara hazırlanması, evde bakımının yapılması ve izlenmesi veya randevu planlarının yapılması olsun her düzeydeki iletişim önem arz etmektedir (Dewalt ve diğerleri, 2010).

İletişim, özellikle hastalığın tedavisi sürecinde merkezi bir rol oynamaktadır. Hastaların tedaviye inandırılmaları, beklenen ve istenen sağlık davranışının ortaya çıkarılması etkili bir iletişim stratejisinin uygulanması ile mümkündür. Hastanın kendisini ifade

etmesi, hekimin hastayı tedavi sürecine inandırması ve tedaviye yönelik tavsiye aşamalarının tümü iletişim ile ilişkilidir. Hastanın hekime güveni ve ortak bir anlam çerçevesinin oluşturulması, tedavinin başarısını etkileyen temel öğedir. Yapılan araştırmalar, vücut dili de dahil olmak üzere iletişimsel simgeleri iyi kullanan hekimlerin, hastanın güvenini kazanma ve tedaviye cevap almada diğer meslektaşlarına oranla daha başarılı olduğunu göstermektedir (Bulduklu, 2010). Hekimlerin başarısı; tedaviyi nasıl uygulayacaklarının veya hastalara ne tür bilgiler sunarak onları eğiteceklerinin yanı sıra, hastalara yaklaşımlarından hastalarına ayırdıkları zamana, kullandıkları dilden uyguladıkları vücut dillerine kadar birçok iletişimsel ortama veya iletişimsel başarıya da bağlı olmaktadır (Yağbasan ve Çakar, 2005).

Çağdaş tıp eğitimi, hekim ve hasta arasındaki iletişim becerilerinin sistematik bir biçimde kazandırılmasını zorunlu kılmaktadır. Hekimlerin laboratuvara ve ileri tetkiklere daha çok yönelmesine yol açan temel düşüncelerden biri de, hastaların çoğu zaman kendileri ile ilgili tüm gerçekleri hekime aktarmakta istekli olmamaları ve hekimin sorularına açık ve kesin yanıtlar vermedikleri düşüncesidir. Bu düşünce hekim ve hasta arasında iletişimin iyi kullanılmamasının bir yansımasıdır. İletişim becerilerine sahip ve iletişim tekniklerini iyi kullanan hekimlerin en olumsuz şartlarda bile hastalarıyla ilgili en detaylı bilgilere ulaşabileceği kabul edilmektedir (Ataç, 2009).

Hasta-hekim görüşmesinde iletişim yetersizliğinden kaynaklanan tüm olumsuzluklar, ileri tetkiklere yönelmenin getirdiği ek ekonomik maliyetin yanında, hastaların kendi içlerine kapanmalarına neden olmaktadır. Bu durumdaki hastalar anlaşılmadıklarını düşünerek tanı ve tedaviden şüphe duymakta; hasta uyumu, güveni ve iş birliği daha baştan yok olmaktadır. Ayrıca hastalar tatmin olmadıkları ve hayal kırıklığına uğradıkları için birçok farklı hekime başvurmakta, bu nedenle zaman, para ve yaşam kalitesinde önemli kayıplar meydana gelebilmektedir. Hastaların durumunun iyi anlaşılabilmesi neticesinde, hekim hatalarının ve teşhis-tedavi uyumsuzluğunun oluşması ve yararsız tedavilerin uygulandığı da görülebilmektedir (Ataç, 2009).

Hekim hasta ilişkisinde katılımcı bir iletişim ortamının sağlanması, hastaların hekimlere duyduğu güveni artırmakla birlikte hastanın tedaviye uyumuna olumlu yönde etki

etmektedir. Hekimlerine güvenen hastalar kişisel özelliklerini ve hastalığına ilişkin semptomlarını daha rahat ifade edebilmektedirler. Böylece tedavi süreçleri daha etkin bir şekilde tamamlanmakta ve süreç içerisinde istenmeyen olası problemlerin önüne geçilebilmektedir (Gülcemal ve Keklik, 2016).

Birleşik Komisyonun (Joint Commission) akreditasyon standartlarında iletişim hasta haklarının bir konusu olarak yansıtılmakta ve hasta güvenliği açısından önemi vurgulanmaktadır (IOM, 2009b). Hekim-hasta iletişimi sağlık bakımı için son derece önemlidir. Hekim ve hasta arasındaki pozitif bir ilişki hastaların kendine olan güvenini ve motivasyonunu güçlendirebilir. Bu durum da daha iyi sağlık sonuçlarına öncülük edebilir. Hekimlerle ilgili şikayetlerin büyük bir çoğunluğu hekimlerin yeterliliklerinden ziyade iletişim ile ilgilidir. Hastalar sıklıkla tıbbi terminoloji ve sağlık bakım kavramlarını yanlış anlayabilmektedir. Dolayısıyla hekimlerin prosedürleri ve talimatları hastaların anlayacakları şekilde açıklaması gerekmektedir. Hastaların bilgi ve anlayışlarını geliştirmek için eğitimsel girişimlere (yazılı, sözlü veya internet ve multimedya aracılığıyla) ihtiyaç vardır (Kyle ve Shaw, 2014).

Amerikan Tıp Birliği, Amerikan Aile Hekimleri Akademisinin de dahil olduğu pek çok profesyonel dernek ve kurumun hasta ve hekim iletişimine yönelik yönerge ve kursları bulunmaktadır. Bu dernek ve kurumlar hastaların hisleri, okuryazarlık düzeyleri ve ihtiyaçlarının önemine vurgu yaparak bu faktörlerin hasta uyumu ile hasta sonuçlarını etkileyebileceğini belirtmektedir (Schiavo, 2007).

### **2.3.2. Hekim-Hasta İletişimini Etkileyen Faktörler**

İnsanlar pek çok sorunu iletişim yoluyla çözebildiği gibi pek çok sorunu da iletişim bozukluğu sebebiyle oluşturmaktadır. Günümüzde hastanelerde hekimler ile hastalar arasında sağlıklı iletişim kurulamadığından şikayet edilmektedir. Hekim-hasta iletişimindeki bozuklukların temelinde ise iletişim kopukluğu bulunmaktadır (Özkan, 2008). Hekim-hasta iletişimi yalnızca bilgiye sahip olma süreci değildir. Son derece karmaşık faktörler hekim-hasta iletişimini etkilemektedir. Bilgiyi kullanma biçimi, hasta mahremiyeti, hekim-hasta arasındaki güç dengesizliği, hastanın sosyal, kültürel ve ekonomik statüsü, hekimin ve hastanın kişisel iletişim becerileri, psikolojik durumları

ile hastalık/hasta karşısında gösterdikleri bireysel tepkiler bu faktörler arasında gösterilebilir (THSK, 2016).

Hekim ve hasta etkileşimi üzerine yürütülen saha çalışmaları, söz konusu etkileşim sürecinin durumsal faktörlerden ve taraflara bağlı değişken faktörlerden etkilendiğine işaret etmektedir. Hekim-hasta etkileşimini etkileyen durumsal faktörler, hekimi bekleme süresi, sağlık hizmeti alınan kurumun hastalığın tedavisi konusunda yetkinliği gibi değişkenlerle ilgilidir. Hekim-hasta etkileşimini etkileyen taraflara ilişkin faktörler ise hekimin iletişim biçimi (hasta ile duygusal ilişki kurma, yakın ilişkide bulunma, hastayı bilgilendirme düzeyi), hastalığın düzeyi, hastanın psikolojik ve zihinsel durumu ile yaş, eğitim, cinsiyet gibi tarafların demografik özellikleridir (Çiftçioğlu ve Ordun, 2010).

Hekim-hasta iletişimini etkileyen faktörler, hekimler ve hastalar açısından ayrı ayrı değerlendirilebilir. Hekimle ilgili faktörler hekimin kültürel bilgisi, sosyal sınıfı, mesleki gönüllülüğü, kişisel özellikleri, sağlık hizmetlerine karşı tutumu ve politik yönlendirmeleri içerirken hastayla ilgili faktörler yaş, cinsiyet, okuryazarlık düzeyi, eğitim seviyesi, sosyal sınıf, kültür, sağlık satüsü ve ilgiyi kapsamaktadır (Roter, 2006).

Hekim ve hasta arasındaki ilişkide hekimin hastası ile ne tür bir iletişim kuracağına dair bir değerlendirme yapması gerekmektedir. Tıp, her ne kadar bir sosyal bilim olmasa da hekimlik mesleği insanlarla ilgili olduğundan hastalar ile kurulan iletişimin yönetilmesi de önemlidir. Bu iletişimin yönetilmesinin temel kuralı da iletişime hazır olmaktır. Birçok hastayı muayene etmek, hastaların anlatılanları anlayamamaları gibi haklı nedenlerden dolayı iletişime hazır olmak kolay olmasa dahi idealde hekimlerden iletişime hazır olmaları beklenmektedir (Okay, 2014). Hekim ile hasta arasındaki iletişimin kalitesinin artırılması için hekimlere hastalar ile hızlı konuşmamaları, sade ve tıbbi olmayan bir dil kullanmaları, resim çizmeleri veya göstermeleri, önemli bilgileri tekrarlamaları, hastalara soru sorarak talimatları onların söylemelerini sağlamaları (geribildirim tekniği), utangaçlıktan uzak bir çevre oluşturmaları ve hastaların rahat bir şekilde soru sormalarına imkan tanımaları önerilmektedir (Weiss, 2007).

Hekim-hasta iletişiminde, iletişim kazalarının ortaya çıkmasında hasta ya da hekim tek taraflı olarak sorumlu değildir. İki tarafın da iletişim kazalarının ortaya çıkmasında etkileri büyüktür. Hasta, hekime sağlık sorunlarını anlatırken açık ve yalın ifadeler kullanmayabilir, hızlı ya da çok yavaş konuşabilir, ses tonu çok alçak veya yüksek olabilir. Bununla birlikte hastalığı dışında çok fazla bilgi vererek detaylarda boğulabilir, kelimeleri yanlış kullanabilir veya hastalığı hakkında yeterli bilgiyi ifade edemeyebilir. Hekimler ise çalışma şartlarının zor olması ve hasta yoğunluğunun fazla olmasından dolayı yorgun ve gergin olabilir. Hekimlerin tutmuş oldukları icap nöbetleri (gece nöbetleri) hekimlerin asabi olmalarına sebep olabilmektedir. Hastalar, hastane ortamına yabancı olmaları ve hastalık hakkında yeterli bilgileri olmamasından dolayı aşırı sinirli ve panik içinde olabilirler. Bu faktörlerin bir arada olması da doğal olarak iletişim kazalarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Eğritaş, 2014).

Hastaların hekim ile iletişim süreci içindeki psikolojik ve sosyal durumlarının yeterince bilinmemesi sebebiyle oluşan iletişim kazaları genellikle fiziksel saldırı ve şiddete dönüşmektedir. Bunun sonucunda basına yansıyan haberler toplumun, hekimleri haklı görenlerle, hasta ve hasta yakınlarını haklı görenler olarak ikiye ayrılmasına yol açmaktadır. Bu durum bir yandan taraflar arasında güvensizliği artırırken, öte yandan şiddetin yaygınlaşmasına ve toplumda kabul görmesine sebep olabilmektedir. Son yıllarda hekimlere yönelik olarak, basına yansıyan veya yansımayan, bazıları ölümle sonuçlanan çok sayıda fiziksel şiddet olayı gözlenmektedir. Sonuç olarak hekimlerde moral ve motivasyon eksikliği oluşmakta, tedavi ve rehabilitasyon aşamasında görevini gereği gibi yerine getirmede engel teşkil etmektedir (THSK, 2016).

### **2.3.3. Hekim-Hasta İletişimi Modelleri**

Hekim-hasta ilişkisi tıbbi durum ve sosyal faaliyet alanı olmak üzere 2 temel esasa bağlıdır. Hekimlerin ve hastaların teknik becerileri ile iletişim yetenekleri “tıbbi durum” içerisinde yer almaktadır. “Sosyal faaliyet alanı” ise sosyo-politik ve entelektüel-bilimsel iklime değinmektedir (Kaba ve Sooriakumaran, 2007). Hekim-hasta ilişkisi, tıbbi bilgi-beceri, sosyal ve moral değerler atmosferinin yanı sıra iletişimi de gerekli kılmaktadır (Türkmen, 2009).

Sağlıklı bir toplum oluşturulması ya da mevcut sağlıklı ortamın sürdürülebilirliğinin sağlanması hekim ve hasta arasındaki ilişkilerin nitelikleriyle yakından ilişkilidir. Hastalıklara tanı koyulması ve hastalıkların tedavi edilmesindeki başarı, hastalarla kurulacak olumlu ilişkilere bağlıdır. İyileşmek, hastalığının gerçek nedenlerini ve tedavi seçeneklerini öğrenmek isteyen her hasta da doğal olarak hekimlerle iyi bir ilişki kurmak isteyecektir (Cirhinlioğlu, 2016).

Her meslekte hizmet veren-hizmet alan, danışan-danışılan arasında bir ilişki ve bu ilişkinin de kendine özgü kuralları, doğruları ve yanlışları vardır. Diğer meslek sahiplerinden farklı olarak hekimlerin ilişki kurduğu hastalara karşı tıp etiğinden, hukuktan ve gelenekten kaynaklanan sorumlulukları ve yükümlülükleri bulunmaktadır. Hem hastalara hem de hekimlere bazı sorumluluklar yükleyen hekim-hasta ilişkisinin var olan ve ideal biçimiyle ilgili çeşitli tespitler yapılmış ve önerilerde bulunulmuştur (Henzel, 2009). Bu çerçevede ortaya çıkan başlıca hekim-hasta iletişim modelleri aşağıda sunulmuştur.

Szazs ve Hollender (1956) hekim-hasta iletişimine yönelik üç iletişim modeli önermektedir: Aktiflik-pasiflik (etkinlik-edilgenlik) modeli, rehberlik-işbirliği modeli ve karşılıklı katılım modeli. Aktiflik-pasiflik modeli tarihsel olarak en eski kavramsal model olarak kabul edilmektedir. Ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkiye benzetilen bu modelde akut travmada, komada veya anestezi altında bulunan hastada olduğu gibi hasta adına kararı hekim vermektedir, hasta edilgen konumdadır. Çoğu tıbbi uygulamanın temelini oluşturan rehberlik-işbirliği modelinde, hastanın bir ölçüde etkin olduğu, hekimin yapılması gerekenleri belirlediği, hastanın da bu duruma uyduğu, dolayısıyla hekimin tavsiyelerini yerine getirdiği için edilgen konumunun da bulunduğu görülmektedir. Bu model ebeveyn ile ergen çocuk arasındaki ilişkiye benzetilmektedir. Karşılıklı katılım modelinde ise hekimin hastanın kendisine yararlı olmasına yardım etmesi ve karşılıklı katılım söz konusudur. Szazs ve Hollender'in hekim-hasta iletişimi ile ilgili 3 modeli Tablo 9'da karşılaştırılmıştır.

**Tablo 9. Szazs ve Hollender'in Perspektifinden Hekim-Hasta İletişimi Modelleri**

<b>Model</b>	<b>Hekimin Rolü</b>	<b>Hastanın Rolü</b>	<b>Modelin Klinik Uygulaması</b>	<b>Modelin Prototipi</b>
<b>Etkinlik-Edilgenlik</b>	Hasta için bir şey yapmak	Alıcı (Yanıt veremiyor veya hareketsiz)	Anestezi, akut travma, koma	Ebeveyn-yeni doğan
<b>Rehberlik-İşbirliği</b>	Hastaya ne yapacağını söylemek	Hekimle işbirliği yapmak	Akut bulaşıcı süreçler	Ebeveyn-ergen çocuk
<b>Karşılıklı Katılım</b>	Hastaya yardım etmek	Ortaklık içindeki katılımcı	Kronik hastalıklar, psikoanaliz	Yetişkin-yetişkin

Kaynak: Szazs ve Hollender, 1956

Emanuel ve Emanuel (1992) hekim-hasta iletişimini dört modelde ele almaktadır: Paternalistik (ataerkil), bilgilendirici, yorumlayıcı ve müzakereci (karşılıklı görüşmeci) model. Paternalistik modelde otorite hekimdedir; hekimin hasta için en iyi müdahaleyi yapacağı varsayılır. Dolayısıyla karar verme süreci bakımından hekimin rolü baskın iken hastanın rolü sınırlıdır. Hekim hasta için neyin doğru olduğunu söyler, hasta da hekimin söylediklerini uygular. Hekim bir anlamda hastanın koruması gibi davranır; hastanın sağlık durumunu, hastalığın hangi aşamada olduğunu ve hastayı sağlığına kavuşturacak veya acısını azaltacak tıbbi testleri ve tedavi yöntemlerini belirlemede tüm becerilerini kullanır. Hastayı ikna etmek için uygulayacağı tedavinin en iyi müdahale şekli olduğu konusunda gerekli bilgileri hastaya verir. Ataerkil model, en iyinin belirlenmesi için ortak objektif kriterlerin olduğunu varsayar. Sonuç olarak; hastanın o anda razı olmasa bile daha sonra hekim tarafından alınan kararlara minnettar olacağı düşünülür. Hastanın özerkliği, hekimin belirlediği en iyiyi onaylamakla sınırlıdır.

Bilgilendirici model bazen bilimsel model, mühendislik modeli veya tüketici modeli olarak anılmaktadır. Bu modelde hekim-hasta iletişiminin amacı hekim için hastaya gerekli tüm bilgileri sağlamak, hasta içinse hangi tıbbi müdahaleyi seçeceğine karar vermektir. Hekim hastanın seçtiği müdahaleyi uygulamaktadır. Bu amaçla hekim; hastalığın durumu, olası teşhis ve terapötik girişimlerin doğası, bu girişimlerle bağdaştırılan risklerin ve faydaların olasılıkları ve bilginin belirsizliği hakkında hastayı



bilgilendirir. Hekim bu modelde teknik uzmanlığın tedarikçisi konumundadır. Teknik uzmanlar gibi hekimin doğru bilgiyi sunma yükümlülükleri bulunmaktadır (Emanuel ve Emanuel, 1992).

Yorumlayıcı modelde hekim-hasta etkileşiminin amacı; hastanın değerlerini ve hastanın gerçekte ne istediğini aydınlatmak, hastanın bu değerleri realize edecek tıbbi müdahaleleri seçmesine yardımcı olmaktır. Bilgilendirici hekim gibi yorumlayıcı hekim de hastaya, durum ve olası müdahalelerin riskleri ve faydalarıyla ilgili bilgi verir. Ancak bunun da ötesinde yorumlayıcı hekim; hasta için hastanın değerlerini yorumlamaya da yardım ederek, hastanın kendi değerlerini ifade etmesinde ve bu değerlere en uygun müdahalelerin belirlenmesinde yol gösterici bir rol üstlenir. Bu modelde önemli bir husus olarak hekimin hastaya birşeyleri zorla kabul ettirmesi söz konusu değildir, en iyi müdahaleye sonuçta hasta karar vermektedir. Hekim hastaya gerekli bilgileri verdikten sonra hastanın seçtiği müdahaleyi uygulamaktadır (Emanuel ve Emanuel, 1992).

Müzakereci modelde hekim hasta etkileşiminin amacı sağlıkla ilgili en iyi değerleri hastanın belirlemesine ve seçmesine yardımcı olmaktır. Bu amaçla hekim hastanın klinik durumu hakkındaki bilgiyi betimlemeli, mevcut seçenekleri kapsayan değer tiplerini açıklamasına yardımcı olmalıdır. Hekimin amaçları neden bazı sağlık değerlerinin daha değerli olduğunu ve bunlara ulaşmak için ne yapılması gerektiğini önermeyi içermektedir. Bunun en uç noktasında; hekim ve hasta, hastanın ne tür sağlık değerlerini göz önüne alıp izlemesi gerektiği hakkında fikir alışverişinde bulunur. Hekim sadece sağlıkla ilgili değerleri tartışır, ahlaki iknadan başka bir şeyi amaçlamaz, zorlamadan kaçınılır ve hastanın, kendi hayatını ve değerler sırasını belirlemesi gerekir. Hekim ve hasta, hastanın izleyeceği sağlık değer çeşitlerinin ne olduğuyla ilgili müzakereyle ilgilenmektedir. Müzakereci modelde hekim en iyi faaliyet biçiminin ne olduğu konusunda hastayla diyalogta bulunan bir öğretmen veya arkadaş gibidir. Hekim sadece hastanın ne yapabileceğini göstermekle kalmaz, aynı zamanda hastanın istediği en iyiyi de bilir (Emanuel ve Emanuel, 1992). Emanuel ve Emanuel'in hekim-hasta iletişimine yönelik dört modelinin karşılaştırılması Tablo 10'da sunulmuştur.

**Tablo 10. Emanuel ve Emanuel'in Hekim-Hasta İletişimine Yönelik Modellerinin Karşılaştırılması**

	<b>Ataerkil Model</b>	<b>Bilgilendirici Model</b>	<b>Yorumlayıcı Model</b>	<b>Müzakereci Model</b>
<b>Hastanın değerleri</b>	Tarafsız ve hekim ile hasta tarafından paylaşılan	Tanımlayıcı, belirli ve hasta tarafından bilinen	Gelişmemiş ve çatışmacı, açıklama gerektiren	Ahlaki tartışma ile geliştirmeye açık
<b>Hekimin görevi</b>	Hastanın mevcut tercihlerinden bağımsız olarak hastanın iyileştirilmesi	İlgili gerçekçi enformasyonu sağlamak ve hastanın seçtiği müdahaleyi uygulamak	İlgili hasta değerlerini açıklamak ve yorumlamak; hastayı bilgilendirmek ve hastanın seçtiği müdahaleyi uygulamak	En beğenilen değerler hakkında hastaya düzgün bir biçimde açıklamalar yapmak ve ikna etmek, hastayı bilgilendirmek ve hastanın seçtiği müdahale yöntemini uygulamak
<b>Hastanın bağımsızlığının algılanması</b>	Objektif değerleri onaylamak	Tıbbi tedavinin seçimi ve kontrolüne dair seçim	Tıbbi tedaviyle ilgili kendi anlayışı	Tıbbi tedaviyle ilgili kendi ahlaki gelişimi
<b>Hekimin rolünün algılanması</b>	Gardiyan	Yetkili teknik uzman	Danışman veya rehber	Arkadaş veya öğretmen
<b>İletişimin yönü</b>	Hekimden hastaya doğru tek yönlü	İki yönlü asimetrik	İki yönlü asimetrik	İki yönlü simetrik

Kaynak: Okay, 2014

Hekim-hasta iletişimine yönelik olarak geliştirilen bu modeller, tıp tarihinin gelişimi içerisinde hekim ve hasta arasındaki etkileşimleri ve farklı klinik durumlarda nasıl bir ilişkinin kurulabileceğini tanımlamaktadır. Bu modeller arasında günümüzde ideal olarak benimsenen karşılıklı katılım esasına dayanan müzakereci modeldir. Ancak her bir iletişim modelinin uygulanabilirliğinin hastanın durumuna (hastanın kişiliği, eğitim düzeyi, yeterliliği, anlama kapasitesi gibi) ve hastalığın özelliğine (hastalığın akut ya da

kronik bir seyir izlemesi, hasta yaşamını etkileme düzeyi gibi) göre değişebileceği, hekimliğin aynı zamanda bir iletişim sanatı olduğu unutulmamalıdır. Her hastayla kurulacak iletişimin türü farklılık gösterebilir. Ancak bu iletişim türü belirlenirken öncelikle hastanın yararına dayanılarak hareket edilmesi gerekmektedir. Bunun için tıp eğitiminde iletişim becerilerinin üzerinde durulması, öğrencinin hasta başında, hastayla diyalog kurarak ve hastaya “dokunarak” eğitim almasının sağlanması önemlidir (Atıcı, 2007).

Hekim-hasta iletişimi modellerinin her hasta için ve her zaman geçerli olduğu söylenemez. Bu modellerin uygulanmasında hastanın psikolojik yapısı, hastalığın türü ve durumu etkilidir. Örneğin paternalistik hekim-hasta iletişimini bütünüyle reddetmek mümkün değildir. Özellikle acil durumlarda en ufak bir gecikme hasta için hayati önem taşıyabileceğinden hekimin anlık kararlar vermesi gerekebilir. Yine afet anlarında, hastanın durumunu anlatamayacağı durumlarda hekimin kendi kararı, bilgi ve deneyimi ile hareket etmesi söz konusu olabilir (THSK, 2016).

Hastanın tıbbi karara ortak edilmesi gibi hayati bir konu, Avrupa’da eğitici konumunda olan aile hekimleri açısından büyük önem taşımaktadır. Bu noktadan yola çıkılarak, hekim ile hasta arasındaki farklı etkileşim tiplerinin, hasta ile tıbbi kararın paylaşımı konusunun bilinmesi, pratikte kullanılacak eğitim metodlarının öğrenilmesi, bu önemli ilişki sürecindeki yaklaşımlara katkı sağlayacak; bu alanda yapılan çalışma sonuçlarının sunulması yoluyla uzun dönemde uluslararası bilgi/kaynak ağının oluşturulması yararlı olacaktır (Özçakır, 2004).

Hekim-hasta iletişimiyle ilgili modellerin hepsi tıbbın sosyal tarihinin, tüm dünyayı etkileyen küreselleşme gibi bir olgunun ve ulusların ekonomik göstergelerden nasıl etkilendiklerinin de bilinmesini, en azından farkında olunmasını gerektirmektedir. Aksi takdirde, tüm bu geliştirilen modeller karikatürize hekim-hasta tipleri yaratmanın ötesine geçemeyecek, durumu açıklama olanakları da son derece sınırlı kalacaktır (Arda, 2006).

### 3.SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE HEKİM-HASTA İLETİŞİMİ İLİŞKİSİ

Olumlu sağlık sonuçlarının artması, sağlık okuryazarlığının yüksek düzeyi ile ilgili olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığının yüksek düzeyde olabilmesi için sağlık hizmeti talep edenlerin (hasta ve yakınları) ve sağlık hizmeti sunanların (başta hekimler) sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık hizmeti sunanların tedavi hakkında hasta ve yakınlarının anlayacağı bir dil kullanması, hasta ve yakınlarının da kendilerine verilen bilgi ve talimatlar doğrultusunda tıbbi tedaviye uyum göstermesi, tedavi hakkında yanlış giden bir şeyler olduğunda hekimleriyle görüşerek tedavileri ile ilgili olumsuzlukları en aza indirmesi gerekmektedir. Hastaların sağlık okuryazarlığı, etkili sağlık iletişimi önemli bir faktördür. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının belirlenmesi istenilen sağlık sonuçlarına ulaşmada önem arz etmektedir.

Gün geçtikçe değişen ve gelişen sağlık teknolojisi insan sağlığının korunması ve yaşam kalitesinin sürdürülmesine önemli katkılar sağlasa da yapılan araştırmalar bu katkıların insanların sağlığına önemli ölçüde yansımadağını göstermektedir. Dünya genelinde sağlık harcamalarındaki artış, hastalıkların insidans ve prevalans hızları, sağlık sonuçları bu durumu doğrular niteliktedir. Bu durumun temel nedenlerinden birisi olarak hekim ve hasta arasındaki iletişim yetersizlikleri gösterilebilir.

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişimiyle hekim-hasta iletişimi klasik görüş olan “hekim karar verir, hasta uygular” yaklaşımı yerini, katılımcı tedavi yöntemlerine bırakmaktadır. Ortak karar alma zamanla hekim-hasta iletişimini destekleyen en önemli unsurlardan biri haline gelmektedir. Bu amaçla günümüzde hastalar, tıp bilgilerine ulaşmanın kolaylaşmasıyla hekime gelmeden önce hastalığına ilişkin araştırmalar yapmakta; hem resmi, hem de resmi olmayan kaynaklardan tıbbi bilgiler öğrenebilmektedir. Bu noktada “sağlık okuryazarlığı” önem kazanmaktadır (Yılmaz, 2015).

Birey/hasta; verilen enformasyon ile yetinmeyerek “enformasyonu aramak”, elde edilen enformasyonları yorumlamak, bunları kendi sağlık durumuna uyarlamak, sağlık bilgi dağarcığı oluşturmak, kendi sağlığı ile ilgili kararlara katılmak ve eyleme geçmek

durumundadır. Bu çaba ise farklı paydaşların ve disiplinlerin katılımını gerektirir. Burada devreye giren sağlık iletişimi, çok disiplinli ve disiplinlerarası olma özelliği ile sağlık okuryazarlığı araştırmaları için en uygun alanı oluşturmaktadır (Çınarlı, 2014).

Sağlık okuryazarlığında en önemli noktalardan biri; iletişim hangi yönde olursa olsun, mesajın “karşı tarafın anlayabileceği şekilde kodlanması”dır. İletiler hedef kitlenin anlayabileceği şekilde, onların bilgi gereksinimlerini karşılayacak içerik ve biçimde kodlanırsa istenilen etki sağlanabilecektir. Bunun ilk koşulu da hedef kitlenin mevcut durumunun iyi analiz edilmesindedir (Özkan, 2014). Sağlık iletişimi gerek kitle iletişimi gerekse kişilerarası boyutu ile hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi çabalarında sağlık okuryazarlığını bir alan olarak ele almaktadır (Çınarlı, 2015).

Sağlık iletişiminin önemli konularından birisi olan hekim-hasta iletişimi, kaynak ve alıcının ortak bir zamanı ve mekânı paylaşarak bu süreçte çeşitli iletişim kanallarını kullanarak karşılıklı etkileşim içinde buldukları bir iletişim sürecidir. Sağlık ve sosyal bilimlerin yaklaşımlarının birlikte değerlendirilmesini gerektiren bu süreç, sağlık bilgisi ve deneyimi yüksek hekim ile canı yanan ve kaygısı yüksek hasta arasındaki iletişim sorunlarının sıkça görüldüğü bir alan olup, bazen kişilerarası sorunların doğmasına zemin hazırlamaktadır. Tıpta “hastalık” yoktur, “hasta” vardır yaklaşımı hekim ve hasta arasında yüz yüze iletişimin gerekliliğini vurgulamaktadır (Yılmaz, 2015).

Hekim ile hasta arasındaki temel iletişim, hekimin hastasının sorunlarını belirlemek amacıyla hastasının tıbbi özgeçmişini almasıyla başlar. Günümüzde hekimlerin hastalıkları teşhis etmek için tahliller ve röntgenler gibi çok sayıda teknik yardım araçları olsa da hasta ile gerçekleştirdikleri görüşme, sorunların tamamen saptanabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Okay, 2014).

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren bir lider olan Avedis Donabedian, yüksek kaliteli hizmeti “*hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet*” olarak tanımlamaktadır. Donabedian’a göre sağlık hizmetlerinde kalitenin birbiriyle yakından ilgili üç ögesi bulunmaktadır. Birinci

öge teknik hizmetin kalitesidir. Teknik performans, uygun hizmet stratejilerini belirlemede kullanılan bilgi ve yargının yanı sıra bu stratejileri uygulamadaki beceriye dayanmaktadır. Teknik performansın iyiliğine uygulamadaki en iyi ile karşılaştırma yapılarak karar verilmektedir (Kaya, 2013).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ikinci ögesi hizmetle ilgili herkes arasındaki, özellikle hasta ve sağlık hizmeti sunan kişi arasındaki, kişilerarası ilişkinin iyiliğidir. Bu çok önemli bir ögedir. Kişilerarası görüşme yoluyla teşhise varmak için hasta gereken bilgiyi vermekte, en uygun hizmet yöntemlerini seçmek için gereken tercihlerini bildirmektedir. Hekim de hastalığın doğası ve yönetimi hakkında bilgi vermekte, hastayı hizmette aktif bir şekilde işbirliği yapmaya motive etmektedir. Kişilerarası ilişkide bulunması beklenen erdemler; mahremiyet (gizlilik), bilgilendirilmiş tercih, ilgi, empati, dürüstlük ve davranış inceliğini içermektedir (Kaya, 2013).

Kalitenin üçüncü ögesi ise hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleridir. Bunlar, hizmetin sunulduğu yerin istenen özellikleridir ve uygunluk, rahatlık, sessizlik, mahremiyet, konfor ve estetik özellikleri içermektedir. Bu üç öge birbiriyle ilişkilidir. Özellikle kişilerarası ilişki iyi değilse, hasta problemlerinin ne olduğunu ya da onun için ne yapılmasını istediğini söyleyemeyebilir. Benzer şekilde, hizmet sunucuları da iyileşmesi için ne yapması gerektiğini hastanın anlamasını sağlayamayabilir veya hastayı yapması gerekeni iyi bir şekilde yapması için motive edemeyebilir. Kişilerarası ilişkideki başarı, teknik hizmetteki başarıya katkıda bulunmaktadır (Kaya, 2013).

Araştırmalar hastaların hekimle görüşmelerinin ardından konuşulanların büyük çoğunluğunu çabucak unuttuğunu, reçeteleri ve diğer hekim talimatlarını doğru bir biçimde uygulayamadıklarını, sağlık konusunda yetkin ve yeterli olmayan kaynaklardan yanlış bilgiler edindiklerini, onam formlarını okuyup anlamadan imzaladıklarını, anamnez alınması esnasında hikayelerini net biçimde ortaya koyamadıklarını göstermektedir. Bu olumsuz tablonun nedeni bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasıdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması hekim-hasta ilişkisinde etkili bir iletişim gerçekleşmesine, hekimin talimatlarının yerine getirilmesinde ve verilen tedavi planına uygun davranılmasında engel teşkil etmektedir (Örnek, 2014).

Hekimlerin tıbbi bilgilendirmeleri günlük terimlerle ya da hastaların anlayabileceği şekilde açıklamamaları, hekim ile hasta arasındaki iletişim sorununun büyümesine neden olmaktadır. Hastaların sunulan tıbbi bilgilendirmeleri veya verilen talimatları anlayamadıkları görülebilmektedir. Hekimler ara sıra bu durumun farkına bile varmamakta ya da bu durum ile ilgilenmemektedir. Hastaların tedaviyi anlamamaları durumunda, sağlık hizmeti alma süreçleri yeniden başlamakta ve karmaşık bir hale gelmektedir. Bu sürecin tekrar etmesi bireysel zaman ve para kaybı, tedavi maliyetlerinin yükselmesi, iş yükünün artması, daha fazla personele ihtiyaç duyulması gibi ekonomik ve sosyal etkilere yol açmaktadır. Hastaların tıbbi sorunlarını açık bir şekilde ifade edememesi halinde doğabilecek sosyal ve ekonomik etkilerden birisi, bu hastalara hatalı teşhis koyma riskinin artmasıdır. İlaç ve reçetelerin yanlış anlaşılması diğer olası bir sorundur. Bu süreç bireyleri etkilediği gibi artan tedavi harcamalarının ekonomik yükünü topluma da yansıtmakta, dolayısıyla ülkenin sağlık harcamalarına etki edebilmektedir (Sezgin, 2013).

Yüksek kalitede sağlık hizmetini garanti etmek için hekimlerin iyi iletişim becerilerine sahip olması, iyi klinik becerilerine sahip olmaları kadar önemlidir. Hastanın asıl sorununun ne olduğunu anlamak, bunu tanıya dahil etmek, hastayı durumuyla ilgili bilgilendirmek, ona tavsiyelerde bulunmak hasta ile iyi bir iletişim kurulmadığı takdirde gerçekleşemez. Hasta için hekimin iletişimi iki amaca hizmet etmektedir: Hastanın sağlık sorununu bilip anlaması ve hekim tarafından anlaşılması. Hekim-hasta iletişiminin kalitesi kısa vadede hasta memnuniyeti, bilginin hatırlanması ve anlaşılması ile uzun vadede ilaç uyumu ve yaşam kalitesi gibi farklı sonuçları etkilemektedir. Akut hastalıklardan kronik hastalıklara, geniş kapsamlı müdahalelerden yaşam biçimi değişiklikleri ile sağlığın geliştirilmesine, tedaviden bakıma, hekim merkezli davranıştan hasta merkezli davranışa doğru olan değişikliklerle iyi bir hekim-hasta iletişiminin katma değeri artmaktadır. Diğer taraftan toplumlar daha kültürlü oldukça, konsültasyon odasında kültürler arası iletişimin zorluklarının ve iletişim fırsatlarının daha fazla araştırılması ve tanınması gerekmektedir (Dulmen, 2011).

Geleneksel olarak, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi, Donabedian tarafından geliştirilen yapı-süreç-sonuç çerçevesine dayanmaktadır. Yapı, hizmetin

hangi koşullar altında sunulduğunu göstermektedir; maddi kaynaklar, insan kaynakları ve örgütsel özellikleri içermektedir. Süreç, sağlık bakım hizmetlerini oluşturan ve genellikle profesyonel personel tarafından yerine getirilen teşhis, tedavi, rehabilitasyon, önleme, hasta eğitimi gibi faaliyetleri kapsamaktadır. Sonuç ise bireyler ve toplumlardaki sağlık hizmetlerine atfedilebilen (istendik ya da istenmedik) değişiklikleri ifade etmektedir. Donabedian tarafından hekim-hasta etkileşimi düzeyindeki tıbbi bakım sürecinin değerlendirilmesi için geliştirilen bu çerçeve, bugün hâlâ kullanılmaktadır (Kaya, 2013).

Donabedian'ın yapı-süreç-sonuç paradigması temel alınarak yapılan çalışmalarda kalite göstergelerinin pek çoğu sağlık hizmetinin teknik süreçleri ile ilgilidir. Sağlık hizmetinin kişilerarası yönlerine hitap eden sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Sağlık sonuçlarının belirlenmesinde sağlık hizmetinin teknik kalitesi kadar kişilerarası kalitesi de önemlidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kişilerarası yönlerini inceleyen araştırmalara ihtiyaç vardır (Stewart ve diğerleri, 2007).

Tıpta ve hekim-hasta ilişkisinde tomografi raporu, karaciğer fonksiyon testleri veya ölçülebilir herhangi bir şey ile hastalığın “objektif” boyutları vurgulanmakta, hastalığın subjektif boyutu en aza indirgenme eğilimindedir. Hastalığın “subjektif” boyutu, bilimsel metodoloji ile ölçülemediğinden pek önemsenmemektedir. Gerçekle ilgili olarak “Hekim söylesin mi?” sorusunun sorulması hastanın hastalığı ve prognozu hakkında tüm bilgiyi elde edenin hekim olduğunu ve hastanın hiçbir şey bilmediğini ima etmektedir. Tıpta hakikati anlatmanın amacı, terapötik etkinliği gerçekleştirmektir. Bilginin miktarı her birey için spesifik ihtiyaçlara göre ayarlanmalı ve zamanla değişebilmelidir. Bu durum da hasta konuşurken ve hekim dinlerken bir diyalog gerektirmektedir (Gold, 2004).



## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı sağlık okuryazarlığı ve hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu bağlamda hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve hekimleri ile iletişimlerinin kalitesine ilişkin algılarının farklılık gösterip göstermediği, bu kavramlar arasındaki ilişki ve etki ele alınmaktadır.

### 4.2. Problem Cümlesi

“Sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişki nasıldır?” sorusu araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

### 4.3. Alt Problemler

4.3.1. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri nasıldır? Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?

4.3.2. Hastaların hekimleri ile iletişimlerinin kalitesine ilişkin algıları nasıldır? Bu algılar hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?

4.3.3. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişki nasıldır ve birbirini etkilemekte midir?

### 4.4. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma için belirlenen hipotezler şunlardır:

1. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı alt indeksi olan “sağlık hizmeti” düzeyleri;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

2. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı alt indeksi olan “hastalıktan korunma” düzeyleri;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine

başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

3. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı alt indeksi olan “sağlığın iyileştirilmesi” düzeyleri;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

4. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı alt indeksi olan “sağlık bilgisine erişim” düzeyleri;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

5. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı alt indeksi olan “sağlık bilgisini anlama” düzeyleri;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

6. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı alt indeksi olan “sağlık bilgisini değerlendirme” düzeyleri;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

7. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı alt indeksi olan “sağlık bilgisini uygulama” düzeyleri;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

8. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri;  
a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

9. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçler boyutu olan “aceleci iletişime” yönelik algıları;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

10. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçler boyutu olan “endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılmasına” yönelik algıları;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

11. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçler boyutu olan “sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanmasına” yönelik algıları;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

12. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçler boyutu olan “hasta merkezli karar vermeye” yönelik algıları;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

13. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçler boyutu olan “şefkatli ve saygılı olmaya” yönelik algıları;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

14. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçler boyutu olan “ayrımcılığa” yönelik algıları;

a) cinsiyete, b) yaşa, c) eğitim durumuna, d) medeni duruma, e) çalışma durumuna, f) gelire, g) genel sağlık durumuna, h) kronik hastalık varlığına, i) aile hekimine başvuru sayısına, j) aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve k) sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre farklılık göstermektedir.

15. Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hekim-hasta iletişimine yönelik algıları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bu bağlamda;

a) Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların “ genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığının alt indekslerinin düzeyleri” ile “bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına” yönelik algıları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

b) Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığının alt indekslerinin düzeyleri, bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarını etkilemektedir.

c) Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına ilişkin algıları, genel sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve sağlık okuryazarlığının alt indekslerinin düzeylerini etkilemektedir.

#### **4.5. Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evreni Ankara ili Çankaya ilçesinde ikamet eden ve aynı ilçedeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yetişkin ( $\geq 18$  yaş) hastalardır. Zihinsel engeli bulunan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine göre (Resmi Gazete, 2013) Aile Sağlığı Merkezi, bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşudur. Bu merkezlerde sadece birinci basamak sağlık hizmeti verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumunu ifade etmektedir. Aile Sağlığı

Merkezi, Sağlık Bakanlığı tarafından öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir. Aile hekimleri sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli çalıştırabilir.

Aile hekimliği pilot uygulaması ilk olarak 15.09.2005 tarihinde Düzce ilinde başlamış, 2010 yılı sonunda tüm illere yayılmıştır. Halen 81 ilde birinci basamakta aile hekimliği modeli uygulanmaktadır (THSK, 2017). Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü verilerine göre (2017) aile hekimi başına düşen nüfus Türkiye geneli için 3.267, Ankara ili için 3.414'dür.

Sosyo-ekonomik durum gelir, meslek ve eğitim ile ölçülmektedir (Mackenbach ve diğerleri, 2008). Çankaya ilçesinin sosyo-ekonomik durumuna bakıldığında son yıllarda kırsal kesimden yoğun göç alması nedeniyle hızlı bir nüfus artışı yaşadığı, dış kesimlerdeki imarsız gecekondulaşmanın düzensiz bir yapılaşmayı beraberinde getirdiği görülmektedir. Farklı kültür ve etnik kökenlerden gelen ve bir milyona yaklaşan nüfusun çoğunun geçim kaynağı ise işçilik, esnaflık ve birçok kamu kuruluşunun ilçede bulunmasından dolayı memuriyettir (Çankaya Kaymakamlığı, 2018). Ankara ilinde Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'dan (GSYH) en büyük payı alan Çankaya ilçesi ilde üretilen gelirden de %25 pay almaktadır. Bu payın büyük bir bölümü hizmet sektöründeki istihdamdan gelmektedir. İstihdamın alt sektörlerle göre dağılımına bakıldığında tüketici hizmetleri ve ofis hizmetleri öne çıkmaktadır. Diğer taraftan eğitim düzeyi ve yaş ortalaması Ankara'nın diğer ilçelerine göre Çankaya'da daha yüksektir (Şahin ve diğerleri, 2014).

İlçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasını belirlemek için Devlet Planlama Teşkilatı (2004) tarafından yapılan bir araştırmada, Çankaya ilçesi gelişmiş olarak kabul edilip değerlendirme dışında tutulmuştur. Yakın zamanda yapılan diğer bir araştırmada ise Türkiye'de 30 büyükşehir il sınırı içindeki en yüksek nüfusa sahip 150 ilçe sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlere yönelik bileşenler (insani gelişme endeksi) açısından 50 gösterge ile değerlendirilmiş, Çankaya ilçesi bu değerlendirme sonucunda birinci sırada yer almıştır (İnsani Gelişme Vakfı, 2017).

Nüfus yapısına, eğitim niteliğine, sağlığa ve gelir durumuna yönelik 22 değişken kullanılarak Ankara'daki tüm ilçelerin dahil edildiği bir araştırmada, sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasında Çankaya ilçesi önemli bir farkla birinci sırada yer almıştır. Sağlık hariç tüm gösterge gruplarında da öne çıkan Çankaya'nın değişkenler baz alındığında da diğer ilçelere göre çok daha iyi verilere sahip olduğu görülmüştür (Demir, 2017). Yardım ve Özcebe (2010) de sosyo-ekonomik durum gelir, meslek veya eğitim göstergelerinden hangisi ile ölçülürse ölçülsün sağlık farklılıklarının (risk oranı, risk farkı, topluma atfedilen risk) Çankaya ilçesinde varlığını koruduğunu belirtmiştir. Bu nedenlerden dolayı araştırmanın Çankaya ilçesinde yapılmasına karar verilmiştir.

Evrendeki kişi sayısının bilinmediği durumlarda örneklem büyüklüğü şöyle hesaplanmaktadır (Naing ve diğerleri, 2006):

$$n = \frac{Z^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

n : Örneklem büyüklüğü

Z : Kabul edilen anlamlılık düzeyi yani tip 1 (alfa) hata düzeyi = %5'e (1-0.95) karşılık gelen Z tablosu değeri (t), güven düzeyinin Z tablosu değeri = 1.96

p : Araştırılan durumun sıklığı. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasından beklenen prevalans (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014) öngörüsü %35 = (0.35)

d : Araştırmacı tarafından kabul edilen örnekleme hatası = %5 = 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.35 \times 0.65}{(0.05)^2} = 350$$

Güven düzeyi %95, örnekleme hatası 0.05 olarak alınan hesaplama sonucunda örneklem büyüklüğü 350 olarak hesaplanmıştır. Ancak araştırmadaki hata payını biraz daha azaltmak için 500 hastaya ulaşılması hedeflenmiştir.

Mart 2017 itibarıyla Çankaya ilçesinde 57 Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır (Çankaya Kaymakamlığı, 2017). Araştırmada düşük, orta ve yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip mahalleler belirlendikten sonra küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Küme örneklemede evren “küme” adı verilen gruplara ayrılmakta, her küme bir örnekleme birimi olarak tanımlanmakta ve tesadüfi olarak seçilen kümeler biraraya getirilerek örneklem oluşturulmaktadır (Şahin, 2014). Listelenen Aile Sağlığı Merkezlerinden 25’i (düşük ve yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip mahallelerdeki 8 Aile Sağlığı Merkezi, orta sosyo-ekonomik düzeye sahip mahallelerdeki 9 Aile Sağlığı Merkezi) rasgele seçilmiştir. Anketler 1 Mart 2017-1 Eylül 2017 tarihleri arasında araştırmacı ve araştırmanın içeriği hakkında bilgilendirilen lisans mezunu 4 anketör aracılığıyla uygulanmış, anketörlere ücret ödenmemiştir. Her bir Aile Sağlığı Merkezinden (küme başı) araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 20 hasta ile yüz yüze görüşerek anketler toplanmış, toplamda 500 hastanın anketlere verdiği cevaplar değerlendirmeye alınmıştır. Bir anketin doldurulması yaklaşık olarak 20 dakika sürmüştür. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünden alınan bilgiye göre araştırmanın gerçekleştirildiği Aile Sağlığı Merkezlerine 1 Mart 2017-1 Eylül 2017 tarihleri arasında başvuran hasta sayısının 406.189 olduğu öğrenilmiştir.

#### **4.6. Sınırlılıklar**

Araştırma Ankara ili Çankaya ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalara yönelik olduğundan sonuçlar Ankara’daki hastalar ile Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran tüm hastalar için genellenemez. Sonuçlar Çankaya ilçesiyle sınırlıdır. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi tercih edildiğinden hastaların incelenen konuya ilişkin verdiği cevapların doğru olduğuna inanılmaktadır. Araştırmanın diğer bir sınırlılığı da hekim-hasta iletişiminin kalitesini değerlendirmek için kullanılan Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketinin “ayrımcılık” boyutunun Cronbach Alfa değerinin 0,595 olmasıdır.

#### **4.7. Araştırma İzni**

Araştırmanın yapılabilmesi için resmi izin Türkiye Halk Sağlığı Kurumundan alınmıştır. Sağlık okuryazarlığı anketinin kullanımı için Sağlık Sen’den, bakımla ilgili

kişilerarası süreçler anketinin kullanımı içinse anketi geliştiren araştırmacılardan Anita Stewart'tan elektronik posta yoluyla izin alınmıştır.

#### **4.8. Etik Durum**

Araştırmanın etik izni Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonu'ndan alınmıştır.

#### **4.9. Veri Toplama Aracı**

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 11 soruya yer verilmiştir. İkinci bölümde hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek amacıyla “Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği”, üçüncü bölümde ise hekim-hasta iletişiminin kalitesini belirlemek için “Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi” kullanılmıştır. Her iki anket de 5’li Likert tipi olup anketteki ifadeler katılma düzeyleri Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği’nde 1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay ve 5=bilmiyor şeklinde; Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketinde ise 1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=genellikle, 5=her zaman şeklinde değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan bu anketlere ilişkin bilgiler daha detaylı olarak aşağıda açıklanmıştır.

Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği (Health Literacy Survey- European Union) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi 2009-2012 kapsamında, HLS-EU Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiş olan 47 ifade ile sağlık süreçlerinde üç ve bilgiyi işleme süreçlerinde dört alan üzerinden sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmektedir. Bu anketteki ifadelerin hangi alanlara ait olduğu Tablo 11’de sunulmuştur.



**Tablo 11. Sağlık Okuryazarlığı-Avrupa Birliği Anketi İndekslerine Göre İfade Numaraları**

<b>SAĞLIK OKURYAZARLIĞI</b>	Bilgiye Erişim	Bilgiyi Anlama	Bilgiyi Değerlendirme	Bilgiyi Uygulama	TOPLAM
Sağlık Hizmeti	1-4	5-8	9-12	13-16	1-16
Hastalıktan Korunma	17-20	21-23	24-28	29-31	17-31
Sağlığın İyileştirilmesi	32-36	37-40	41-43	44-47	32-47

Kaynak: Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014

Sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenirken bir sorunun indeks hesaplamalarında kullanılabilmesi için o soruya katılımcıların en az %80 oranında cevap vermiş olması şartı aranmaktadır. Genel sağlık okuryazarlığı indeksinin hesaplanmasında en az 43, sağlık hizmeti sağlık okuryazarlığı indeksinin hesaplanmasında en az 15, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi sağlık okuryazarlığı indekslerinin hesaplanmasında ise en az 14 cevap sayısına ulaşan anketler analizlere dahil edilmektedir. İndeksler 0 ila 50 arasında bir ölçekte 0 en düşük sağlık okuryazarlığı, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını gösterecek şekilde aşağıdaki formülde belirtildiği şekilde standardize edilmektedir (HLS-EU Consortium, 2012; Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014):

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

Yukarıdaki formülde;

Ortalama: Her kişi için cevaplandırılan her ifadenin ortalaması

1: Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur)

3: Ortalamanın aralığı

50: Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Avrupa Birliği Araştırması Raporunda genel sağlık okuryazarlığı alt indekslerle korelasyon gösterdiği için öncelikle 47 ifadelik anketin tüm parametrelerini içeren genel sağlık okuryazarlığı indeksi hesaplanmış ve diğer değişkenlerle ilişkilerin saptanmasında kullanılmıştır. Daha sonra sağlık okuryazarlığının alt indeksleri ile ilgili hesaplamalar yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi elde edilen indeks değerlerine

göre dört kategoride değerlendirilmektedir (HLS-EU Consortium, 2012; Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014):

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

Ludwig Boltzman Institute Health Promotion Research tarafından Avrupa'nın sekiz ülkesinde (Almanya, Hollanda, Avusturya, İspanya, İtalya, Yunanistan, Bulgaristan ve Polonya), yürütülmüş olan Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU) anketinin çok farklı sosyo-demografik özellikleri ve sağlık sistemleri olan değişik Avrupa ülkelerinde uygulanabilirliği ve iç geçerliliği kanıtlanmıştır. Toplam örnekleme ve tüm ülkelerde bütün Cronbach alfa değerleri oldukça yüksek (minimum  $\alpha = 0,87$ ) bulunmuştur (HLS-EU Consortium, 2012; Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014).

Çoktan seçmeli ve toplam puanlar üzerine kurulu ölçeklerin güvenilirliğinin belirlenmesinde sıklıkla kullanılan Cronbach alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür. Başka bir ifade ile Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan k tane maddenin veya sorunun türdeş bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarının sorgulanması hakkında bilgi vermektedir. İlgili ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa “bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı” kabul edilmektedir. Cronbach alfa katsayısının uygulanabilmesi için ilgili maddelerin aynı türden (birimden) olması gerekmektedir. Örneğin Likert tipi ölçekler kullanıldığında tüm maddelerin seçenekleri aynı şekilde derecelenmelidir (Alpar, 2011).

Anketin Türkçe'ye uyarlanması Durusu-Tanrıöver ve diğerleri (2014) tarafından yapılmış olup genel sağlık okuryazarlığı ve alt indekslerin iç geçerliliği için hesaplanan

Cronbach alfa değerleri, tüm indekslerde 0,80 üzerinde bulunması ile yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermiştir. Bu araştırmada da Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği'nin (HLS-EU) alt indekslerinde Cronbach alfa değerleri 0,852 ile 0,926 arasında; genel Cronbach alfa değeri ise 0,971 bulunmuştur (Tablo 12). Bu da anketin yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

**Tablo 12. Genel Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Okuryazarlığı Alt İndekslerinin Cronbach Alfa Katsayıları**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Cronbach Alfa
Sağlık Hizmeti	0,922
Hastalıktan Korunma	0,926
Sağlığın İyileştirilmesi	0,919
Bilgiye Erişim	0,906
Bilgiyi Anlama	0,881
Bilgiyi Değerlendirme	0,899
Bilgiyi Uygulama	0,852
Genel Sağlık Okuryazarlığı	0,971

$\alpha$  için kriterler:

$0,00 \leq \alpha < 0,39$  ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,59$  ise ölçeğin güvenirliği düşüktür.

$0,60 \leq \alpha < 0,79$  ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek güvenirliğe sahiptir (Alpar, 2011).

nc bölümde hekim-hasta iletişiminin kalitesini belirlemek için Steward ve diğerleri (2007) tarafından geliştirilen ve 29 sorudan oluşan ‘‘Interpersonal Processes of Care Survey’’ (Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi) kullanılmıştır. Bu ankette (IPC) ilk beş soruda aceleci iletişim (hurried communication), altıncı ve sekizinci sorular arasında endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması (elicited concerns, responded), dokuzuncu ve on ikinci sorular arasında sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması (explained results, medications), on üçüncü ve on altıncı sorular arasında hasta merkezli karar verme (patient-centered decision making), on yedinci ve yirmi

birinci sorular arasında şefkatli ve saygılı olma (compassionate, respectful), yirmi ikinci ve yirmi beşinci sorular arasında ayrımcılık (discrimination), yirmi altıncı ve yirmi dokuzuncu sorular arasında saygısız ofis personeli (disrespectful office staff) boyutları bulunmaktadır. Aceleci iletişim, ayrımcılık ve saygısız ofis personeli boyut ortalamalarının düşük, diğer boyut ortalamalarının yüksek olması hekim-hasta iletişiminin iyi olduğunu yansıtmaktadır.

Anketin kullanımı için gerekli iznin alınmasından sonra Türkçeye çevirisi yapılmıştır. Anket, araştırmacı ve daha önce anketin orijinalini görmeyen yabancı diller yüksek okulunda görevli bir öğretim üyesi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Türkçeye çevrilen anket bir tercüme bürosunda çalışan bir tercüman tarafından Türkçeden İngilizce'ye geri çevrilmiştir. Yapılan çeviriler ve anketin orijinali araştırmacı ve tez danışmanı tarafından karşılaştırılarak gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Anketin etnik köken ile ilgili 2 sorusunun (Doktorlar ne sıklıkla ırkınız ya da etnik kökeninizden dolayı sizinle daha az ilgilendi? Irkınız ya da etnik kökeninizden dolayı doktorlar tarafından ne sıklıkla ayrımcılığa uğradığınızı hissettiniz?) ve tıbbi ofis personeli ile ilgili 4 sorusunun (Tıbbi ofis personeli ne sıklıkla size kaba davrandı? Tıbbi ofis personeli ne sıklıkla sizinle aşağılayıcı biçimde konuştu? Tıbbi ofis personeli ne sıklıkla randevu için zor zamanlar verdi? Tıbbi ofis personeli ne sıklıkla size karşı olumsuz tutumda bulundu?) sorulması için resmi izin verilmediğinden bu sorular anketten çıkarılmıştır.

Böylece aslı 29 sorudan oluşan anket 23 soru olarak anket formuna eklenmiştir. Saygısız ofis personeli boyutu ile ilgili sorular değerlendirme dışı bırakıldığından bu boyuta araştırmamızda yer verilmemiştir. Ayrımcılık boyutu ise ırk/etnik köken ile ilgili 2 sorunun çıkarılmasından dolayı bu boyutta yer alan diğer iki soru ile değerlendirmeye alınmıştır (Tablo 13).

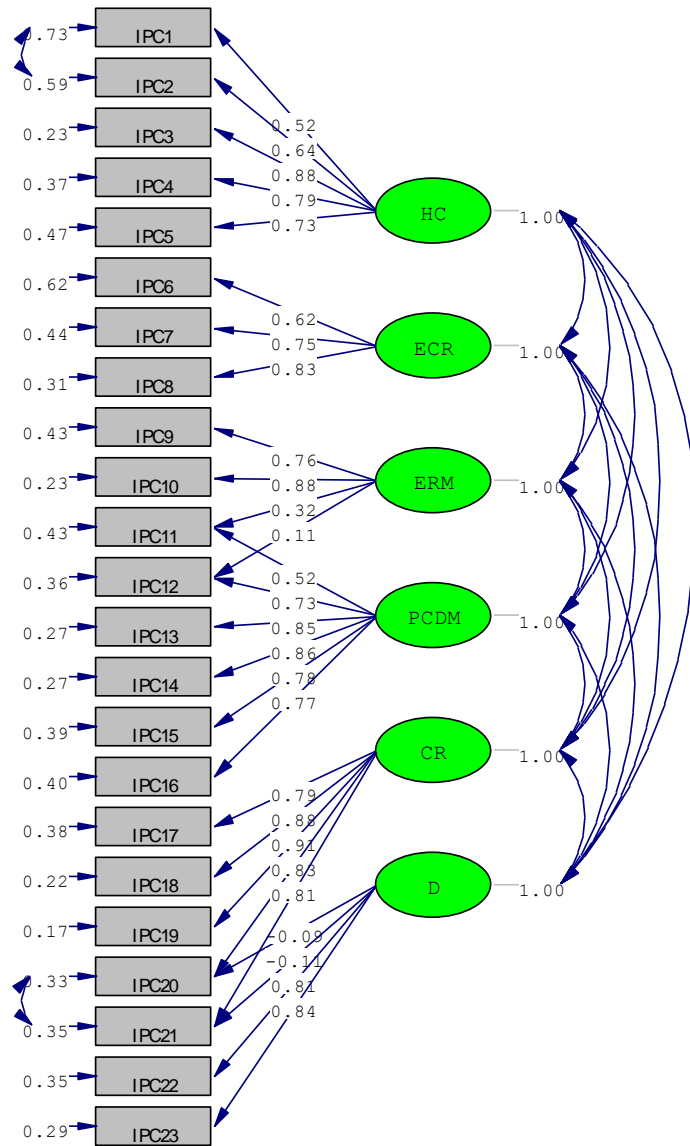
**Tablo 13. Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketinin Boyutları ve Soru Numaraları**

Boyutlar	Soru Numaraları
Aceleci İletişim	1-5
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	6-8
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	9-12
Hasta Merkezli Karar Verme	13-16
Şefkatli ve Saygılı Olma	17-21
Ayrımcılık	22-23

Bildiğimiz kadarıyla Türkiye’de ilk kez kullanılan Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi (IPC) Türkçe versiyonunun geçerliği LISREL 8.7 paket programı kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi ile sınanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) daha önceden tanımlanmış ve sınırlandırılmış bir yapının bir model olarak doğrulanıp doğrulanmadığının test edildiği bir analizdir (Çokluk ve diğerleri, 2013). Doğrulayıcı faktör analizi, faktör analizi üzerine kurulu hipotezlerin test edilmesi amacıyla geliştirilmiş bir yöntemdir (Özdamar, 2013).

Faktör analizi yorumlanması güç, birbiri ile ilişkili çok sayıda değişkenden en az bilgi kaybı ile bağımsız, kavramsal açıdan anlamlı az sayıda yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı, ortaya çıkarmayı amaç edinen çok değişkenli yöntemler bütünüdür. Doğrulayıcı faktör analizinde ise tümdengelim stratejisi söz konusudur ve araştırmanın başında hangi değişkenlerin birlikte faktörleşeceği önermesi vardır. Bu bağlamda başlatılan istatistiksel süreçte değişkenlerin varsayılan kuramsal yapıya ne derece uyduğu belirlenmeye çalışılmaktadır (Alpar, 2011).

Belirlenen faktörler ile değişkenler arasında yeterli düzeyde ilişki olup olmadığını, hangi değişkenlerin hangi faktörlerle ilişkili olduğunu, faktörlerin birbirinden bağımsız olup olmadığını ve belirlenen faktörlerin orijinal yapıyı açıklamadaki yeterliliğini belirlemek için doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmaktadır (Özdamar, 2013). Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi (IPC) Türkçe versiyonunun doğrulayıcı faktör analizi sonucu Şekil 5’te gösterilmiştir.



Chi-Square=616.44, df=209, P-value=0.00000, RMSEA=0.063

HC: Aceleci iletişim (Hurried communication)

ECR: Endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması (Elicited concerns, responded)

ERM: Sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması (Explained results, medications)

PCDM: Hasta merkezli karar verme (Patient-centered decision making)

CR: Şefkatli ve saygılı olma (Compassionate, respectful)

D: Ayrımcılık (Discrimination)

**Şekil 5.** Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi (IPC) Türkçe Versiyonunun Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu

Şekil 5’de dikdörtgen içindeki değişkenler gözlemlenen değişkenleri (bireye ait özellik hakkında etkisi incelenen değişken) temsil ederken, elips içinde gösterilen değişkenler ise gizil değişkenleri (birden fazla gözlemlenen değişkeni etkileyen, gözlemlenen değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışan ve gözlenemeyen değişken) temsil etmektedir. Gizil değişkenden gözlemlenen değişkene giden okların üzerindeki sayılar ise gizil değişkenlerin gözlemlenen değişkenleri açıklama durumunu yansıtan standartlaştırılmış katsayı değerleridir (Meydan ve Şeşen, 2011). Model uyumu konusunda geliştirilen çok sayıda indeks bulunmaktadır. Tablo 14’te bu indekslere ilişkin değerlendirme kriterlerine ve Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi (IPC) Türkçe versiyonunun uyum iyiliği ölçülerine yer verilmiştir.

**Tablo 14. Uyum İyiliği Ölçüleri İle Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi (IPC) Türkçe Versiyonunun Uyum İyiliği Ölçüleri**

Uyum Ölçüleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Araştırmada Elde Edilen Uyum Değerleri
$\chi^2/df$	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 < \chi^2/df \leq 3$	2.949
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 < RMSEA \leq 0.08$	0.063
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI < 0.95$	0.97
NNFI	$0.97 \leq NNFI \leq 1.00$	$0.95 \leq NNFI < 0.97$	0.98
CFI	$0.97 \leq CFI \leq 1.00$	$0.95 \leq CFI < 0.97$	0.98
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$	$0.90 \leq GFI < 0.95$	0.90
AGFI	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$0.85 \leq AGFI < 0.90$	0.87

$\chi^2$ : Ki-kare (Chi-Square)

df: Serbestlik derecesi (Degrees of freedom)

$\chi^2/df$ : Ki-kare/Serbestlik derecesi

RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation)

NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index)

NNFI: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index)

CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)

GFI: Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index)

AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index)

Kaynak: Schermelleh-Engel ve diğerleri, 2003

Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre  $\chi^2/df$ , RMSEA, GFI ve AGFI değerlerinin kabul edilebilir uyum, diğer uyum ölçülerinin ise iyi uyum gösterdiği belirlenmiştir. Dolayısıyla hiçbir madde anketten çıkarılmamış, bakımla ilgili kişilerarası süreçler 6 boyut altında ele alınmıştır.

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketinin güvenilirliği için her boyuta yönelik hesaplanan Cronbach alfa değerlerinin 0,65 ile 0,90 arasında değiştiği, dolayısıyla ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilmiştir (Steward ve diğerleri, 2007). Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi Türkçe versiyonunun genel Cronbach alfa değeri 0,837 olarak bulunmuştur. Bu anketin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri birisi (ayrımcılık) hariç 0,783 ile 0,927 arasında değişmektedir (Tablo 15). Ayrımcılık boyutunda 2 soru olduğu için Cronbach alfa değerinin daha düşük olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlar Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketinin bu tez çalışmasında kullanılan Türkçe versiyonunun güvenilir olduğunu göstermektedir.

**Tablo 15. Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler Anketi Türkçe Versiyonunun Boyutlarının Cronbach Alfa Katsayıları**

Boyutlar	Cronbach Alfa
Aceleci İletişim	0,848
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	0,783
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	0,815
Hasta Merkezli Karar Verme	0,910
Şefkatli ve Saygılı Olma	0,927
Ayrımcılık	0,595
Genel Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçler	0,837

#### 4.10. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics 23.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerini incelemek için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) belirlenmiştir. Hastaların sosyo-demografik



özellikleri belirlendikten sonra sayıları az olan bazı gruplar diğer gruplarla birleştirilerek analize dahil edilmiştir. Yaş açısından 66-75 yaş arasındakiler ile 75 yaş üzerindeki; eğitim durumu açısından okuryazarlar ve ilkokul mezunları; çalışma durumu açısından esnaflar ve serbest çalışanlar; sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı açısından internet, gazete, dergi birlikte; hemşire, eczacı ve diğer sağlık çalışanları birlikte değerlendirilmiştir. Veriler %95 güven düzeyinde yorumlanmıştır.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve hekim-hasta iletişiminin kalitesine yönelik algılarının sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilmesinde çeşitli istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Elde edilen sayısal değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak analiz edilmiş, sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği bulunmuştur. Bu nedenle hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve hekim-hasta iletişiminin kalitesine yönelik algılarının incelenmesinde iki bağımsız grupta (cinsiyet ve son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu) Mann Whitney U Testi, ikiden fazla gruplarda ise (yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, aylık gelir durumu, genel sağlık durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı, sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı) Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Analizler sonucunda gruplar arasında fark bulunduğunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için ikili karşılaştırmalar Dunn testiyle yapılmıştır.

Değişkenlerin dağılımının normal olmaması nedeniyle sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için Spearman sıra korelasyon katsayısı incelenmiştir. Spearman sıra korelasyon katsayısı, Pearson korelasyon katsayısının nonparametrik karşılığıdır ve aynı onun gibi -1 ile +1 arasında değişir. Spearman korelasyon katsayısı ( $r_s$ ) +1 ise değişkenler arasında pozitif yönlü mükemmel bir doğrusal ilişkiyi, -1 ise değişkenler arasında negatif yönlü mükemmel bir doğrusal ilişkiyi, 0 ise değişkenler arasında doğrusal bir ilişki olmadığını ifade eder. Korelasyon katsayısı 0,00-0,25 arasında ise çok zayıf, 0,26-0,49 arasında ise zayıf, 0,50-0,69 arasında ise orta, 0,70-0,89 arasında ise yüksek ve 0,90-1,00 arasında ise çok yüksek derecede ilişki olduğunu gösterir (Sungur, 2014). Sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişiminin kalitesinin birbirlerini etkileyip etkilemediğini belirlemek

içinse, çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken olarak hastaların sağlık okuyazarlığı düzeyleri, bağımsız değişken olarak hastaların hekim-hasta iletişimine yönelik algıları alınmıştır.

## 5. BULGULAR

Bu bölümde araştırma bulgularına yer verilmiştir. Bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur:

- Hastaların genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının alt indekslerine ilişkin düzeyleri
- Hastaların hekim-hasta iletişimine ilişkin algıları
- Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişki

### 5.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Hastaların sosyo-demografik özellikleri 11 bağımsız değişken altında toplanmıştır (Tablo 16). Tablo 16'ya göre hastaların %60'a yakını kadın, %50'sinden fazlası 36-55 yaş arasında, %40'a yakını lisans mezunu, %60'ı evli, % 43'e yakını memur, %61'in üzerinde bir kısmının geliri giderine denktir. Hastaların yarısından fazlasının genel sağlık durumunu iyi olarak nitelendirdikleri, kronik bir hastalığının bulunmadığı, genellikle aile hekimine son 12 ayda 1 ila 5 kez başvurduğu, çok azının aile hekimi tarafından ziyaret edildiği ve sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak genellikle hekimleri tercih ettiği görülmektedir.

**Tablo 16. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri**

Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	299	59,8
Erkek	201	40,2
<b>Yaş</b>		
18-25	57	11,4
26-35	94	18,8
36-45	123	24,6
46-55	131	26,2
56-65	64	12,8
66-75	24	4,8
75 ve üzeri	7	1,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	6	1,2
İlkokul	32	6,4
Ortaokul	32	6,4
Lise	109	21,8
Önlisans	47	9,4
Lisans	198	39,6
Yüksek Lisans / Doktora	76	15,2
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	300	60,0
Bekar	160	32,0
Ayrılmış / Dul	40	8,0
<b>Çalışma Durumu</b>		
Ev hanımı	66	13,2
İşçi	20	4,0
Emekli	63	12,6
Öğrenci	51	10,2
Memur	214	42,8
Esnaf	9	1,8
Serbest çalışan	34	6,8
Diğer	43	8,6
<b>Aylık Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	116	23,2
Gelir gidere denk	306	61,2
Gelir giderden çok	78	15,6
<b>Genel Sağlık Durumu</b>		
Çok iyi	42	8,4
İyi	266	53,2
Orta	169	33,8
Kötü	23	4,6

**Tablo 16. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (Devamı)**

Özellikler	n	%
<b>Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu</b>		
Yok	297	59,4
Bir tane	139	27,8
Birden çok	64	12,8
<b>Son 12 Ayda Aile Hekimine Başvuru Sayısı</b>		
1-2 defa	194	38,8
3-5 defa	197	39,4
6-9 defa	67	13,4
10 ve üzeri	42	8,4
<b>Son 12 Ayda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilme Durumu</b>		
Yok	473	94,6
1-2 defa	27	5,4
<b>Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı</b>		
Hekim	300	60,0
Hemşire	7	1,4
Eczacı	8	1,6
Diğer Sağlık çalışanı	11	2,2
Aile veya arkadaş	56	11,2
İnternet	106	21,2
Televizyon	7	1,4
Gazete	5	1,0
<b>TOPLAM</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

## 5.2. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların sağlık okuryazarlığına ilişkin ifadelerle yönelik değerlendirmelerine ve sağlık okuryazarlığı düzeylerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Hastaların sağlık okuryazarlığına ilişkin ifadelerle verdiği cevaplar incelendiğinde (Tablo 17) en fazla “zor veya çok zor” cevabı verilen ifadelerin “Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek” (%53,2), “Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak” (%51,6) ve “Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek” (%50,8) olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 17. SOYA-AB İfadelerine Verilen “Zor” veya “Çok Zor” Cevaplarına Ait Yüzde Dağılımları**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	İfadeler	Yüzde	
		Çok Zor	Zor
Sağlık Hizmeti/ Bilgiye Erişim	1.Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	3,8	17,6
	2.Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	4,6	22,0
	3.Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	5,4	28,2
	4.Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak	2,0	22,0
Sağlık Hizmeti/ Bilgiyi Anlama	5.Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	3,0	22,0
	6.İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	8,6	28,8
	7.Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	3,8	38,0
	8.Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	2,4	13,6
Sağlık Hizmeti/ Bilgiyi Değerlendirme	9.Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	1,0	18,6
	10.Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	4,6	40,2
	11.İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	3,2	36,8
	12.Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek	10,6	40,2
Sağlık Hizmeti/ Bilgiyi Uygulama	13.Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	3,4	27,2
	14.İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	1,8	14,0
	15.Acil durumda ambulans çağırmak	2,2	13,8
	16.Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	1,6	10,4
Hastalıktan Korunma/ Bilgiye Erişim	17.Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	1,4	15,8
	18.Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	5,8	27,4
	19.Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak	4,2	23,8
	20.Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	3,4	19,2
Hastalıktan Korunma/ Bilgiyi Anlama	21.Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	2,0	12,8
	22.Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	3,2	17,2
	23.Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak	1,8	14,6

**Tablo 17. SOYA-AB İfadelerine Verilen “Zor” veya “Çok Zor” Cevaplarına Ait Yüzde Dağılımları (Devamı)**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	İfadeler	Yüzde	
		Çok Zor	Zor
Hastalıktan Korunma/ Bilgiyi Değerlendirme	24.Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	2,6	21,0
	25.Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	2,4	25,4
	26.Hangi aşılar ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	4,6	37,2
	27.Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	4,8	36,0
	28.Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek	7,0	42,0
Hastalıktan Korunma/ Bilgiyi Uygulama	29.Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	9,8	30,8
	30.Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığımız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	5,0	32,4
	31.Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	7,2	34,6
Sağlığın İyileştirilmesi/ Bilgiye Erişim	32.Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	2,0	14,6
	33.Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak	2,0	24,0
	34.Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak	4,8	22,4
	35.Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak	10,8	37,6
	36.İşinizde sağlığınızı iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	4,0	31,2
Sağlığın İyileştirilmesi/ Bilgiyi Anlama	37.Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	1,6	16,8
	38.Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	9,4	28,0
	39.Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak	4,0	24,4
	40.Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	3,4	23,2
Sağlığın İyileştirilmesi/ Bilgiyi Değerlendirme	41.Nerede yaşadığınızın sağlığınız ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek	3,0	21,6
	42.Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	1,8	16,8
	43.Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınızla ilgili olduğunu değerlendirmek	1,4	15,8
Sağlığın İyileştirilmesi/ Bilgiyi Uygulama	44.Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	3,4	25,2
	45.İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	9,8	33,0
	46.Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek	10,6	42,6
	47.Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	10,2	41,4

Hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeksi  $30,25 \pm 7,28$  olarak hesaplanmıştır. Sağlık okuryazarlığının alt indekslerine bakıldığında sağlık bilgisini anlama, sağlık hizmeti ve sağlık bilgisine erişim indekslerinin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu (Tablo 18) bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede ise hastaların yaklaşık %25'inin "yeterli" ve %6'sının "mükemmel" sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 19).

**Tablo 18. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt İndekslerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Ortalama $\pm$ Standart Sapma
Sağlık Hizmeti	30,73 $\pm$ 7,89
Hastalıktan Korunma	29,91 $\pm$ 8,16
Sağlığın İyileştirilmesi	29,71 $\pm$ 8,05
Sağlık Bilgisine Erişim	30,38 $\pm$ 8,11
Sağlık Bilgisini Anlama	31,49 $\pm$ 8,24
Sağlık Bilgisini Değerlendirme	29,15 $\pm$ 8,00
Sağlık Bilgisini Uygulama	28,84 $\pm$ 7,62
Genel Sağlık Okuryazarlığı	30,25 $\pm$ 7,28

**Tablo 19. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt İndekslerinin Hesaplanan Prevalans Değerleri**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Yüzde			
	Yetersiz	Sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Sağlık Hizmeti	18,8	41,7	31,2	8,3
Hastalıktan Korunma	26,5	37,2	28,7	7,6
Sağlığın İyileştirilmesi	23,5	41,3	28,4	6,8
Sağlık Bilgisine Erişim	22,2	35,4	34,6	7,8
Sağlık Bilgisini Anlama	19,0	33,6	36,0	11,4
Sağlık Bilgisini Değerlendirme	26,0	40,9	27,3	5,8
Sağlık Bilgisini Uygulama	28,7	41,3	24,6	5,4
Genel Sağlık Okuryazarlığı	20,9	48,3	24,9	5,9



### 5.3. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, aylık gelir durumu, genel sağlık durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı, son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna ve sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre incelenmiştir. Aşağıda sırasıyla bu özelliklere göre yapılan karşılaştırmalara yer verilmiştir.

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerine ve alt indeks düzeylerine ait ortalama puanları cinsiyet grupları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 20). Cinsiyet gruplarına göre hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerinde ve alt indeks düzeylerinin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Buna göre H1a, H2a, H3a, H4a, H5a, H6a, H7a ve H8a hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 20. Hastaların Cinsiyet Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Cinsiyet Grupları		p
	Kadın	Erkek	
	Ortalama ± Standart Sapma	Ortalama ± Standart Sapma	
Sağlık Hizmeti	30,87±8,09	30,52±7,61	0,427
Hastalıktan Korunma	29,77±8,54	30,13±7,60	0,924
Sağlığın İyileştirilmesi	29,71±8,51	29,71±7,33	0,891
Bilgiye Erişim	30,56±8,51	30,10±7,49	0,270
Bilgiyi Anlama	31,57±8,47	31,36±7,90	0,707
Bilgiyi Değerlendirme	28,95±8,39	29,45±7,39	0,654
Bilgiyi Uygulama	28,71±7,91	29,04±7,17	0,839
Genel Sağlık Okuryazarlığı	30,30±7,69	30,16±6,65	0,525

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerine ve alt indeks düzeylerine ait ortalama puanları yaş grupları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 21). Yaş gruplarına göre hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerinde ve alt indeks düzeylerinin hepsinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuca göre H1b, H2b, H3b, H4b, H5b, H6b, H7b ve H8b hipotezleri kabul edilmiştir.

**Tablo 21. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Yaş Grupları						p	Fark Bulunan Gruplar
	18-25 <sup>1</sup>	26-35 <sup>2</sup>	36-45 <sup>3</sup>	46-55 <sup>4</sup>	56-65 <sup>5</sup>	≥ 66 <sup>6</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Sağlık Hizmeti	29,62±8,21	32,25±7,87	32,18±7,17	31,33±6,96	29,30±8,63	23,01±7,73	<0,001	1-6,2-6,3-6,4-6, 5-6
Hastalıktan Korunma	28,96±8,73	30,56±7,96	30,53±7,45	31,25±7,87	28,92±8,37	24,20±8,69	0,007	2-6,3-6,4-6
Sağlığın İyileştirilmesi	30,34±8,86	30,65±7,16	30,39±7,09	30,57±8,25	27,85±8,22	23,66±8,52	0,001	1-6,2-6,3-6,4-6
Bilgiye Erişim	30,18±9,76	31,30±7,23	31,60±7,43	31,38±7,02	28,38±8,84	22,98±8,56	<0,001	1-6,2-6,3-6,4-6
Bilgiyi Anlama	29,97±8,23	33,78±7,55	32,24±7,36	31,96±7,96	29,96±8,78	25,42±10,13	<0,001	2-6,3-6,4-6
Bilgiyi Değerlendirme	28,24±9,36	29,45±7,76	29,94±7,36	30,33±7,81	27,87±7,93	24,53±7,84	0,021	3-6,4-6
Bilgiyi Uygulama	29,32±8,23	29,32±7,10	29,62±7,05	29,48±7,66	27,58±7,72	23,40±7,86	0,003	1-6,2-6,3-6,4-6
Genel Sağlık Okuryazarlığı	30,14±7,76	31,34±6,40	31,10±6,71	31,00±7,05	28,79±7,67	23,73±7,91	<0,001	1-6,2-6,3-6,4-6

\*Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 21’de görüldüğü gibi 66 yaş ve üzerindeki hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Sağlık

okuryazarlığının alt indekslerine bakıldığında da aynı sonuç elde edilmiştir. Hastalıktan korunma ve bilgiyi değerlendirme indekslerinde 46-55 yaş grubundaki, bilgiye erişim ve bilgiyi uygulama indekslerinde 36-45 yaş grubundaki, sağlık okuryazarlığının diğer alt indekslerinde ise 26-35 yaş grubundaki hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığının genel düzeyleri ve alt indeksleri arasındaki farklılığın çoğunlukla 56 yaş altındaki hastaların ortalama puanları ile 66 yaş ve üzerindeki hastaların ortalama puanlarının karşılaştırılmasından dolayı ortaya çıktığı görülmüştür.

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerine ve alt indeks düzeylerine ait ortalama puanları eğitim durumu açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 22). Eğitim durumuna göre hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerinde ve alt indeks düzeylerinin hepsinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuca göre H1c, H2c, H3c, H4c, H5c, H6c, H7c ve H8c hipotezleri kabul edilmiştir.

Eğitim durumu açısından hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerinin ve tüm alt indeks düzeylerinin lisansüstü mezunlarında daha yüksek olduğu, okuryazar ve ilkokul mezunlarında daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığının genel düzeylerindeki ve alt indeks düzeylerindeki farklılığının bu iki grubun ortalama puanlarının karşılaştırılmasının yanı sıra genellikle ortaokul, lise ve önlisans mezunlarının ortalama puanlarının lisans ve lisansüstü mezunlarının ortalama puanları ile karşılaştırılmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının sadece bilgiyi anlama alt indeks düzeyinde lisans ve lisans üstü mezunlarının ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu da görülmüştür.

**Tablo 22. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Eğitim Durumu						p	Fark Bulunan Gruplar
	≤ İlkokul <sup>1</sup>	Ortaokul <sup>2</sup>	Lise <sup>3</sup>	Önlisans <sup>4</sup>	Lisans <sup>5</sup>	Lisansüstü <sup>6</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Sağlık Hizmeti	24,17±8,44	25,87±9,47	29,12±6,27	30,27±6,15	31,91±7,53	34,99±7,76	<0,001	1-5, 1-6, 2-5, 2-6, 3-6, 4-6
Hastalıktan Korunma	24,25±9,92	25,35±9,85	28,95±6,39	29,58±5,93	30,76±8,22	33,04±7,97	<0,001	1-5, 1-6, 2-6, 3-6
Sağlığın İyileştirilmesi	23,24±9,03	25,81±8,89	28,40±7,07	28,55±5,49	30,72±7,62	33,39±8,41	<0,001	1-5, 1-6, 2-6, 3-6, 4-6
Bilgiye Erişim	24,67±9,80	25,48±9,41	29,36±7,24	29,49±5,86	31,50±7,68	34,37±7,33	<0,001	1-5, 1-6, 2-5, 2-6, 3-6, 4-6
Bilgiyi Anlama	24,49±9,37	26,59±9,39	30,05±6,86	31,24±5,41	32,55±7,70	36,47±8,03	<0,001	1-5, 1-6, 2-5, 2-6, 3-6, 4-6, 5-6
Bilgiyi Değerlendirme	25,01±9,37	25,76±9,14	28,30±6,64	28,24±5,67	30,18±8,22	31,69±7,94	<0,001	1-5, 1-6, 2-6
Bilgiyi Uygulama	24,36±8,85	25,51±8,89	27,91±6,39	28,07±5,62	29,84±7,31	31,64±8,34	<0,001	1-5, 1-6, 2-5, 2-6, 3-6
Genel Sağlık Okuryazarlığı	24,21±8,64	26,83±8,88	29,02±5,67	29,53±4,75	31,17±7,10	33,72±7,25	<0,001	1-5, 1-6, 2-6, 3-6

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerine ve alt indeks düzeylerine ait ortalama puanları medeni durum açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 23). Medeni durumuna göre hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerinde ve alt indeks düzeylerinin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Bu sonuca göre H1d, H2d, H3d, H4d, H5d, H6d, H7d ve H8d hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 23. Hastaların Medeni Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Medeni Durum			p
	Bekar	Evli	Ayrılmış / Dul	
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	
Sağlık Hizmeti	30,51±7,66	31,06±8,07	29,18±7,45	0,296
Hastalıktan Korunma	29,32±7,99	30,33±8,39	29,16±7,02	0,378
Sağlığın İyileştirilmesi	29,82±7,71	29,67±8,23	29,54±8,18	0,903
Bilgiye Erişim	30,08±8,16	30,57±8,18	30,17±7,50	0,771
Bilgiyi Anlama	31,54±8,05	31,54±8,42	30,86±7,83	0,758
Bilgiyi Değerlendirme	28,65±8,30	29,55±7,98	28,17±6,79	0,231
Bilgiyi Uygulama	28,83±7,52	28,90±7,78	28,50±6,97	0,886
Genel Sağlık Okuryazarlığı	30,16±6,90	30,39±7,52	29,50±7,07	0,611

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerine ve alt indeks düzeylerine ait ortalama puanları çalışma durumu açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 24). Çalışma durumuna göre hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerinde ve alt indeks düzeylerinin hepsinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuca göre H1e, H2e, H3e, H4e, H5e, H6e, H7e ve H8e hipotezleri kabul edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının genel düzeyinin ve tüm alt indeks düzeylerinin en yüksek memurlarda, en düşük ev hanımlarında olduğu bulunmuştur. Farklılığın bu grupların ortalama puanlarının karşılaştırmasına ek olarak ev hanımları ile öğrencilerin, ev hanımları ile diğer çalışma durumundaki hastaların ve emekliler ile memurların

ortalama puanları karşılaştırıldığında ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmeti alt indeks düzeyinin memurlar ile esnaf/serbest çalışanlar arasında farklılık gösterdiği de belirlenmiştir.

**Tablo 24. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Çalışma Durumu							p	Fark Bulunan Gruplar
	Ev Hanımı <sup>1</sup>	İşçi <sup>2</sup>	Emekli <sup>3</sup>	Öğrenci <sup>4</sup>	Memur <sup>5</sup>	Esnaf / SÇ <sup>**6</sup>	Diğer <sup>7</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Sağlık Hizmeti	26,13±8,07	29,30±5,69	28,84±8,19	30,67±8,70	33,01±6,74	28,37±7,50	32,29±8,64	<0,001	1-4,1-5,1-7, 3-5, 5-6
Hastalıktan Korunma	25,45±8,70	27,33±7,87	28,06±7,47	29,36±8,20	32,08±7,44	28,85±7,71	31,15±8,86	<0,001	1-5,1-7, 3-5
Sağlığın İyileştirilmesi	24,90±8,23	25,60±6,48	27,75±8,18	31,21±7,86	31,52±7,40	29,26±7,50	30,92±8,29	<0,001	1-4,1-5,1-7
Bilgiye Erişim	26,05±9,01	28,06±6,51	28,13±7,88	30,96±9,54	32,44±7,33	28,85±6,79	31,96±7,14	<0,001	1-4,1-5,1-7, 3-5
Bilgiyi Anlama	26,45±8,66	28,88±6,69	29,60±9,35	30,80±8,44	33,78±7,21	30,44±6,60	33,66±822	<0,001	1-5,1-7, 3-5
Bilgiyi Değerlendirme	25,07±8,30	27,94±7,67	28,52±7,10	29,34±9,12	30,73±7,42	27,63±7,76	30,33±8,37	<0,001	1-4,1-5,1-7
Bilgiyi Uygulama	24,63±7,94	27,46±6,73	27,28±6,85	30,21±7,55	30,41±7,02	28,08±8,02	29,54±8,47	<0,001	1-4,1-5,1-7
Genel Sağlık Okuryazarlığı	25,91±8,00	27,82±5,39	28,18±7,02	31,08±7,28	32,22±6,45	28,64±6,94	31,55±7,78	<0,001	1-4,1-5,1-7, 3-5

\*Ortalama ± Standart Sapma \*\*Serbest Çalışan

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerine ve alt indeks düzeylerine ait ortalama puanları aylık gelir durumu açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 25). Aylık gelir durumuna göre hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerinde ve iki alt indeks hariç (sağlık hizmeti ve sağlığın iyileştirilmesi) alt indeks düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bu sonuca göre H1f ve H3f hipotezleri reddedilirken, H2f, H4f, H5f, H6f, H7f ve H8f hipotezleri kabul edilmiştir.

Genel sağlık okuryazarlığı düzeyi en yüksek aylık geliri gidere denk olan hastalarda, en düşük aylık geliri giderden az olan hastalarda bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığının hastalıktan korunma, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi uygulama alt indeks düzeyleri aylık geliri gidere denk olan hastalarda; bilgiye erişim ve bilgiyi anlama alt indeks düzeyleri aylık geliri giderden fazla olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Aylık geliri giderden az olan hastalarda ise sağlık okuryazarlığının tüm alt indeks düzeyleri daha düşük bulunmuştur.

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeyleri ile hastalıktan korunma, bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi uygulama alt indeks düzeylerinde aylık geliri giderden az olan hastaların ortalalama puanları aylık geliri giderden fazla olan hastaların ortalama puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının bilgiye erişim ve bilgiyi anlama alt indeks düzeylerinde aylık geliri gidere denk olan hastalar ile aylık geliri giderden fazla olan hastalar arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

**Tablo 25. Hastaların Aylık Gelir Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Aylık Gelir Durumu			p	Fark Bulunan Gruplar
	Gelir Giderden Az <sup>1</sup>	Gelir Gidere Denk <sup>2</sup>	Gelir Giderden Fazla <sup>3</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS		
Sağlık Hizmeti	29,11±8,06	31,21±7,61	31,15±8,47	0,061	
Hastalıktan Korunma	27,11±8,81	30,78±7,68	30,13±8,44	<b>0,003</b>	1-2
Sağlığın İyileştirilmesi	27,97±9,38	30,12±7,48	30,27±8,20	0,059	
Bilgiye Erişim	28,27±8,64	30,96±7,77	31,24±8,18	<b>0,011</b>	1-2, 1-3
Bilgiyi Anlama	29,45±8,31	31,97±8,05	32,61±8,48	<b>0,006</b>	1-2, 1-3
Bilgiyi Değerlendirme	27,06±8,57	29,94±7,54	29,20±8,40	<b>0,003</b>	1-2
Bilgiyi Uygulama	26,95±8,16	29,56±7,23	28,86±7,88	<b>0,007</b>	1-2
Genel Sağlık Okuryazarlığı	28,21±7,89	30,92±6,80	30,50±7,81	<b>0,007</b>	1-2

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerine ve alt indeks düzeylerine ait ortalama puanları genel sağlık durumu açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 26). Genel sağlık durumuna göre hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerinde ve alt indeks düzeylerinin hepsinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuca göre H1g, H2g, H3g, H4g, H5g, H6g, H7g ve H8g hipotezleri kabul edilmiştir.

Genel sağlık durumunu iyi olarak nitelendiren hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığının alt indekslerine bakıldığında ise sağlık hizmeti, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme indekslerinin genel sağlık durumu iyi olan hastalarda; diğer alt indekslerin (hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, bilgiye erişim, bilgiyi uygulama) genel sağlık durumu çok iyi



olan hastalarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Genel sağlık durumu kötü olan hastalarda sağlık okuryazarlığının genel düzeyi ile alt indekslerinin düzeyleri daha düşük tespit edilmiştir.

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeyleri ile sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme alt indeks düzeylerindeki istatistiksel olarak anlamlı farklılığın genel sağlık durumunu kötü olan hastaların ortalama puanlarının genel sağlık durumu orta, iyi, çok iyi olan hastaların ortalama puanı ile karşılaştırılmasından ve genel sağlık durumu orta olan hastaların ortalama puanlarının genel sağlık durumu iyi olan hastaların ortalama puanlarının karşılaştırılmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bilgiye erişim ve bilgiyi uygulama indekslerinde genel sağlık durumu kötü ve orta olan hastaların ortalama puanları ile genel sağlık durumu iyi ve çok iyi olan hastaların ortalama puanları arasındaki farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

**Tablo 26. Hastaların Genel Sağlık Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Genel Sağlık Durumu				P	Fark Bulunan Gruplar
	Kötü <sup>1</sup>	Orta <sup>2</sup>	İyi <sup>3</sup>	Çok İyi <sup>4</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Sağlık Hizmeti	23,23±5,19	29,25±8,24	32,16±7,40	31,88±7,51	<0,001	1-2, 1-3, 1-4, 2-3
Hastalıktan Korunma	22,97±6,26	28,45±8,99	31,12±7,29	31,14±8,58	<0,001	1-2, 1-3, 1-4, 2-3
Sağlığın İyileştirilmesi	24,01±7,60	27,84±8,64	31,05±7,26	31,26±8,21	<0,001	1-3,1-4, 2-3
Bilgiye Erişim	25,06±7,34	28,61±8,86	31,70±7,24	32,05±8,25	<0,001	1-3,1-4, 2-3,2-4
Bilgiyi Anlama	23,59±7,12	30,34±8,86	32,79±7,56	32,17±7,47	<0,001	1-2, 1-3, 1-4, 2-3
Bilgiyi Değerlendirme	23,69±5,77	27,88±8,51	30,28±7,55	30,17±7,96	<0,001	1-2, 1-3, 1-4, 2-3
Bilgiyi Uygulama	23,54±5,24	26,73±7,95	30,35±7,00	30,73±7,97	<0,001	1-3,1-4, 2-3,2-4
Genel Sağlık Okuryazarlığı	23,73±5,53	28,73±7,98	31,56±6,48	31,27±7,32	<0,001	1-2, 1-3, 1-4, 2-3

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerine ve alt indeks düzeylerine ait ortalama puanları kronik hastalığa sahip olma durumu açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 27). Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerinde ve biri hariç alt indeks düzeylerinin hepsinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bu sonuca göre H1h, H2h, H3h, H4h, H6h, H7h ve H8h hipotezleri kabul edilmiş, H5h hipotezi reddedilmiştir.

Kronik hastalığa sahip olmayan hastalarda sağlık okuryazarlığı genel düzeylerinin ve alt indeks düzeylerinin daha yüksek, birden fazla kronik hastalığa sahip olan hastalarda daha düşük olduğu ve (bilgiyi anlama indeksi hariç) istatistiksel olarak anlamlı kabul edilen farklılıkların bu iki grubun ortalama puanlarının karşılaştırması sonucu elde edildiği görülmüştür. Ayrıca bir tane kronik hastalığa sahip hastalar ile birden fazla kronik hastalığa sahip hastaların bilgiye erişim indeks düzeyleri arasındaki farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 27. Hastaların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu			p	Fark Bulunan Gruplar
	Yok <sup>1</sup>	1 tane <sup>2</sup>	1'den Fazla <sup>3</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS		
Sağlık Hizmeti	31,54±7,31	30,47±7,85	27,76±9,62	<b>0,003</b>	1-3
Hastalıktan Korunma	30,50±7,99	29,79±7,53	27,50±9,78	<b>0,019</b>	1-3
Sağlığın İyileştirilmesi	30,20±7,71	30,09±7,60	26,64±9,83	<b>0,020</b>	1-3
Bilgiye Erişim	31,28±7,49	30,31±7,71	26,33±10,33	<b>&lt;0,001</b>	1-3, 2-3
Bilgiyi Anlama	31,89±7,70	31,55±7,96	29,44±10,75	0,192	
Bilgiyi Değerlendirme	29,75±7,83	29,08±7,56	26,55±9,22	<b>0,004</b>	1-3
Bilgiyi Uygulama	29,78±7,34	28,31±7,29	25,65±8,65	<b>&lt;0,001</b>	1-3
Genel Sağlık Okuryazarlığı	30,87±6,95	30,21±6,90	27,49±8,87	<b>0,003</b>	1-3

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerine ve alt indeks düzeylerine ait ortalama puanları son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 28). Son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısına göre hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların sağlık okuryazarlığının alt indeks düzeylerine bakıldığında ise hastalıktan korunma, bilgiye erişim, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi uygulama indekslerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Bu farklılıkların son 12 ayda aile hekimine 1-2 defa başvuran hastaların ortalama puanları ile 10 defa ve daha fazla başvuran hastaların ortalama puanları karşılaştırıldığında ortaya çıktığı; son 12 ayda aile hekimine 1-2 defa başvuran hastaların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre H2i, H4i, H6i, H7i kabul edilmiş; H1i, H3i, H5i ve H8i hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 28. Hastaların Son 12 Ayda Aile Hekimine Başvuru Sayısına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Son 12 Ayda Aile Hekimine Başvuru Sayısı				p	Fark Bulunan Gruplar
	1-2 Defa <sup>1</sup>	3-5 Defa <sup>2</sup>	6-9 Defa <sup>3</sup>	≥ 10 Defa <sup>4</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Sağlık Hizmeti	31,64±7,11	30,50±8,57	30,09±7,97	28,61±7,60	0,121	
Hastalıktan Korunma	30,60±7,69	29,75±8,32	30,24±8,59	26,70±8,47	<b>0,049</b>	1-4
Sağlığın İyileştirilmesi	30,50±7,47	29,59±8,22	28,97±8,83	27,71±8,27	0,131	
Bilgiye Erişim	31,58±7,43	29,97±7,96	30,21±8,95	26,99±9,43	<b>0,031</b>	1-4
Bilgiyi Anlama	32,01±7,38	31,40±8,72	31,34±8,67	29,71±9,00	0,378	
Bilgiyi Değerlendirme	30,26±7,34	28,63±8,44	28,29±7,78	27,88±8,79	<b>0,050</b>	1-4
Bilgiyi Uygulama	29,88±7,18	28,48±7,75	28,18±7,68	26,79±8,41	<b>0,028</b>	1-4
Genel Sağlık Okuryazarlığı	31,05±6,61	30,04±7,63	29,82±7,69	28,09±7,78	0,057	

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerine ve alt indeks düzeylerine ait ortalama puanları son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 29). Son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna göre hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuş ( $p<0,05$ ); sağlık okuryazarlığının alt indeks düzeylerine bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

Aile hekimi tarafından ziyaret edilmeyen hastaların sağlık okuryazarlığının hem genel düzeyde, hem de alt indeks düzeylerinde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre H1j, H2j, H3j, H4j, H5j, H6j, H7j hipotezleri reddedilmiş, H8j hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 29. Hastaların Son 12 Ayda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilme Durumuna Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Son 12 Ayda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilme Durumu		p
	Yok	1-2 Defa	
	Ortalama ± Standart Sapma	Ortalama ± Standart Sapma	
Sağlık Hizmeti	30,88±7,89	28,04±7,61	0,160
Hastalıktan Korunma	30,07±8,25	27,42±6,20	0,085
Sağlığın İyileştirilmesi	29,83±8,08	27,86±7,34	0,317
Bilgiye Erişim	30,49±8,19	28,42±6,38	0,145
Bilgiyi Anlama	31,64±8,26	28,81±7,56	0,124
Bilgiyi Değerlendirme	29,25±8,07	27,46±6,50	0,260
Bilgiyi Uygulama	28,97±7,63	26,65±7,23	0,191
Genel Sağlık Okuryazarlığı	30,42±7,31	27,20±6,07	<b>0,031</b>

Hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerine ve alt indeks düzeylerine ait ortalama puanları sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 30). Sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre hastaların sağlık okuryazarlığının genel düzeylerinde ve alt indeks düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu sonuca göre H1k, H2k, H3k, H4k, H5k, H6k, H7k ve H8k hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 30. Hastaların Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı				p
	Hekim	Hemşire, Eczacı, DŞÇ**	Aile, Arkadaş	İnternet, Televizyon, Gazete	
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
Sağlık Hizmeti	30,97±8,07	27,79±8,43	28,83±8,17	31,49±6,98	0,211
Hastalıktan Korunma	30,04±8,34	29,70±7,99	29,17±8,54	30,00±7,63	0,925
Sağlığın İyileştirilmesi	29,92±8,31	28,52±8,28	28,59±7,71	29,90±7,51	0,896
Bilgiye Erişim	30,38±8,06	28,73±9,74	29,52±8,96	31,15±7,41	0,806
Bilgiyi Anlama	31,74±8,47	29,32±8,75	30,27±8,27	31,89±7,46	0,478
Bilgiyi Değerlendirme	29,67±8,28	27,68±7,66	7,41±7,87	29,00±7,30	0,445
Bilgiyi Uygulama	29,39±7,74	27,86±9,10	27,80±7,16	28,18±7,11	0,439
Genel Sağlık Okuryazarlığı	30,44±7,59	28,99±7,51	29,28±6,97	30,43±6,57	0,828

\*Ortalama ± Standart Sapma \*\*Diğer Sağlık Çalışanları

#### **5.4. Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde hastaların hekim-hasta iletişiminin kalitesine ilişkin algılarına yönelik bulgulara yer verilmiştir. Hastaların hekim-hasta iletişiminin kalitesine ilişkin sorulara verdiği cevaplar incelendiğinde (Tablo 31) en fazla “hiçbir zaman” veya “nadiren” cevabı verilen soruların “Doktorlar ne sıklıkla geliriniz hakkında varsayımda bulundular?” (%77,8), “Doktorlar ne sıklıkla eğitim seviyeniz hakkında varsayımda bulundular?” (%69,8) ve “Doktorlar ne sıklıkla size tavsiye edilen tedaviyi uygulayabilecek gibi hissedip hissetmediğinizi sordular?” (%62,8) olduğu görülmüştür.

**Tablo 31. Hekim-Hasta İletişimine Yönelik Sorulara Verilen “Hiçbir Zaman” ve “Nadiren” Cevaplarına Ait Yüzde Dağılımları**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Sorular	Yüzde	
		Hiçbir Zaman	Nadiren
Aceleci İletişim	1.Doktorlar ne sıklıkla çok hızlı konuştular?	6,4	24,4
	2.Doktorlar ne sıklıkla anlaşılması zor kelimeler kullandılar?	6,8	20,4
	3.Doktorlar ne sıklıkla sizin onlara söylediklerinizi duymazdan geldiler?	15,8	24,8
	4.Doktorlar ne sıklıkla siz yanlarındayken dikkatleri dağılmış gibi göründüler?	16,6	25,8
	5.Birkaç soru sorduğunuzda doktorlar ne sıklıkla rahatsız olmuş gibi göründüler?	17,6	26,6
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	6.Doktorlar ne sıklıkla endişelerinizin ne olduğunu gerçekten anladılar?	6,0	22,2
	7.Doktorlar ne sıklıkla önemli olduğunu düşündüğünüz bir şeyi söylemenize izin verdiler?	3,2	14,0
	8.Doktorlar ne sıklıkla sağlığınızla ilgili endişelerinizi çok ciddiye aldılar?	6,2	19,2
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	9.Doktorlar ne sıklıkla kan tahlilleri, röntgenler veya kanser taraması gibi test sonuçlarınızı size açıkladılar?	7,2	15,4
	10.Doktorlar ne sıklıkla size fiziki muayenenizin sonuçlarını net bir şekilde açıkladılar?	7,2	18,6
	11.Doktorlar ne sıklıkla size yazdıkları bir ilacı almazsanız ne olabileceğini söylediler?	18,0	23,2
	12.Doktorlar ne sıklıkla size bir ilacın gösterebileceği yan etkileri söylediler?	23,2	27,8
Hasta Merkezli Karar Verme	13.Doktorlar ne sıklıkla tavsiyelerine uymanızın sizin için sorun olup olmayacağını sordular?	32,2	25,2
	14.Doktorlar ne sıklıkla size tavsiye edilen tedaviyi uygulayabilecek gibi hissedip hissetmediğinizi sordular?	36,2	26,6
	15.Doktorlarınız ve siz ne sıklıkla birlikte bir tedavi planı yaptınız?	35,4	25,0
	16.Farklı tedavi seçenekleri olduğu durumlarda, doktorlar size ne sıklıkla uygulanacak tedaviye karar verilirken yardımcı olmak isteyip istemediğinizi sordular?	33,8	26,0
Şefkatli ve Saygılı Olma	17.Doktorlar ne sıklıkla şefkatliydi?	8,0	26,0
	18.Doktorlar ne sıklıkla size destek ve cesaret verdiler?	10,2	25,0
	19.Doktorlar ne sıklıkla sizin duygularınızı önemsediler?	14,0	28,6
	20.Doktorlar ne sıklıkla size bir birey olarak gerçekten saygı duydular?	10,0	23,6
	21.Doktorlar size ne sıklıkla eşit bir birey olarak davrandılar?	9,6	20,8
Ayrımcılık	22.Doktorlar ne sıklıkla eğitim seviyeniz hakkında varsayımda bulundular?	49,2	20,6
	23.Doktorlar ne sıklıkla geliriniz hakkında varsayımda bulundular?	64,0	13,8

Bakımla ilgili kişilerarası süreçler anketinin boyutlarına bakıldığında (Tablo 32) endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması, sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması ile şefkatli ve saygılı olma boyutlarının ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hasta merkezli karar verme boyutunun ise en düşük ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 32. Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Ortalama ± Standart Sapma
Aceleci İletişim	2,85±0,85
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	3,30±0,88
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	3,07±0,98
Hasta Merkezli Karar Verme	2,45±1,04
Şefkatli ve Saygılı Olma	3,01±1,03
Ayrımcılık	2,48±0,78

### 5.5. Hastaların Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algılarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi

Hastaların hekim-hasta iletişiminin kalitesine yönelik algıları; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, aylık gelir durumu, genel sağlık durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı, son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu ve sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre incelenmiştir. Aşağıda sırasıyla bu özelliklere göre yapılan karşılaştırmalara yer verilmiştir.

Hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına yönelik algıları, cinsiyet grupları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 33). Cinsiyet gruplarına göre sadece aceleci iletişim boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken ( $p<0,05$ ), diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu sonuca göre H9a hipotezi kabul edilirken; H10a, H11a, H12a, H13a ve H14a hipotezleri



reddedilmiştir. Aile hekimlerinin aceleci iletişim içinde bulunmalarına yönelik algıların erkeklerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 33. Hastaların Cinsiyet Gruplarına Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Cinsiyet Grupları		p
	Kadın	Erkek	
	Ort. ± SS*	Ort. ± SS	
Aceleci İletişim	2,78±0,89	2,95±0,77	<b>0,027</b>
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	3,29±0,87	3,31±0,90	0,698
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	3,10±1,01	3,02±0,93	0,382
Hasta Merkezli Karar Verme	2,47±1,06	2,43±1,01	0,860
Şefkatli ve Saygılı Olma	3,02±1,07	3,00±0,97	0,938
Ayrımcılık	2,46±0,77	2,52±0,79	0,525

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına yönelik algıları, yaş grupları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 34). Yaş gruplarına göre; sadece ayrımcılık boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken ( $p < 0,05$ ), diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Bu sonuca göre H9b, H10b, H11b, H12b ve H13b hipotezleri reddedilirken, H14b hipotezi kabul edilmiştir.

Ayrımcılığa yönelik algıların 26-35 yaş grubundaki hastalarda daha yüksek, 46-55 yaş grubu arasındaki hastalarda ise daha düşük bulunmuştur. İkili karşılaştırmalar yapıldığında ayrımcılık boyutundaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmasının bu iki yaş grubundaki hastaların algılarından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

**Tablo 34. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Yaş Grupları						p	Fark Bulunan Gruplar
	18-25 <sup>1</sup>	26-35 <sup>2</sup>	36-45 <sup>3</sup>	46-55 <sup>4</sup>	56-65 <sup>5</sup>	≥ 66 <sup>6</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Aceleci İletişim	2,87±0,97	2,93±0,94	2,76±0,79	2,85±0,78	2,80±0,81	3,00±0,93	0,645	
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	3,37±1,09	3,26±0,91	3,24±0,78	3,32±0,84	3,47±0,90	3,10±0,90	0,361	
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	3,05±1,10	2,96±1,03	3,07±0,93	3,03±0,91	3,26±0,97	3,24±1,12	0,601	
Hasta Merkezli Karar Verme	2,38±1,13	2,37±1,08	2,43±0,93	2,38±0,97	2,66±1,07	2,83±1,31	0,289	
Şefkatli ve Saygılı Olma	3,05±1,25	3,03±1,02	2,97±0,94	2,94±1,00	3,12±0,98	3,17±1,15	0,859	
Ayrımcılık	2,43±0,94	2,66±0,83	2,49±0,69	2,34±0,76	2,51±0,72	2,59±0,79	<b>0,016</b>	2-4

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına yönelik algıları, eğitim durumu açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 35). Eğitim durumuna göre sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması, hasta merkezli karar verme ile ayrımcılık boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunurken ( $p < 0,05$ ), diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Bu sonuca göre H9c, H10c, H13c hipotezleri reddedilirken H11c, H12c ve H14c hipotezleri kabul edilmiştir.

Sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması ile hasta merkezli karar verme boyutlarında okuryazar-ilkokul mezunlarının algıları daha yüksek, önlisans mezunlarının algıları daha düşük bulunmuştur. Bu boyutlardaki istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların söz konusu eğitim durumundaki hastaların algılarının karşılaştırılmasından dolayı meydana geldiği görülmüştür. Ayrıca okuryazar-ilkokul mezunları ile lisansüstü mezunları arasında da hasta merkezli karar verme boyutu açısından anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Ayrımcılık boyutunda ise lisansüstü mezunlarının algıları daha yüksek,

önlisans mezunlarının algıları daha düşük bulunmuştur. Bu boyutta oluşan farklılığın ise lisans ve lisansüstü mezunlarının algılarının karşılaştırılması sonucunda elde edildiği tespit edilmiştir.

**Tablo 35. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Eğitim Durumu						p	Fark Bulunan Gruplar
	≤ İlkokul <sup>1</sup>	Ortaokul <sup>2</sup>	Lise <sup>3</sup>	Önlisans <sup>4</sup>	Lisans <sup>5</sup>	Lisansüstü <sup>6</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Aceleci İletişim	2,53±0,90	2,84±1,06	2,93±0,76	3,00±0,73	2,85±0,84	2,80±0,89	0,200	
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	3,25±0,98	3,33±1,06	3,38±0,87	3,09±0,88	3,23±0,86	3,51±0,78	0,168	
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	3,52±1,07	3,10±1,11	3,14±0,92	2,81±1,03	2,95±0,93	3,19±1,00	<b>0,018</b>	1-4, 1-5
Hasta Merkezli Karar Verme	3,21±1,10	2,64±1,23	2,57±0,97	2,17±1,00	2,29±0,96	2,44±1,07	<b>&lt;0,001</b>	1-4, 1-5, 1-6
Şefkatli ve Saygılı Olma	3,23±1,09	3,03±1,25	3,14±0,97	2,79±1,02	2,91±0,98	3,13±1,06	0,275	
Ayrımcılık	2,57±0,73	2,62±1,02	2,46±0,76	2,34±0,78	2,41±0,75	2,70±0,76	<b>0,024</b>	5-6

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına yönelik algıları, medeni durum açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 36). Medeni duruma göre bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin hiçbir boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu sonuca göre H9d, H10d, H11d, H12d, H13d ve H14d hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 36. Hastaların Medeni Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Medeni Durum			P
	Bekar	Evli	Ayrılmış / Dul	
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	
Aceleci İletişim	2,94±0,82	2,80±0,86	2,89±0,85	0,340
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	3,29±0,89	3,34±0,88	3,04±0,82	0,085
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	2,97±0,97	3,14±0,99	2,93±0,95	0,213
Hasta Merkezli Karar Verme	2,32±1,00	2,55±1,08	2,27±0,79	0,069
Şefkatli ve Saygılı Olma	2,92±1,04	3,08±1,03	2,92±0,96	0,319
Ayrımcılık	2,46±0,80	2,50±0,79	2,46±0,63	0,936

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına yönelik algıları, çalışma durumu açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 37). Çalışma durumuna göre bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin hiçbir boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu sonuca göre H9e, H10e, H11e, H12e, H13e ve H14e hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 37. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Çalışma Durumu							p
	Ev Hanımı	İşçi	Emekli	Öğrenci	Memur	Esnaf / SÇ**	Diğer	
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
Aceleci İletişim	2,71±0,94	2,95±0,94	2,94±0,91	2,77±0,92	2,84±0,76	2,89±0,82	3,00±0,91	0,619
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	3,30±0,93	3,28±0,85	3,23±0,95	3,41±1,12	3,34±0,76	3,27±0,88	3,12±0,96	0,871
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	3,25±1,13	3,05±0,93	3,02±0,97	3,01±1,17	3,10±0,86	2,94±1,07	2,93±1,06	0,637
Hasta Merkezli Karar Verme	2,80±1,23	2,32±0,89	2,39±1,06	2,31±1,13	2,43±0,92	2,53±1,03	2,28±1,17	0,146
Şefkatli ve Saygılı Olma	3,23±1,11	2,89±1,05	2,94±0,90	3,08±1,33	2,98±0,95	3,01±0,99	2,96±1,08	0,769
Ayrımcılık	2,51±0,74	2,32±0,76	2,45±0,65	2,43±0,98	2,48±0,74	2,55±0,80	2,57±0,94	0,926

\*Ortalama ± Standart Sapma \*\*Serbest Çalışan

Hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına yönelik algıları aylık gelir durumu açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 38). Aylık gelir durumuna göre sadece şefkatli ve saygılı olma boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken ( $p < 0,05$ ), diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Bu sonuca göre H9f, H10f, H11f, H12f ve H14f hipotezleri reddedilirken H13f hipotezi kabul edilmiştir.

Aylık geliri giderinden çok olan hastaların aile hekiminin şefkatli ve saygılı olmasına yönelik algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu boyuttaki istatistiksel olarak anlamlı farklılığın aylık geliri giderinden az olan hastalar ile aylık geliri giderinden çok olan hastaların algıları arasında yapılan ikili karşılaştırma sonucu ortaya çıktığı belirlenmiştir.

**Tablo 38. Hastaların Aylık Gelir Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Aylık Gelir Durumu			p	Fark Bulunan Gruplar
	Gelir Giderden Az <sup>1</sup>	Gelir Gidere Denk <sup>2</sup>	Gelir Giderden Fazla <sup>3</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS		
Aceleci İletişim	2,93±0,92	2,83±0,82	2,82±0,85	0,299	
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	3,19±0,93	3,31±0,88	3,44±0,77	0,120	
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	2,98±0,96	3,10±0,98	3,08±1,03	0,631	
Hasta Merkezli Karar Verme	2,39±0,96	2,44±1,05	2,60±1,11	0,488	
Şefkatli ve Saygılı Olma	2,83±1,02	3,04±1,02	3,19±1,04	<b>0,025</b>	1-3
Ayrımcılık	2,42±0,78	2,46±0,73	2,69±0,92	0,109	

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına yönelik algıları, genel sağlık durumu açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 39). Genel sağlık durumuna göre aceleci iletişim, endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması, şefkatli ve saygılı olma ve ayrımcılık boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Diğer boyutlarda ise istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ( $p > 0,05$ ). Bu sonuca göre H9g, H10g, H13g ve H14g hipotezleri kabul edilirken, H11g ile H12g hipotezleri reddedilmiştir.

Bakım ile ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarının ortalamaları (aceleci iletişim boyutu hariç) genel sağlık durumu çok iyi olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Farklılığın hangi kategorilerden kaynaklandığı incelendiğinde aceleci iletişim ile endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutlarında genel sağlık durumu iyi ve orta olan

hastaların ortalamalarının karşılaştırılmasından; şefkatli ve saygılı olma boyutunda genel sağlık durumu orta ve çok iyi olan hastaların algılarının karşılaştırılmasından; ayrımcılık boyutunda ise genel sağlık durumu orta ve çok iyi olan hastaların karşılaştırılması ile genel sağlık durumu iyi ve çok iyi olan hastaların algılarının karşılaştırılmasından kaynaklandığı görülmüştür.

**Tablo 39. Hastaların Genel Sağlık Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Genel Sağlık Durumu				p	Fark Bulunan Gruplar
	Kötü <sup>1</sup>	Orta <sup>2</sup>	İyi <sup>3</sup>	Çok İyi <sup>4</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Aceleci İletişim	3,25±1,06	2,97±0,81	2,75±0,80	2,80±1,04	<b>0,008</b>	2-3
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	3,02±0,93	3,14±0,84	3,41±0,88	3,46±0,89	<b>0,003</b>	2-3
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	2,86±0,94	3,04±0,95	3,07±0,99	3,28±1,07	0,314	
Hasta Merkezli Karar Verme	2,43±1,05	2,44±1,04	2,42±1,03	2,74±1,11	0,314	
Şefkatli ve Saygılı Olma	2,89±1,07	2,88±1,02	3,05±1,02	3,40±0,98	<b>0,011</b>	2-4
Ayrımcılık	2,53±0,90	2,37±0,76	2,50±0,75	2,85±0,90	<b>0,005</b>	2-4, 3-4

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına yönelik algıları, kronik hastalığa sahip olma durumu açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 40). Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin hiçbir boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu sonuca göre H9h, H10h, H11h, H12h, H13h ve H14h hipotezleri reddedilmiştir.

**Tablo 40. Hastaların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu			p
	Yok	1 Tane	1'den Fazla	
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	
Aceleci İletişim	2,82±0,85	2,81±0,82	3,06±0,88	0,117
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	3,32±0,89	3,33±0,86	3,16±0,88	0,393
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	3,07±1,01	3,10±0,96	3,02±0,91	0,795
Hasta Merkezli Karar Verme	2,43±1,03	2,51±1,03	2,42±1,10	0,604
Şefkatli ve Saygılı Olma	3,02±1,03	3,12±1,00	2,74±1,05	0,061
Ayrımcılık	2,50±0,80	2,54±0,75	2,29±0,73	0,206

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına yönelik algıları, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 41). Son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısına göre bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin sadece aceleci iletişim boyutunda sınırda anlamlı bir farklılık bulunurken (p 0,05'e yakın), diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Bu sonuca göre H10i, H11i, H12i, H13i ve H14i hipotezleri reddedilmiş, H9i hipotezi kabul edilmiştir. Son 12 ayda aile hekimine 10 defa ve daha fazla başvuran hastaların aceleci iletişime yönelik algılarının daha düşük olduğu görülmüştür. Aceleci iletişim boyutundaki istatistiksel olarak anlamlı farklılığın son 12 ayda aile hekimine 1-2 defa başvuran hastaların algılarının, 10 defa ve daha fazla başvuran hastaların algıları ile karşılaştırılması neticesinde elde edildiği görülmüştür.



**Tablo 41. Hastaların Son 12 Ayda Aile Hekimine Başvuru Sayısına Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Son 12 Ayda Aile Hekimine Başvuru Sayısı				p	Fark Bulunan Gruplar
	1-2 Defa <sup>1</sup>	3-5 Defa <sup>2</sup>	6-9 Defa <sup>3</sup>	10 ve üzeri <sup>4</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Aceleci İletişim	2,97±0,81	2,83±0,83	2,70±0,89	2,61±0,97	<b>0,051</b>	1-4
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	3,27±0,79	3,30±0,92	3,39±0,90	3,32±1,06	0,726	
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	2,94±0,93	3,10±0,98	3,22±1,00	3,30±1,16	0,126	
Hasta Merkezli Karar Verme	2,31±0,96	2,48±1,00	2,55±1,15	2,86±1,29	0,071	
Şefkatli ve Saygılı Olma	2,89±0,97	3,02±1,00	3,17±1,08	3,29±1,25	0,205	
Ayrımcılık	2,42±0,77	2,46±0,73	2,58±0,91	2,73±0,79	0,116	

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına yönelik algıları, son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 42). Son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna göre bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin sadece hasta merkezli karar verme boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş ( $p < 0,05$ ), diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Bu sonuca göre H12j hipotezi kabul edilirken; H9j, H10j, H11j, H13j ve H14j hipotezleri reddedilmiştir. Aile hekimi tarafından son 12 ayda 1 veya 2 defa ziyaret edilen hastaların hasta merkezli karar vermeye ilişkin algılarının hiç ziyaret edilmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 42. Hastaların Son 12 Ayda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilme Durumuna Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Algıları**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Son 12 Ayda Aile Hekimi Tarafından Ziyaret Edilme Durumu		p
	Yok	1-2 Defa	
	Ort. ± SS*	Ort. ± SS	
Aceleci İletişim	2,85±0,85	2,86±0,84	0,937
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	3,30±0,87	3,37±1,00	0,688
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	3,05±0,98	3,36±0,93	0,108
Hasta Merkezli Karar Verme	2,43±1,05	2,90±0,80	<b>0,006</b>
Şefkatli ve Saygılı Olma	3,00±1,04	3,20±0,85	0,230
Ayrımcılık	2,47±0,79	2,64±0,64	0,234

\*Ortalama ± Standart Sapma

Hastaların bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına yönelik algıları, sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 43). Sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutunda istatistiksel olarak sınırda anlamlı bir farklılık ( $p < 0,05$ 'e yakın), diğer boyutların hepsinde ise istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. ( $p < 0,05$ ) Bu sonuca göre H9k, H10k, H11k, H12k, H13k ve H14k hipotezleri kabul edilmiştir.

Farklılığın hangi kategorilerden kaynaklandığı incelendiğinde, farklılık bulunan boyutların hepsinde sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak hekimleri tercih edenlerin algılarıyla internet, televizyon ve gazeteyi tercih edenlerin algılarının karşılaştırılmasından kaynaklandığı görülmüştür. Ayrıca hasta merkezli karar verme boyutunda sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak aile veya arkadaşı tercih eden

hastaların algıları ile hekimi tercih eden hastaların algıları arasındaki farklılığının da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak internet, televizyon ve gazeteyi seçen hastaların aceleci iletişim boyutu ile ilgili algılarının, aile ve arkadaşı tercih eden hastaların endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutu ile ilgili algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşire, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarını sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak tercih eden hastaların ayrımcılık boyutuna, hekimi tercih eden hastaların ise diğer boyutlara (sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması, hasta merkezli karar verme, şefkatli ve saygılı olma) yönelik algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 43. Hastaların Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağına Göre Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesine Yönelik Alguları**

Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları	Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı				p	Fark Bulunan Gruplar
	Hekim <sup>1</sup>	Hemşire, Eczacı, DŞÇ** <sup>2</sup>	Aile, Arkadaş <sup>3</sup>	İnternet, Televizyon, Gazete <sup>4</sup>		
	Ort ± SS*	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
Aceleci İletişim	2,75±0,84	2,94±0,88	3,00±0,79	3,01±0,86	<b>0,018</b>	1-4
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	3,34±0,89	3,01±0,85	3,47±0,79	3,18±0,88	<b>0,053</b>	2-3
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	3,21±1,00	2,96±0,91	2,85±1,01	2,83±0,87	<b>0,001</b>	1-4
Hasta Merkezli Karar Verme	2,61±1,08	2,41±0,78	2,24±1,05	2,18±0,91	<b>0,001</b>	1-3, 1-4
Şefkatli ve Saygılı Olma	3,14±1,03	2,90±0,72	3,08±1,11	2,70±0,97	<b>0,001</b>	1-4
Ayrımcılık	2,55±0,79	2,58±0,66	2,45±0,76	2,31±0,78	<b>0,009</b>	1-4

\*Ortalama ± Standart Sapma \*\*Diğer Sağlık Çalışanları

### 5.6. Sağlık Okuryazarlığı İle Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişki

Bu bölümde hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hekim-hasta iletişiminin kalitesine yönelik algıları arasında bir ilişki olup olmadığı korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı indeksleri ile bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutları arasındaki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları (Tablo 44) incelendiğinde, aceleci iletişim boyutunun genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının tüm alt indeksleri ile negatif yönlü anlamlı bir ilişkisi ( $p < 0,001$ ) olduğu görülmüştür. Aceleci iletişim ile sağlığın iyileştirilmesi ( $r = -0,217$ ) arasında çok zayıf; bilgiyi değerlendirme ( $r = 0,256$ ), bilgiyi uygulama ( $r = -0,276$ ), bilgiye erişim ( $r = -0,291$ ), hastalıktan korunma ( $r = -0,292$ ), bilgiyi anlama ( $r = -0,305$ ), sağlık hizmeti ( $r = -0,324$ ) ve genel sağlık okuryazarlığı ( $r = -0,330$ ) arasında ise zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutunun genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının tüm alt indeksleri ile pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi ( $p < 0,001$ ) vardır. Bu ilişkinin gücü sağlığın iyileştirilmesi ( $r = 0,239$ ), bilgiyi değerlendirme ( $r = 0,244$ ), bilgiyi anlama ( $r = 0,248$ ), indeksleri ile çok zayıf; hastalıktan korunma ( $r = 0,265$ ), sağlık hizmeti ( $r = 0,266$ ), bilgiye erişim ( $r = 0,280$ ), bilgiyi uygulama ( $r = 0,288$ ) indeksleri ile genel sağlık okuryazarlığı ( $r = 0,295$ ) arasında zayıf görünmektedir.

Bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin; sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması, hasta merkezli karar verme, şefkatli ve saygılı olma, ayrımcılık boyutları ile genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının tüm alt indeksleri arasında genel olarak pozitif yönlü çok zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler ( $p < 0,05$ ) bulunmaktadır. Bu boyutlar arasında şefkatli ve saygılı olma boyutunun genel sağlık okuryazarlığı ile ilişkisinin gücü daha yüksektir. Ayrıca hasta merkezli karar verme boyutu ile sağlık okuryazarlığı alt indekslerinden sağlık hizmeti ve bilgiyi anlama indeksleri arasında sınırda anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p 0,05$ 'e yakın). Bu sonuca göre H15a hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 44. Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki Korelasyon**

Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksleri	Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları											
	Aceleci İletişim		Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması		Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması		Hasta Merkezli Karar Verme		Şefkatli ve Saygılı Olma		Ayrımcılık	
	r <sub>s</sub>	P	r <sub>s</sub>	P	r <sub>s</sub>	P	r <sub>s</sub>	P	r <sub>s</sub>	P	r <sub>s</sub>	P
Sağlık Hizmeti	-0,324	<0,001	0,266	<0,001	0,183	<0,001	0,091	0,052	0,202	<0,001	0,146	0,002
Hastalıktan Korunma	-0,292	<0,001	0,265	<0,001	0,245	<0,001	0,150	0,002	0,252	<0,001	0,151	0,002
Sağlığın İyileştirilmesi	-0,217	<0,001	0,239	<0,001	0,190	<0,001	0,120	0,013	0,218	<0,001	0,170	<0,001
Bilgiye Erişim	-0,291	<0,001	0,280	<0,001	0,181	<0,001	0,107	0,017	0,251	<0,001	0,170	<0,001
Bilgiyi Anlama	-0,305	<0,001	0,248	<0,001	0,199	<0,001	0,086	0,054	0,232	<0,001	0,161	<0,001
Bilgiyi Değerlendirme	-0,256	<0,001	0,244	<0,001	0,234	<0,001	0,146	0,001	0,195	<0,001	0,118	0,008
Bilgiyi Uygulama	-0,276	<0,001	0,288	<0,001	0,267	<0,001	0,186	<0,001	0,258	<0,001	0,156	<0,001
Genel Sağlık Okuryazarlığı	-0,330	<0,001	0,295	<0,001	0,243	<0,001	0,147	0,002	0,273	<0,001	0,180	<0,001

Tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilen değişkenlerin, hastaların sağlık okuryazarlığı indekslerine, bakımla ilgili kişilerarası süreçler boyutlarına etkilerinin belirlenmesi ve bu indekslerin/boyutların birbirleri

üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Regresyon analizi, aralarında ilişkili olan iki ya da daha fazla değişkenden birinin bağımlı değişken, diğerlerinin bağımsız değişkenler olarak ayrılması ile bu değişkenler arasındaki ilişkinin matematiksel eşitlik ile açıklandığı bir analizdir. Regresyon analizinde, bağımlı değişken bir, bağımsız değişken bir ise basit regresyon analizi uygulanırken; bağımlı değişken bir, bağımsız değişken iki ya da daha fazla ise çoklu regresyon analizi uygulanmaktadır (Büyüköztürk, 2006). İki veya daha fazla bağımsız (belirleyici) değişkenin bağımlı değişkendeki değişimi açıklamasında çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmaktadır (Kılıç, 2013).

Yaygın fakat yanlış bir şekilde doğrusal regresyonun sadece normal dağılım gösteren sonuçlar için geçerli olduğuna inanılmaktadır. Doğrusal regresyon farklı konular için bir sonuç değişkeninin ortalamasını karşılaştırmaktadır. Doğrusal regresyon için çok küçük örneklerde bile sonuç değişkeninin normal dağılım göstermesi geçerli kabul edilse de, doğrusal regresyonun önemli faydası herhangi bir dağılım gösteren büyük örneklerden ileri gelmektedir. Büyük örneklerdeki veriler normal dağılım göstermese bile doğrusal regresyon yapılabilir (Lumley ve diğerleri, 2002). Diğer bir ifade ile bağımlı değişken normal dağılım göstermese de büyük örnekleme olan çalışmalarda doğrusal regresyon istatistiksel olarak güvenilir bir yöntemdir (Li ve diğerleri, 2012).

Bu araştırmada örneklem 500 olduğu için çoklu doğrusal regresyonun yapılması uygun görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı indeksleri ile bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına yönelik olarak oluşturulan regresyon modellerinin hepsinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Aşağıda bu modellere ilişkin sonuçlara değinilmiştir.

Sağlık hizmeti indeksini açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarına bakıldığında, regresyon modelinin anlamlı ( $F=9,253$ ;  $p<0,001$ ) olduğu görülmüştür (Tablo 45). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların sağlık hizmeti indeksi düzeylerindeki toplam varyansın %26'sını açıkladığı;

66 yaş ve üzerinde olmanın, aceleci iletişimin sağlık hizmeti indeksini negatif etkilediği belirlenmiştir.

**Tablo 45. Sağlık Hizmeti İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	20,629	3,450		5,980	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Yaş 1 (26-35)	3,918	2,004	0,192	1,955	0,051
Yaş 2 (36-45)	4,046	2,077	0,220	1,948	0,052
Yaş 3 (46-55)	3,605	2,063	0,204	1,748	0,081
Yaş 4 (56-65)	1,988	2,222	0,084	0,895	0,371
Yaş 5 (66 ve üzeri)	-1,538	2,500	-0,047	-0,615	0,539
Eğitim 1 (Lise)	3,281	1,206	0,171	2,720	0,007
Eğitim 2 (Önlisans)	3,217	1,524	0,119	2,110	0,035
Eğitim 3 (Lisans)	4,385	1,243	0,273	3,528	<0,001
Eğitim 4 (Lisansüstü)	6,316	1,479	0,288	4,270	<0,001
Çalışma 1 (İşçi)	0,944	1,956	0,023	0,483	0,630
Çalışma 2 (Emekli)	2,757	1,373	0,116	2,008	0,045
Çalışma 3 (Öğrenci)	4,034	2,285	0,155	1,765	0,078
Çalışma 4 (Memur)	2,088	1,267	0,131	1,648	0,100
Çalışma 5 (Esnaf/Serbest Çalışan)	-1,483	1,529	-0,052	-0,970	0,333
Çalışma 6 (Diğer)	2,669	1,615	0,095	1,652	0,099
Genel Sağlık Durumu 1 (Çok İyi)	5,303	1,963	0,181	2,701	0,007
Genel Sağlık Durumu 2 (İyi)	4,964	1,624	0,314	3,056	0,002
Genel Sağlık Durumu 3 (Orta)	3,955	1,610	0,238	2,457	0,014
<b>Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları</b>					
Aceleci İletişim	-2,096	0,418	-0,225	-5,009	<0,001
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	0,984	0,406	0,110	2,424	0,016
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R= 0,545 R <sup>2</sup> =0,265 F=9,253 p<0,001					

Hastalıktan korunma indeksini açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı ( $F=7,226$ ;  $p<0,001$ ) olduğunu göstermiştir (Tablo 46). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların hastalıktan korunma indeksi düzeylerindeki toplam varyansın %20'sini açıkladığı; sadece aceleci iletişimin hastalıktan korunma indeksini negatif etkilediği ortaya konulmuştur.

**Tablo 46. Hastalıktan Korunma İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	19,179	3,080		6,227	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Eğitim 1 (Lise)	3,217	1,390	0,160	2,315	0,021
Eğitim 2 (Önlisans)	3,162	1,705	0,115	1,854	0,064
Eğitim 3 (Lisans)	3,320	1,434	0,200	2,316	0,021
Eğitim 4 (Lisansüstü)	4,612	1,651	0,211	2,794	0,005
Çalışma 1 (İşçi)	0,941	2,352	0,020	0,400	0,689
Çalışma 2 (Emekli)	1,882	1,495	0,078	1,258	0,209
Çalışma 3 (Öğrenci)	1,743	1,660	0,064	1,050	0,294
Çalışma 4 (Memur)	4,027	1,420	0,245	2,835	0,005
Çalışma 5 (Esnaf/ Serbest Çalışan)	2,119	1,728	0,071	1,226	0,221
Çalışma 6 (Diğer)	4,145	1,737	0,147	2,386	0,017
Genel Sağlık Durumu 1 (Çok İyi)	5,038	2,262	0,177	2,227	0,026
Genel Sağlık Durumu 2 (İyi)	4,247	1,954	0,259	2,174	0,030
Genel Sağlık Durumu 3 (Orta)	3,140	1,945	0,181	1,614	0,107
Aylık Gelir 1 (Denk)	2,849	0,917	0,169	3,109	0,002
Aylık Gelir 2 (Çok)	1,355	1,217	0,062	1,113	0,266
<b>Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları</b>					
Aceleci İletişim	-1,899	0,466	-0,199	-4,078	<0,001
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	1,340	0,463	0,143	2,895	0,004
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,483 R <sup>2</sup> =0,201 F=7,226 p<0,001					



Sağlığın iyileştirilmesi indeksini açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı ( $F=6,844$ ;  $p<0,001$ ) olduğunu göstermiştir (Tablo 47). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların sağlığın iyileştirilmesi indeksi düzeylerindeki toplam varyansın %17'sini açıkladığı; sadece aceleci iletişimin hastalıktan korunma indeksini negatif etkilediği ortaya konulmuştur.

**Tablo 47. Sağlık İyileştirilmesi İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	20,114	3,051		6,592	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Eğitim 1 (Lise)	3,042	1,383	0,151	2,198	0,028
Eğitim 2 (Önlisans)	2,708	1,694	0,100	1,599	0,111
Eğitim 3 (Lisans)	4,067	1,418	0,249	2,868	0,004
Eğitim 4 (Lisansüstü)	5,951	1,639	0,277	3,631	<0,001
Çalışma 1 (İşçi)	-0,422	2,271	-0,009	-0,186	0,853
Çalışma 2 (Emekli)	1,860	1,497	0,077	1,242	0,215
Çalışma 3 (Öğrenci)	3,808	1,663	0,141	2,290	0,023
Çalışma 4 (Memur)	3,375	1,421	0,208	2,375	0,018
Çalışma 5 (Esnaf/ Serbest Çalışan)	2,496	1,717	0,085	1,453	0,147
Çalışma 6 (Diğer)	3,692	1,732	0,133	2,132	0,034
Genel Sağlık Durumu 1 (Çok İyi)	3,930	2,262	0,139	1,737	0,083
Genel Sağlık Durumu 2 (İyi)	3,385	1,953	0,210	1,733	0,084
Genel Sağlık Durumu 3 (Orta)	1,843	1,944	0,108	0,948	0,344
<b>Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları</b>					
Aceleci İletişim	-1,270	0,465	-0,135	-2,734	0,007
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	1,273	0,461	0,137	2,764	0,006
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,446 R <sup>2</sup> =0,170 F=6,844 p<0,001					

Bilgiye erişim indeksini açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı ( $F=11,104$ ;  $p<0,001$ ) olduğunu göstermiştir (Tablo 48). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların bilgiye erişim indeksi düzeylerindeki toplam varyansın %23'ünü açıkladığı; birden fazla kronik hastalığa sahip olmanın, 66 yaş ve üzerinde olmanın, aceleci iletişimin bilgiye erişim indeksini negatif yönde daha fazla etkilediği görülmüştür.

**Tablo 48. Bilgiye Erişim İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	25,436	2,457		10,352	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Yaş 1 (26-35)	-0,118	1,223	-0,006	-0,096	0,923
Yaş 2 (36-45)	0,416	1,167	0,022	0,357	0,722
Yaş 3 (46-55)	0,638	1,150	0,035	0,555	0,579
Yaş 4 (56-65)	-1,438	1,333	-0,059	-1,079	0,281
Yaş 5 (66 ve üzeri)	-4,078	1,678	-0,121	-2,430	0,015
Eğitim 1 (Lise)	4,273	1,112	0,218	3,842	<0,001
Eğitim 2 (Önlisans)	3,929	1,396	0,141	2,814	0,005
Eğitim 3 (Lisans)	5,611	1,057	0,339	5,306	<0,001
Eğitim 4 (Lisansüstü)	7,840	1,259	0,347	6,225	<0,001
Aylık Gelir 1 (Denk)	1,959	0,784	0,118	2,497	0,013
Aylık Gelir 2 (Çok)	0,985	1,079	0,044	0,914	0,361
Kronik Hastalık (1 tane)	-0,392	0,746	-0,022	-0,525	0,600
Kronik Hastalık (1'den fazla)	-2,800	1,059	-0,115	-2,645	0,008
<b>Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları</b>					
Aceleci İletişim	-1,831	0,414	-0,192	-4,420	<0,001
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	1,440	0,401	0,157	3,590	<0,001
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,506 R <sup>2</sup> =0,233 F=11,104 p<0,001					

Bilgiyi anlama indeksini açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı ( $F=11,023$ ;  $p<0,001$ ) olduğunu göstermiştir (Tablo 49). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların bilgiyi anlama indeksi düzeylerindeki toplam varyansın %25'ini açıkladığı; aceleci iletişim ve hasta merkezli karar verme boyutlarının bilgiyi anlama indeksini negatif etkilediği görülmüştür.

**Tablo 49. Bilgiyi Anlama İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	22,253	2,829		7,867	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Eğitim 1 (Lise)	4,002	1,177	0,201	3,401	0,001
Eğitim 2 (Önlisans)	4,548	1,500	0,161	3,032	0,003
Eğitim 3 (Lisans)	5,019	1,222	0,298	4,107	<0,001
Eğitim 4 (Lisansüstü)	8,153	1,452	0,355	5,615	<0,001
Çalışma 1 (İşçi)	0,673	1,880	0,016	0,358	0,720
Çalışma 2 (Emekli)	1,898	1,321	0,076	1,437	0,151
Çalışma 3 (Öğrenci)	1,527	1,439	0,056	1,061	0,289
Çalışma 4 (Memur)	3,141	1,250	0,189	2,512	0,012
Çalışma 5 (Esnaf/ Serbest Çalışan)	1,698	1,496	0,058	1,135	0,257
Çalışma 6 (Diğer)	4,006	1,567	0,136	2,556	0,011
Genel Sağlık Durumu 1 (Çok İyi)	5,385	1,927	0,181	2,795	0,005
Genel Sağlık Durumu 2 (İyi)	5,397	1,610	0,327	3,352	0,001
Genel Sağlık Durumu 3 (Orta)	4,833	1,611	0,278	3,000	0,003
<b>Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları</b>					
Aceleci İletişim	-2,232	0,429	-0,231	-5,207	<0,001
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	0,793	0,473	0,085	1,676	0,094
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	1,185	0,632	0,142	1,873	0,062
Hasta Merkezli Karar Verme	-0,976	0,546	-0,124	-1,787	0,075
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,529 R <sup>2</sup> =0,255 F=11,023 p<0,001					

Bilgiyi değerlendirme indeksini açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı ( $F=5,330$ ;  $p<0,001$ ) olduğunu göstermiştir (Tablo 50). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların bilgiyi değerlendirme indeksi düzeylerindeki toplam varyansın %16'sını açıkladığı; sadece aceleci iletişimin bilgiyi değerlendirme indeksini negatif etkilediği görülmüştür.

**Tablo 50. Bilgiyi Değerlendirme İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	16,747	3,478		4,815	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Yaş 1 (26-35)	3,468	2,045	0,170	1,696	0,091
Yaş 2 (36-45)	4,265	2,103	0,230	2,028	0,043
Yaş 3 (46-55)	5,047	2,102	0,277	2,402	0,017
Yaş 4 (56-65)	2,817	2,249	0,118	1,253	0,211
Yaş 5 (66 ve üzeri)	1,352	2,557	0,041	0,529	0,597
Eğitim 1 (Lise)	2,123	1,219	0,110	1,741	0,082
Eğitim 2 (Önlisans)	1,503	1,564	0,055	0,961	0,337
Eğitim 3 (Lisans)	2,813	1,281	0,172	2,196	0,029
Eğitim 4 (Lisansüstü)	3,432	1,518	0,154	2,260	0,024
Çalışma 1 (İşçi)	1,983	1,967	0,049	1,008	0,314
Çalışma 2 (Emekli)	3,500	1,442	0,144	2,427	0,016
Çalışma 3 (Öğrenci)	5,669	2,319	0,215	2,445	0,015
Çalışma 4 (Memur)	2,987	1,308	0,185	2,284	0,023
Çalışma 5 (Esnaf/ Serbest Çalışan)	1,329	1,557	0,047	0,854	0,394
Çalışma 6 (Diğer)	4,054	1,663	0,142	2,438	0,015
Genel Sağlık Durumu 1 (Çok İyi)	4,499	2,024	0,156	2,223	0,027
Genel Sağlık Durumu 2 (İyi)	3,773	1,687	0,235	2,236	0,026
Genel Sağlık Durumu 3 (Orta)	2,484	1,671	0,147	1,487	0,138
Aylık Gelir 1 (Denk)	1,656	0,825	0,101	2,007	0,045
Aylık Gelir 2 (Çok)	0,271	1,124	0,012	0,241	0,809
<b>Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları</b>					
Aceleci İletişim	-1,512	0,436	-0,161	-3,471	0,001
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	1,269	0,376	0,157	3,378	0,001
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,445 R <sup>2</sup> =0,161 F=5,330 p<0,001					

Bilgiyi uygulama indeksini açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı ( $F=11,062$ ;  $p<0,001$ ) olduğunu göstermiştir (Tablo 51). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların bilgiyi uygulama indeksi düzeylerindeki toplam varyansın %19'unu açıkladığı; aceleci iletişime yönelik algılar yükseldikçe bilgiyi uygulama indeksinin puanının azaldığı görülmüştür.

**Tablo 51. Bilgiyi Uygulama İndeksinin Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	17,744	2,694		6,588	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Eğitim 1 (Lise)	3,318	1,063	0,180	3,122	0,002
Eğitim 2 (Önlisans)	3,586	1,319	0,138	2,719	0,007
Eğitim 3 (Lisans)	5,020	0,991	0,322	5,065	<0,001
Eğitim 4 (Lisansüstü)	6,095	1,171	0,288	5,203	<0,001
Genel Sağlık Durumu 1 (Çok İyi)	4,724	1,811	0,172	2,608	0,009
Genel Sağlık Durumu 2 (İyi)	4,173	1,535	0,274	2,719	0,007
Genel Sağlık Durumu 3 (Orta)	1,739	1,541	0,108	1,129	0,259
Aylık Gelir 1 (Denk)	1,530	0,756	0,098	2,024	0,043
Aylık Gelir 2 (Çok)	-0,157	1,035	-0,007	-0,152	0,879
<b>Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları</b>					
Aceleci İletişim	-1,105	0,411	-0,124	-2,691	0,007
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	0,869	0,454	0,101	1,912	0,056
Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması	1,069	0,407	0,138	2,628	0,009
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,463 R <sup>2</sup> =0,195 F=11,062 p<0,001					

Genel sağlık okuryazarlığını açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı ( $F=8,753$ ;  $p<0,001$ ) olduğunu göstermiştir (Tablo 52). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki toplam varyansın %24'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Son 12 ayda aile hekimi tarafından 1-2 defa ziyaret edilmenin ve aceleci iletişimin hastaların genel sağlık okuryazarlığını negatif etkilediği görülmüştür.

**Tablo 52. Hastaların Genel Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	23,271	3,023		7,698	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Eğitim 1 (Lise)	2,769	1,168	0,154	2,370	0,018
Eğitim 2 (Önlisans)	2,799	1,449	0,111	1,931	0,054
Eğitim 3 (Lisans)	3,375	1,205	0,228	2,801	0,005
Eğitim 4 (Lisansüstü)	5,030	1,404	0,254	3,581	<0,001
Çalışma 1 (İşçi)	1,251	1,841	0,033	0,680	0,497
Çalışma 2 (Emekli)	1,809	1,278	0,083	1,416	0,158
Çalışma 3 (Öğrenci)	3,068	1,395	0,127	2,199	0,028
Çalışma 4 (Memur)	3,410	1,218	0,232	2,800	0,005
Çalışma 5 (Esnaf/ Serbest Çalışan)	1,051	1,478	0,039	0,711	0,478
Çalışma 6 (Diğer)	3,818	1,492	0,150	2,558	0,011
Genel Sağlık Durumu 1 (Çok İyi)	3,815	1,843	0,150	2,070	0,039
Genel Sağlık Durumu 2 (İyi)	4,039	1,569	0,277	2,574	0,010
Genel Sağlık Durumu 3 (Orta)	2,881	1,567	0,186	1,839	0,067
Aylık Gelir 1 (Denk)	1,981	0,759	0,132	2,610	0,009
Aylık Gelir 2 (Çok)	0,597	1,034	0,030	0,577	0,564
Aile Hekimi Ziyareti	-2,526	1,378	-0,078	-1,833	0,067
<b>Bakımla İlgili Kişilerarası Süreçlerin Boyutları</b>					
Aceleci İletişim	-1,725	0,390	-0,203	-4,420	<0,001
Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması	1,285	0,387	0,154	3,321	0,001
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,520 R <sup>2</sup> =0,239 F=8,753 p<0,001					

Aceleci iletişim boyutunu açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı ( $F=8,527$ ;  $p<0,001$ ) olduğunu göstermiştir (Tablo 53). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların aceleci iletişim boyutuna yönelik algılarındaki toplam varyansın %11'ini açıkladığı belirlenmiştir. Son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı arttıkça aceleci iletişim boyutunun negatif yönde etkilendiği tespit edilmiştir.

**Tablo 53. Aceleci İletişim Boyutunun Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	3,765	0,209		18,019	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Cinsiyet	0,119	0,078	0,069	1,523	0,129
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 1 (Hemşire, Eczacı, Diğer Sağlık Çalışanları)	0,007	0,192	0,002	0,039	0,969
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 2 (Aile, arkadaş)	0,167	0,125	0,061	1,341	0,181
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 3 (İnternet, televizyon, gazete)	0,221	0,092	0,109	2,403	0,017
Aile Hekimine Başvuru Sayısı 1 (3-5 defa)	-0,108	0,087	-0,062	-1,245	0,214
Aile Hekimine Başvuru Sayısı 2 (6-9 defa)	-0,233	0,119	-0,095	-1,960	0,051
Aile Hekimine Başvuru Sayısı 3 (10 ve üzeri)	-0,393	0,147	-0,126	-2,664	0,008
<b>Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksi</b>					
Sağlık Hizmeti	-0,034	0,005	-0,314	-7,040	<0,001
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,363 R <sup>2</sup> =0,116 F=8,527 p<0,001					

Endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutunu açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı ( $F=9,218$ ;  $p<0,001$ ) olduğunu göstermiştir (Tablo 54). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutuna yönelik algılarındaki toplam varyansın %6'sını açıkladığı belirlenmiştir. Sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak hemşire, eczacı, diğer sağlık çalışanları, internet, televizyon ve gazeteyi tercih etmenin bu boyutu negatif etkilediği görülmüştür.

**Tablo 54. Endişelerin Açığa Çıkarılması ve Cevaplandırılması Boyutunun Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	2,508	0,165		15,177	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 1 (Hemşire, Eczacı, Diğer Sağlık Çalışanları)	-0,289	0,202	-0,065	-1,428	0,154
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 2 (Aile, arkadaş)	0,203	0,132	0,071	1,539	0,125
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 3 (İnternet, televizyon, gazete)	-0,164	0,097	-0,078	-1,683	0,093
<b>Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksi</b>					
Sağlık Hizmeti	0,027	0,005	0,246	5,409	<0,001
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,274 R <sup>2</sup> =0,067 F=9,218 p<0,001					

Sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması boyutunu açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı ( $F=7,251$ ;  $p<0,001$ ) olduğunu göstermiştir (Tablo 55). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların bu boyuta yönelik algılarındaki toplam varyansın %10'unu açıkladığı belirlenmiştir. Sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması boyutuna yönelik



alguların eğitim durumundaki ve sağlık bilgisine ilk erişim kaynağındaki farklılıklardan dolayı negatif etkilenebildiği belirlenmiştir.

**Tablo 55. Sonuçların ve İlaç Tedavisinin Açıklanması Boyutunun Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	2,748	0,199		13,822	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Eğitim 1 (Lise)	-0,428	0,167	-0,175	-2,563	0,011
Eğitim 2 (Önlisans)	-0,747	0,198	-0,224	-3,779	<0,001
Eğitim 3 (Lisans)	-0,589	0,154	-0,292	-3,832	<0,001
Eğitim 4 (Lisansüstü)	-0,451	0,180	-0,171	-2,514	0,012
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 1 (Hemşire, Eczacı, Diğer Sağlık Çalışanları)	-0,422	0,236	-0,084	-1,791	0,074
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 2 (Aile, arkadaş)	-0,390	0,147	-0,126	-2,657	0,008
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 3 (İnternet, televizyon, gazete)	-0,344	0,112	-0,148	-3,083	0,002
<b>Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksi</b>					
Hastalıktan Korunma	0,031	0,006	0,259	5,384	<0,001
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,351 R <sup>2</sup> =0,106 F=7,251 p<0,001					

Hasta merkezli karar verme boyutunu açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı (F=4,007; p<0,001) olduğunu göstermiştir (Tablo 56). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların hasta merkezli karar verme boyutuna yönelik algılarındaki toplam varyansın %10'unu açıkladığı belirlenmiştir. Bu boyutun da eğitim durumundaki ve sağlık bilgisine ilk erişim kaynağındaki farklılıklardan ve sağlık okuryazarlığının bilgiye erişim, bilgiyi

anlama, bilgiyi değerlendirme indekslerinden dolayı negatif etkilenebildiği tespit edilmiştir.

**Tablo 56. Hasta Merkezli Karar Verme Boyutunun Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	1,918	0,337		5,689	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Eğitim 1 (Lise)	-0,522	0,185	-0,201	-2,813	0,005
Eğitim 2 (Önlisans)	-0,860	0,220	-0,245	-3,919	<0,001
Eğitim 3 (Lisans)	-0,720	0,174	-0,338	-4,148	<0,001
Eğitim 4 (Lisansüstü)	-0,588	0,207	-0,209	-2,845	0,005
Aile Hekimi Ziyareti	0,542	0,219	0,120	2,475	0,014
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 1 (Hemşire, Eczacı, Diğer Sağlık Çalışanları)	-0,491	0,261	-0,091	-1,883	0,061
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 2 (Aile, arkadaş)	-0,442	0,164	-0,131	-2,692	0,007
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 3 (İnternet, televizyon, gazete)	-0,297	0,123	-0,120	-2,423	0,016
<b>Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksi</b>					
Sağlık Hizmeti	0,047	0,023	0,357	1,994	0,047
Hastalıktan Korunma	0,081	0,024	0,635	3,445	0,001
Sağlığın İyileştirilmesi	0,047	0,020	0,368	2,398	0,017
Bilgiye Erişim	-0,047	0,022	-0,370	-2,159	0,031
Bilgiyi Anlama	-0,045	0,020	-0,359	-2,268	0,024
Bilgiyi Değerlendirme	-0,058	0,024	-0,454	-2,473	0,014
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,365 R <sup>2</sup> =0,100 F=4,007 p<0,001					

Şefkatli ve saygılı olma boyutunu açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı ( $F=9,904$ ;  $p<0,001$ ) olduğunu göstermiştir (Tablo 57). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların bu boyuta yönelik algılarındaki toplam varyansın %6'sını açıkladığı belirlenmiştir. Sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak internet, televizyon ve gazeteyi tercih eden hastaların şefkatli ve saygılı olma boyutuna ilişkin algılarının daha olumsuz etkilendiği görülmüştür.

**Tablo 57. Şefkatli ve Saygılı Olma Boyutunun Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	2,315	0,182		12,741	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 1 (Hemşire, Eczacı, Diğer Sağlık Çalışanları)	-0,178	0,204	-0,038	-0,871	0,384
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 2 (Aile, arkadaş)	-0,020	0,145	-0,006	-0,140	0,888
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 3 (İnternet, televizyon, gazete)	-0,438	0,108	-0,180	-4,044	<0,001
<b>Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksi</b>					
Bilgiyi Anlama	0,026	0,005	0,208	4,792	<0,001
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,272 R <sup>2</sup> =0,067 F=9,904 p<0,001					

Ayrımcılık boyutunu açıklayan bağımsız değişkenleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları, regresyon modelinin anlamlı ( $F=4,252$ ;  $p<0,001$ ) olduğunu göstermiştir (Tablo 57). Modeldeki bağımsız değişkenlerin hastaların ayrımcılık boyutuna yönelik algılarındaki toplam varyansın %3'ünü açıkladığı belirlenmiştir.

**Tablo 58. Ayrımcılık Boyutunun Belirleyicilerine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	Beta		
Sabit	2,084	0,149		14,017	<0,001
<b>Kişisel Özellikler</b>					
Aylık Gelir 1 (Denk)	0,001	0,085	<0,001	0,009	0,993
Aylık Gelir 2 (Çok)	0,225	0,114	0,104	1,978	0,048
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 1 (Hemşire, Eczacı, Diğer Sağlık Çalışanları)	0,076	0,159	0,022	0,481	0,631
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 2 (Aile, arkadaş)	-0,082	0,112	-0,033	-0,731	0,465
Sağlık Bilgisine İlk Erişim Kaynağı 3 (İnternet, televizyon, gazete)	-0,234	0,084	-0,127	-2,792	0,005
<b>Sağlık Okuryazarlığı Alt İndeksi</b>					
Bilgiyi Anlama	0,014	0,004	0,143	3,220	0,001
<b>Regresyon Modeli Özeti:</b> R=0,222 R <sup>2</sup> =0,038 F=4,252 p<0,001					

Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre, bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin aceleci iletişim, endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması, sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması ile hasta merkezli karar verme boyutlarının hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeylerini veya sağlık okuryazarlığının alt indekslerinin düzeylerini etkilediği belirlenmiştir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini bakımla ilgili kişilerarası süreçlerden aceleci iletişim ile endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutlarının daha fazla etkilediği tespit edilmiştir. Hastaların bu iki boyuta yönelik alguları ile yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve genel sağlık durumunun sağlık hizmeti indeksi düzeyindeki toplam varyansın %26'sını açıkladığı (sağlık okuryazarlığı indekslerindeki en yüksek etki) hesaplanmıştır. Dolayısıyla H15b hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve bilgiyi değerlendirme indekslerinin bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin bazı boyutlarını etkilediği görülmüştür. Bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarını sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti ve bilgiyi anlama indekslerinin daha fazla etkilediği belirlenmiştir. Hastaların sağlık hizmeti indeksi ile cinsiyet, sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı ve son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısının aceleci iletişim boyutuna yönelik algılarındaki toplam varyansın %11'ini açıkladığı (bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarındaki en yüksek etki) hesaplanmıştır. Bu sonuca göre H15c hipotezi kabul edilmiştir.

## 6. TARTIŞMA

Bu bölümde hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri, hekim-hasta iletişimine yönelik algıları, sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişimi arasındaki ilişki hakkındaki tartışmalara yer verilmiştir.

### 6.1. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile İlgili Değerlendirmeler

Hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeksi 50 puanlık bir ölçek üzerinden ortalama  $30,25 \pm 7,28$  olarak hesaplanmıştır. Sağlık okuryazarlığının alt indekslerine bakıldığında sağlık bilgisini anlama ( $31,49 \pm 8,24$ ), sağlık hizmeti ( $30,73 \pm 7,89$ ) ve sağlık bilgisine erişim ( $30,38 \pm 8,11$ ) indeklerinin puanları genel sağlık okuryazarlığı puanından daha yüksek bulunmuştur. Sağlık bilgisini uygulama ( $28,84 \pm 7,62$ ), sağlık bilgisini değerlendirme ( $29,15 \pm 8,00$ ), sağlığın iyileştirilmesi ( $29,71 \pm 8,05$ ) ve hastalıktan korunma ( $29,91 \pm 8,16$ ) indekslerinin puanlarının ise genel sağlık okuryazarlığı puanından daha düşük olduğu görülmüştür.

Elde edilen puanlar dört kategoride incelendiğinde genel olarak hastaların %20,9'unun yetersiz, %48,3'ünün sınırlı, %24,9'unun yeterli ve %5,9'unun mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. Hastaların %70'inin sağlık bilgisini uygulama indeksi, %66,9'unun sağlık bilgisini değerlendirme indeksi, %64,8'inin sağlığın iyileştirilmesi indeksi açısından yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Hastaların yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ise sağlık bilgisini anlama (%47,4), sağlık bilgisine erişim (%42,4) ve sağlık hizmeti (%39,5) indekslerinde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Türkiye'de erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı prevalansının belirlenmesine yönelik olarak 23 ilde (Adana, Ağrı, Ankara, Antalya, Aydın, Balıkesir, Bursa, Diyarbakır, Erzurum, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Kocaeli, Konya, Malatya, Nevşehir, Ordu, Samsun, Tekirdağ, Trabzon, Van ve Zonguldak) hanelerinde veya iş yerlerinde bulunan 4924 katılımcıya ulaşılarak yapılan, sağlık okuryazarlığı alanında Türkiye'de yapılmış ilk geniş ölçekli saha çalışmasında

genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 30,4 olarak belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığının alt indekslerine bakıldığında sağlık bilgisini anlama (31,2) ile sağlık hizmeti (31,1) ve sağlık bilgisini uygulama (31,1) indekslerinin ortalama puanlarının genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanından daha yuğsek olduğu belirlenmiştir. Sağlık bilgisine erişim (29,0), sağlık bilgisini değerlendirme (29,2), hastalıktan korunma (29,8) ve sağlığın iyileştirilmesi (29,9) indekslerinin ortalama puanlarının genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanından daha duişuk olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı duiğzeylerinin ise %24,5 yetersiz, %40,1 sınırlı, %27,8 yeterli ve %7,6 muiğkmmel olduğu belirtilmiştir (Durusu-Tanrıoğver ve diğerleri, 2014).

Genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı açısından Tuiğkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının (Durusu-Tanrıoğver ve diğerleri, 2014) bulguları ile araştırmamızın bulgularının benzerlik gosterdiği ve ortalama puanların sınırlı duiğzeylerde sağlık okuryazarlığına işaret ettiği slylenebilir. Sağlık okuryazarlığının alt indeksleri açısından bakıldığında her iki araştırmada da genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı sağlık bilgisini anlama ve sağlık hizmeti indekslerinin ortalama puanlarından duişuk; sağlık bilgisini değerlendirme, sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıktan korunma indekslerinin ortalama puanından yuğsektir. Tuiğkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında sağlık bilgisine erişim indeksinin, araştırmamızda ise sağlık bilgisini uygulama indeksinin ortalama puanı genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanından daha duişuktur. Araştırmamızda hastaların %30,8'inin, Tuiğkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ise katılımcıların %35,4'ünün yeterli veya muiğkmmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu goriğlmektedir.

Tuiğkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasındaki katılımcıların %46,2'si kadın, %53,8'i erkektir. Genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı kadınlarda 30,0 olarak; erkeklerde 30,7 olarak hesaplanmıştır. Bu puan 65 yaş altındaki katılımcılarda 31,1; 65 yaş uştundeki katılımcılarda 23,5 olarak tespit edilmiştir. Aynı araştırmada katılımcıların eğitim durumu açısından en buyuk grubunu oluşturan lise mezunlarının (%29,5) genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanının 29,5 olduğu belirtilmiştir. Bu puanın katılımcıların %18,6'sını oluşturan lisans mezunlarında 33,8; %12,9'unu oluşturan

önlisans mezunlarında 33,5 ve %2,7'sini oluşturan lisansüstü mezunlarında 36,0 olduğu ifade edilmiştir (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014).

Araştırmamızda hastaların %59,8'ini kadınlar, %40,2'sini erkekler oluşturmaktadır. Genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı kadınlarda 30,30 olarak, erkeklerde 30,16 olarak hesaplanmıştır. 65 yaş altındaki hastalarda bu puan 30,47; 65 yaş üstündeki hastalarda 23,73'dür. Eğitim durumuna göre en büyük grubu oluşturan lisans mezunlarında (%39,6) genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanının 31,17 olduğu görülmüştür. Bu puan hastaların %21,8'ini oluşturan lise mezunlarında 29,02; %15,2'sini oluşturan lisansüstü mezunlarında 33,72 ve %9,4'ünü oluşturan önlisans mezunlarında ise 29,53'tür. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının kategorik değerlendirilmesinde Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasındaki bulguların araştırmamızdaki bulgulardan daha iyi olmasının cinsiyet, yaş ve eğitim durumundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sağlık Bakanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi işbirliği ile 15 yaş üzerindeki 505 kişi üzerinde Aydın'da yapılan ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi kullanılan bir araştırmada, genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 32,8 olarak hesaplanmıştır. Sağlığın iyileştirilmesi (31,7) ve hastalıktan korunma (32,5) indekslerinin ortalama puanlarının araştırmamızda olduğu gibi genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanından daha düşük olduğu, sağlık hizmeti indeksi açısından ise (33,7) daha iyi sonuçların elde edildiği görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların sağlık hizmeti indeksine ilişkin sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde, sağlığın iyileştirilmesi ve hastalıktan korunma indekslerine ilişkin sağlık okuryazarlığının ise sınırlı düzeyde olduğu söylenebilir. Diğer taraftan bu araştırmadaki katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin %13,1 yetersiz, %39,6 sınırlı, %32,8 yeterli ve %14,5 mükemmel düzeyde bulunduğu belirtilmiştir. Ayrıca katılımcıların sağlık hizmeti indeksi açısından yarısından fazlasının (%52,3), hastalıktan korunma indeksi açısından yarısına yakınının (%46,8) ve sağlığın iyileştirilmesi indeksi açısından ise %41,8'inin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde buldukları ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016b). Bu araştırma sonuçlarının daha iyi olması katılımcıların daha iyi sosyo-ekonomik durumlara ve sosyal statüye sahip olmasından, sağlık farkındalığının yüksekliğinden,



yaklaşık %85'inin herhangi bir sağlık sorunu sebebiyle ayda ortalama bir kez bir sağlık kurumuna başvurmasından ve sağlıkla ilgili en güvenilir bilgi kaynağı olarak genellikle sağlık çalışanlarını tercih etmelerinden kaynaklanabilir.

Sağlık Bakanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi işbirliği ile Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılarak 15 yaş üzerinde ve okuryazar olan 400 kişi ile Aydın'da yapılan başka bir araştırmada, katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı puanı 29,5 olarak belirlenmiştir. HLS-EU çalışması kavramsal çerçevesi temel alınarak geliştirilen TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2x4'lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (tedavi ve hizmet, 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, 2016b).

Hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi indeksleri birlikte değerlendirilmiş ve ortalama puanı 29,1 olarak; sağlık hizmeti indeksinin ortalama puanı ise 30,1 olarak hesaplanmıştır. Aynı araştırmada sağlık bilgisine erişim (30,5), sağlık bilgisini anlama (30,4), sağlık bilgisini uygulama (30,1) indekslerinin ortalama puanları daha yüksek, sağlık bilgisini değerlendirme (27,4) indeksinin ortalama puanı ise daha düşük bulunmuştur. Genel sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından katılımcıların %27,2'si yetersiz, %42,2'si sınırlı, %24,8'si yeterli ve %5,8'inin mükemmel düzeyde oldukları; %75,2'sinin sağlık bilgisini değerlendirme indeksi, %69,7'sinin hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi indeksi, %69,5'inin sağlık bilgisini kullanma indeksi açısından yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ise sağlık bilgisine erişim (%44,3), sağlık bilgisini anlama (%41) ve sağlık hizmeti (%37,3) indekslerinde daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2016b). Bu araştırmadaki katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeyi ile araştırmamızdaki katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin birbirine oldukça yakın olduğu, sağlık okuryazarlığının alt indeksleri açısından ise yine aynı indekslerle ilişkili (sağlık hizmetine erişim, sağlık hizmetini anlama ve sağlık hizmeti) sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek

olduğu görülmektedir. Dolayısıyla her iki araştırmada da sağlık okuryazarlığı bakımından öncelikli olarak ele alınması gereken indeksler hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlık bilgisini uygulama olarak ifade edilebilir.

Yurt dışında sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak yapılan araştırmalara bakıldığında Amerika Birleşik Devletleri'nde Yetişkin Okuryazarlığının 2003 Ulusal Değerlendirmesinde (The 2003 National Assessment of Adult Literacy) 16 yaş üzerindeki yaklaşık 19000 kişi için yapılan değerlendirme sonucunda yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin %53 orta, %22 temel, %14 temel düzeyin altında ve %12 yeterli olduğu bildirilmiştir (Kutner ve diğerleri, 2006). İrlanda'danın dört farklı şehrinde (Munster, Connacht/Ulster, Leinster, Dublin) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi kullanılarak toplum içinden seçilen 1005 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada, genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanlarının 33,23 ile 36,68 arasında değiştiği, katılımcıların yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir. Bu araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri %10,3 yetersiz, %29,7 sınırlı, %38,7 yeterli ve %21,3 mükemmel olarak tespit edilmiştir (Doyle ve diğerleri, 2012).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi kullanılarak toplum içinden seçilen 15 yaş üzerindeki 2000 kişi ile Almanya'da gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri %7,3 mükemmel, %38,4 yeterli, %44,6 sınırlı ve %9,7 yetersiz bulunmuştur. Bu araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz bulunan katılımcıların sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, sağlık bilgisini değerlendirme ve sağlık bilgisini uygulamada önemli güçlükler çektiği, sağlık sistemi tarafından kendilerinden talep edilenlerin çok karmaşık olduğuna inandıkları belirtilmiştir (Schaeffer ve diğerleri, 2017).

Avrupa'daki 8 ülkede (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) her toplumdan seçilen yaklaşık 1000 kişi olmak üzere toplam 8000'e yakın kişi üzerinde Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi kullanılarak yapılan bir araştırmada, sağlık okuryazarlığının ülkeler arasında farklılıklar gösterdiği ortaya çıkmıştır. Bu araştırmada genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanları 37,06 ile en

yüksek Hollanda'da ve 35,16 ile İrlanda'da, en düşük ise 30,50 ile Bulgaristan'da ve 31,95 ile Avusturya'da bulunmuştur. Araştırmadaki 8 ülkenin genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı ise 33,78 olarak belirlenmiştir (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen ve diğerleri, 2015). Sağlık hizmeti (34,7) ve hastalıktan korunma (34,2) indekslerinin puanlarının genel sağlık okuryazarlığı puanından yüksek, sağlığın iyileştirilmesi indeks puanının ise (32,5) genel sağlık okuryazarlığı puanından düşük olduğu ifade edilmiştir (HLS-EU Consortium, 2012). Ülkeler toplam olarak değerlendirildiğinde araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı konusunda %12,4'ünün yetersiz, %35,2'sinin sınırlı, %36'sının yeterli ve %16,5'inin de mükemmel düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu belirlenmiştir. Genel olarak araştırmaya katılanların yarısından fazlasının yeterli veya mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. Ülkeler ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise katılımcıların Hollanda'da %71,4'ü, İrlanda'da %60'ı, Avusturya'da %43,6'sı ve Bulgaristan'da %37,9'u yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde puan almışlardır (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen ve diğerleri, 2015). Bu araştırmada ve araştırmamızda katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık hizmeti indeks düzeyinden daha düşük, sağlığın iyileştirilmesi indeks düzeyinden daha yüksek olması benzerlik göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı kategorik açıdan değerlendirildiğinde ise bu araştırmada katılımcıların yarısından fazlasının yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, dolayısıyla araştırmamızdaki hastalara göre oldukça iyi bir durumda oldukları ifade edilebilir.

Japonya'daki bir internet araştırma şirketi tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketinin Japonca versiyonu kullanılarak ve çevrimiçi olarak toplumdan seçilen 1054 yetişkin (20-69 yaş arasındaki) kişiye yönelik yapılan bir araştırmada genel sağlık okuryazarlığı puanı 25,3 olarak bulunmuştur. Aynı araştırmada sağlık hizmeti (25,7) ve sağlığın iyileştirilmesi (25,5) indekslerinin puanlarının genel sağlık okuryazarlığı puanından yüksek, hastalıktan korunma indeks puanının ise daha düşük olduğu (22,7) ifade edilmiştir (Nakayama ve diğerleri, 2015). Kazakistan'ın Almaata şehrindeki 7 bölgede, 18 yaş üzerinde, polikliniklere başvuran toplam 998 kişi ile gerçekleştirilen ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketinin kullanıldığı bir araştırmada, katılımcıların %15,5'i yetersiz, %30'u sınırlı, %36,1'i yeterli ve %18,5'i mükemmel sağlık

okuryazarlığı düzeyinde bulunmuştur. Aynı araştırmada katılımcıların %22,5'inin hastalıktan korunma indeksinde, %21,8'inin sağlığın geliştirilmesi indeksinde ve %19,7'sinin sağlık hizmeti indeksinde mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir (Kayupova ve diğerleri, 2017).

Ülkelerin sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmaları genel olarak değerlendirildiğinde farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bu farklılıklar her ülkenin sosyo-ekonomik özellikleri, eğitim ve sağlık politikaları ile diğer kendi iç dinamiklerinden kaynaklanabilir. Yapılan çalışmalara bakıldığında Avrupa ülkelerinde elde edilen sonuçların daha iyi olduğu, araştırmamız da dahil olmak üzere Türkiye'de yapılan araştırmalar sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalara ağırlık verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Öte yandan Nakayama ve diğerlerinin (2015) Japonya'da yaptıkları araştırma, bir ülkenin gelişmişlik seviyesinin yüksek olmasının sağlık okuryazarlığı seviyesinin de yüksek olduğu anlamına gelmediğini kanıtlar niteliktedir.

Sağlık okuryazarlığına ilişkin ifadeler verilen cevaplar incelendiğinde araştırmamızda en fazla “zor veya çok zor” cevabı verilen ifadelerin sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi uygulama indekslerinin ortak ifadeleri “Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek” (%53,2), “Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak” (%51,6) ve sağlık hizmeti/bilgiyi değerlendirme indekslerinin keşişiminde yer alan “Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek” (%50,8) ifadesinin olduğu tespit edilmiştir. Buna göre hastaların yarısından fazlasının sağlığa etki eden yaşam koşullarını değiştirmeyi, yürüyüş yapma, bisiklet kullanma, spor etkinlikleri gibi sağlığı iyileştirici aktivitelere katılım göstermeyi ve medyada hastalıklar ile ilgili sunulan bilgileri değerlendirmeyi kolay bulmadıkları söylenebilir.

Yukarıda bahsedilen araştırmalardan katılımcıların ifadelerine verdikleri cevap yüzdelere de değinen araştırmalara bakıldığında “zor veya çok zor” cevabı verilen en yüksek ifadelerin Durusu-Tanrıöver ve diğerlerinin araştırmasında (2014) “Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak” (%50,9), “Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek” (%49,2) ve

“Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek” (%48,2) olduğu tespit edilmiştir. Avrupa ülkelerini ele alan araştırmada (HLS-EU Consortium, 2012) “Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak” (%53,2), “Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek” (%49,7) ve “Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek” (%42,6) ifadelerinin diğer ifadelerle göre daha “zor veya çok zor” olarak nitelendirildiği belirlenmiştir.

Nakayama ve diğerlerinin araştırmasında (2015) “Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (%73,2), “İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek (%73)” ve “Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak” (%70,9) ifadeleri katılımcılar tarafından daha zor veya çok zor bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı’nın araştırmasında ise (2016b) “Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek” (%52,7), “Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek” (%52,5) ve “Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak” (%47,6) ifadelerinin katılımcılar tarafından diğer ifadelerle göre daha “zor veya çok zor” olarak vasıflandırıldığı tespit edilmiştir.

Yukarıdaki araştırmaların ifadelerle verilen zorluk yüzdeleri değerlendirildiğinde, genel olarak hastalık ve sağlık riskleri konusunda medyada yer alan bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmeye ve sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmaya yönelik zorluklar dikkat çekmektedir. Bu sonuçlar medyadaki sağlıkla ilgili bilgilere hemen inanılmaması, doğruluğunun sorgulanması ve güvenilir sağlık otoritelerinden bilgi alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, sağlıkla ilgili yeni yasal düzenlemelerin yapılması gibi politik değişiklikler hakkında toplumun daha iyi bir şekilde aydınlatılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Toplumsal sağlık veya hastalık söyleminin ana mecrası medyadır. Medyanın geçtiğimiz on yıl içinde sağlık/hastalık konularına ve bu konularla beraber düşünülebilecek kozmetize edilmiş sağlık konularına geniş yer ayırdığı görülmektedir. Haber

bültenlerinin standart sağlık ve hijyen gündemleri, televizyondaki sağlık programlarında gözlemlenen geometrik artış, pek çok gazetenin çoğu kez tam sayfa olarak sağlık haberlerini/dizilerini yayınlamaları, pazarlama iletişimi alanında sağlık ve hastalık temalarının hemen hemen her tür ürün tanıtımı için kullanılabilir bir kavram haline gelmesi, sağlık dergilerinin yaygınlaşması, internette sağlık temalı sayfaların artması, bu duruma örnek olarak gösterilebilir (Sezgin, 2010).

Günümüz enformasyon toplumunda birey/hasta açısından özellikle kitle iletişim araçlarından gelen karmaşık mesajları eleştirel olarak analiz etmek oldukça zahmetlidir. Henüz sağlık okuryazarlığının ilk düzeyini (işlevsel sağlık okuryazarlığı) tamamlayan ya da tamamlamaya çalışan pek çok gelişmekte olan ülke, son derece hızlı bir şekilde ikinci ve üçüncü sağlık okuryazarlığı (iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı) düzeylerinin gerektirdiği yetilerin hızlı ve yoğun talebi ile karşı karşıya kalmaktadır. Şüphesiz bu durum, sağlık okuryazarlığı kavramının kapsamının da güncellenme ihtiyacını doğurmaktadır (Çınarlı 2014).

Kitle iletişim araçları tarafından iletilen mesajların etkilediği hedef kitlenin büyüklüğü göz önüne alındığında, bu araçlarda yayınlanan sağlık programlarına davet edilen konukların açıklamalarının ve haber içeriklerinin varabileceği noktalara dikkat edilmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığının medyada geliştirilmesi açısından; sağlık editörleri ya da içerik danışmanlarının tıbbi bilgi ve terimlere hakim olmaları, sağlık haberlerinin ve sağlık programlarının içerikleri oluşturulurken kamuoyu yararının ön planda tutulması önem taşımaktadır (Yılmaz, 2015).

Durusu Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) araştırmasında Türkiye'deki katılımcıların sadece %13,5'inin Sağlık Bakanlığı'nın ulusal sağlık kampanyalarından haberdar oldukları belirtilmiştir. Aynı çalışmada Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılını "Sağlıklı Yaşam ve Hareket Yılı" olarak ilan ettiğinin belirtilmesi üzerine katılımcıların %14,6'sı bu kampanyayı hatırladıklarını ifade etmiş, %27'si ise bu kampanya çerçevesinde kendilerine bir program yaptıklarını dile getirmiştir. Bunun dışında kişilerin haberdar olduğu diğer kampanyalar "Dumansız Hava Sahası", "Obezite ile Mücadele", "Aş" ve

“Organ Bağışı” olmuştur. Sağlık Bakanlığı’nın halkı bilinçlendirmek için hazırladığı kamu spotları olumlu bir adım olarak nitelendirilebilir.

Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre incelendiğinde, araştırmamızda sağlık okuryazarlığının genel düzeyinin veya alt indeks düzeylerinin; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, genel sağlık durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı ve son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Cinsiyet, medeni durum ve sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre ise sağlık okuryazarlığının genel düzeyinin veya alt indeks düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Genel olarak araştırmaya katılan 66 yaş ve üzerindeki (23,73±7,91), ilköğretim mezunu ve daha düşük eğitim durumundakilerin (24,21±8,64), ev hanımlarının (25,91±8,00), aylık geliri giderinden az (28,21±7,89), genel sağlık durumu kötü (23,73±5,53), birden fazla kronik hastalığı olanların (27,49±8,87), son 12 ayda aile hekimine 10 kez ve daha fazla başvuranların (28,09±7,78) ve aile hekimleri tarafından son 12 ayda 1-2 kez ziyaret edilenlerin (27,20±6,07) genel sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük olarak tespit edilmiştir.

Araştırmamıza katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri Çankaya ilçesinin sosyo-ekonomik durumu ile örtüşmektedir. Hastaların yaklaşık yarısının geçim kaynağı esnafılık, işçilik ve memuriyettir. Çalışma durumu açısından memurların ağırlığı ön plana çıkmaktadır. İlçe gelir açısından Ankara’nın diğer ilçelerinden daha iyi bir konumda olmasına rağmen hastaların %84,4’ünün aylık gelir durumu gidere denk veya giderden daha azdır. Bu durumun da geliri giderinden fazla olan hastaların aile sağlığı merkezi yerine ilçedeki birçok devlet hastanesine, üniversite hastanesine, özel hastaneye veya özel muayenehaneye başvurmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Eğitim açısından bakıldığında ise hastaların yarısından fazlasının lisans ve lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Buna rağmen hastaların genel sağlık okuryazarlığı sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyesindedir. Gelir, çalışma durumu ve eğitim durumuna göre hastaların

sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Dolayısıyla araştırmanın bulguları bazı kişisel faktörlerin yanı sıra sosyo-ekonomik durumun üç ana belirleyicisi açısından ilçedeki hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinde etkili olduğunu göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi işbirliği ile yapılan iki araştırmada (2016b) araştırmamızda olduğu gibi yaş ve eğitim durumu açısından katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunurken, cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Özellikle 65 yaş üzerindeki katılımcılar ile eğitim düzeyi daha düşük katılımcılarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu ifade edilmiştir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014) yaş ve eğitim durumunun yanı sıra cinsiyet açısından da sağlık okuryazarlığı düzeyinde farklılık olduğu, erkeklerin sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Avrupa ülkelerinde yapılan araştırmada genel sağlık okuryazarlığı üzerinde cinsiyetin etkisinin daha zayıf, yaş ve eğitim durumunun ise daha belirleyici olduğu; daha yaşlı bireylerin daha düşük, daha eğitilmiş bireylerin ise daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olma eğiliminde buldukları ifade edilmiştir. Aynı araştırmada sosyal statü ve finansal yoksunluk gibi faktörler sağlık okuryazarlığı için en güçlü belirleyiciler olarak saptanmış, istihdam durumu açısından ise tam gün veya yarı zamanlı çalışan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin işsizlere veya emeklilere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Genel sağlık durumunu daha iyi olarak belirtenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek, kronik hastalığı bulunan bireylerin ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (HLS-EU Consortium, 2012). Bu araştırmanın bulgularına göre araştırmamızda olduğu gibi sağlık okuryazarlığının birçok ortak değişken açısından (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir, çalışma durumu, genel sağlık durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu) farklılık gösterdiğini söylemek mümkündür.

Kapsamlı olarak yapılan yukarıdaki çalışmaların yanı sıra bazı spesifik durumlar ile sağlık okuryazarlığını inceleyen veya sağlık okuryazarlığına etki edebileceği düşünülen



faktörler üzerine araştırmalar da bulunmaktadır. Belirli yaş gruplarındaki veya kronik hastalığı bulunan kişilere yönelik olarak gerçekleştirilen araştırmalar bu bağlamda örnek olarak gösterilebilir. Aşağıda bu çalışmalardan bazılarına değinilmiştir.

Almanya’da farklı yaş grupları (15-29, 30-45, 46-64, 65-99) arasında yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinde büyük farklılıklar tespit edilmiş, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin diğer yaş gruplarındaki bireylere göre daha düşük olduğu hesaplanmıştır (Berens ve diğerleri, 2016). İnan’da 55-75 yaş arasındaki 200 kişiye yönelik gerçekleştirilen bir araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin %38,5 yetersiz, %29 sınırlı, %32,5 yeterli olduğu tespit edilmiştir (Ansari ve diğerleri, 2016). Çin’de 1396 yaşlı ile (yaş ortalaması 77,37) yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığının düşük seviyede olduğu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hanehalkı geliri, medeni durum ve mesleğe göre sağlık okuryazarlığı puanında anlamlı farklılıklar bulunduğu belirlenmiştir (Liu ve diğerleri, 2015). Bursa’da bilişsel bozukluğu bulunmayan 65 yaş ve üzeri 400 bireyde sağlık okuryazarlığını inceleyen bir araştırmada bireylerin genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 27,09 olarak hesaplanmış, sağlık hizmeti indeks puanının (31,15) genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanından yüksek, sağlığın iyileştirilmesi (24,70) ve hastalıktan korunma (25,26) indeks puanlarının ise daha düşük olduğu görölmüştür. Bu araştırmada bireylerin genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin %44,6 yetersiz, %40,5 sınırlı, %8,7 yeterli ve %6,1 mükemmel olduğu ortaya konulmuştur (Bozkurt, 2017). Bu sonuçlara göre farklı ölkelerde ve ölkemizde yapılan araştırmalarda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ileri yaş açısından daha olumsuz bir tablo sergilediği söylenebilir.

Özdenk ve arkadaşları (2015) tarafından üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği bir araştırmada, son altı ayda sağlık hizmeti kullananların sağlık okuryazarlığı puanlarının, sağlık hizmeti kullanmayanlara göre 1,8 kat daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla yapılan diğer bir araştırmada Cumhuriyet Üniversitesi’nde eğitim gören öğrenciler araştırma kapsamına alınmış, genetik bölümündeki öğrencilerin interaktif ve toplam sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları

diğer bölümlerdeki öğrencilere göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca babaları ilköğretimi bitirmemiş öğrencilerin diğer gruplara göre interaktif ve toplam sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının anlamlı ölçüde daha düşük olduğu belirtilmiştir (Karabulut ve diğerleri, 2013). Bu araştırma sonuçlarından da anlaşılacağı üzere bireylerin içinde bulunduğu ortamlar sağlık okuryazarlığı düzeylerinde belirleyici olabilmektedir.

Ankara’da gelişmiş ve gelişmemiş sosyo-ekonomik düzeydeki iki mahallede yer alan liselerdeki öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sağlıkla ilgili davranışlarının belirlenmesine yönelik bir araştırmada (Kabasakal ve Piyal, 2013) gelişmiş bölge okullarındaki öğrencilerin %16’sı yeterli sağlık okuryazarı iken, gelişmemiş bölge okullarındaki öğrenciler için bu oran %9 olarak belirlenmiştir. Sri Lanka’da öğretmenlerin (502 öğretmen) sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla ile yapılan bir araştırmada, öğretmenlerin %6,4’ünün mükemmel, %61,2’sinin yeterli, %31,5’inin sınırlı ve %1’inin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde buldukları, genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanının 32,5 olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığının alt indekslerine bakıldığında hastalıktan korunma indeks puanının (52,2) sağlık hizmeti (29,1) ve sağlığın iyileştirilmesi (32,3) indeks puanlarından oldukça yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Denuwara ve Gunawardena, 2017).

Diyabet hastalarında sağlık okuryazarlığını belirlemek için İran’da yapılan bir araştırmada (Mohammadi ve diğerleri, 2015) hastaların %70’inin yetersiz sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olduğu görülmüş; medeni durum açısından fark bulunmazken, cinsiyet, yaş, meslek, eğitim durumu açısından farklılıklar elde edilmiştir. Akut ve kronik hastalıklarda tıbbi tedaviye uyum ve sağlık okuryazarlığını irdeleyen bir araştırmada, tedaviye uyum gösteren hastaların sağlık okuryazarlığının daha iyi olduğu ifade edilmiştir (Miller, 2016). Ankara’da bir hastanenin kardiyoloji polikliniğine başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik bir araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile öğrenim durumu, meslek, çalışma durumu, ekonomik durum, hane mevcudu, yaşanan yer, okuduğunu anlama ve bilgisayar kullanma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu; cinsiyet, medeni durum,

genel sağlık durumu, tanısı konmuş hastalık durumu ve hastaneye başvuru sıklığı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı ifade edilmiştir (Üçpunar ve Piyal, 2013).

Amerika Birleşik Devletleri'nde kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalara yönelik yapılan bir araştırmada, hastaların %29'unun düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmiş; ırk, medeni durum, gelir ve eğitim açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Çoğu kronik hastalıklarda özyönetim için tedaviye uyumun düşük olması düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmekte, sağlık inançları da özyönetim davranışlarının belirleyicileri arasında düşünülmektedir (Kale ve diğerleri, 2015). Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığının belirlenmesi amacıyla Erzurum'da yapılan bir araştırmada yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, yaşanılan yer, kitap okuma, sağlık bilgisine ulaşmada internet kullanımı, sağlık okuryazarlığı aktiviteleri, hastalık tanısı, hastalık süresi, eşlik eden hastalık ve hastalığı hakkında eğitim alma durumu açısından hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin anlamlı farklılıklar gösterdiği; cinsiyet, çalışma durumu, hastanın başvurduğu klinik, sağlık kuruluşuna gitme sıklığı, acil servise başvurma, düzenli ilaç kullanma açısından ise anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Çiftçi, 2015).

Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireylerin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) ile ilgili sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmeye yönelik yapılan bir araştırmada okuma yazması olan katılımcıların %14'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz, %10'unun sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük, %76'sının ise sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli bulunmuştur (Özkan ve diğerleri, 2014). Akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerine yönelik aile sağlığı merkezine başvuranlar üzerinde yapılan bir araştırmada, katılımcıların akılcı ilaç kullanımı konusunda %30'u yetersiz, %10'u düşük, %60'ı ise yeterli sağlık okuryazarı olarak değerlendirilmiştir (Dikmen ve diğerleri, 2014).

Ankara'da bir üniversitenin erişkin hastanesine başvuran hastalar ve yakınları arasında yapılan tanımlayıcı bir araştırmada katılımcıların öğrenim durumu ve gelir durumu arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseldiği, öğrenim düzeyi arttıkça bilgi kaynağı

olarak hekimi tercih etme yüzdesi azalırken, interneti tercih etme yüzdesinin arttığı belirtilmiştir (Yukarıkır ve diğerleri, 2015). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada ise sağlık okuryazarlığı ve aritmetik yeteneği ne olursa olsun bireylerin hekim veya sağlık hizmeti sunucularından sağlık bilgisi almayı tercih ettiği ifade edilmiştir (Gaglio ve diğerleri, 2012). Araştırmamızda ise sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak hastaların %60'ının hekimleri, %21,2'sinin interneti tercih ettiği görülmüştür. Dolayısıyla bu çalışmalarda sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak çoğunlukla hekimlerin ve internetin tercih edildiği ifade edilebilir.

Manisa'da yaşayan erişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bir araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlığının %55 düzeyinde yeterli olduğu belirtilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde gençlerde, Manisa'ya göçle gelenlerde, bekarlarda, çocuğu olmayanlarda, yüksek eğitimlilerde, yüksek eğitimli anne, baba ve eşe sahip olanlarda, sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ile bireysel sağlık durumu arasındaki ilişkiler incelendiğinde; tansiyon ve kan şekeri, vücut ağırlığını her zaman ölçtürenlerde, fiziksel aktivitesini düzenli olarak yapanlarda, sağlık durumundan memnun olanlarda, hekimle iletişim sorunu yaşamayanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Dündar ve Dede, 2012). Sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışı ve sosyo-demografik göstergeler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 600 yetişkin ile İsrail'de yapılan bir araştırmada, sağlık okuryazarlığının yaş, gelir, eğitim durumu, çalışma durumu ve fiziksel aktivite ile anlamlı bir ilişkisi olduğu; cinsiyet, medeni durum, sigara içme, alkol tüketimi açısından ise anlamlı bir ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir (Levin-Zamir ve diğerleri, 2016).

Yukarıdaki araştırmalara bakıldığında farklı sonuçlar elde edilse de genel olarak iki durumun sağlık okuryazarlığı düzeyinde daha belirleyici olduğu görülmektedir: Yaş ve eğitim durumu. Yaşlılara yönelik yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin hala istenilen seviyede olmadığı, eğitim durumu açısından ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin eğitim durumuna paralel olarak artış gösterdiği ortaya konulmaktadır. Yaşlıların daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu, birçok hastalık açısından ise risk

grubunda olduğu bilinmektedir. Dünya genelinde yaşlı nüfusun artması ve sağlık harcamalarının yükselmesi de gözönüne alındığında geriatri hizmetleri daha da önem kazanmaktadır. Geriatri hizmetlerine verilen önem dahilinde yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi, onların yaşam kalitelerini artırdığı gibi gereksiz sağlık hizmeti kullanımından kaçınılması yoluyla sağlık harcamalarının azaltılmasına da katkı sağlayabilir.

Sağlık okuryazarlığı, eğitimin sağlığa etkisine bir patika gibi hizmet edebilir. D şuk eğitim düzeyi ve sağlık durumunun k tu olması arasındaki ilişki kısmen sağlık okuryazarlığı ile açıklanabilirken, d şuk sağlık okuryazarlığı yüksek düzeyde eğitime sahip olanlar arasında da görülebilmektedir. Eğitimle ilişkili sağlıktaki farklılıkların azaltılmasına yönelik stratejilerde sağlık okuryazarlığına dikkat çekilerek yararlanmak mümkündür (Heide ve diğerleri, 2013). Sağlık okuryazarlığı ile sürdürülebilir ve kaliteli bir sağlık sistemi arasında çok yönlü bir etkileşim olması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığında eş zamanlı iyileşmeler olmadan kalite gelişimi, maliyetlerin düşürülmesi ve hakkaniyetsizliklerin ortadan kaldırılmasına yönelik çabalar yetersiz kalacaktır (Durusu-Tanrıöver ve diğerleri, 2014).

## 6.2. Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi ile İlgili Değerlendirmeler

Bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına bakıldığında, endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması ( $3,30\pm 0,88$ ), sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması ( $3,07\pm 0,98$ ) ile şefkatli ve saygılı olma ( $3,01\pm 1,03$ ) boyutlarının ortalamalarının orta düzeyin üzerinde olumlu olduğu tespit edilmiştir. Hastalara göre hekimler tarafından endişelerinin gerçekten anlaşılması ve ciddiye alınması, şefkatli ve saygılı olmaya yönelik davranışlar görme, test sonuçları, fiziki muayene sonuçları, ilaç tedavisine yönelik açıklamaların yapılması ile önemli olduğunu düşündükleri birşeyi söylemeleri her zaman gerçekleşmemektedir.

Acelecili iletişim boyutunun ortalama puanının ( $2,85\pm 0,85$ ) da genel ortalamadan daha yüksek ve orta düzeye yakın olduğu; ayrımcılık ( $2,48\pm 0,78$ ) ve hasta merkezli karar verme ( $2,45\pm 1,04$ ) boyutlarının ortalamalarının orta düzeyin altında olumsuz olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre ayrımcılık boyutunun ortalamasının düşük olması hekim-hasta iletişiminin bu boyut açısından daha iyi olduğuna, hekimlerin hastaların eğitim ve gelir seviyesi hakkında çoğunlukla varsayımlarda bulunmadıklarına işaret etmektedir. Acelecili iletişim boyutunun ortalamasının yüksek olması ise hekim-hasta iletişimi açısından arzu edilmeyen bir durumdur. Hasta merkezli karar verme boyutunun ortalamasının düşük olması da hekim-hasta iletişimde istenilmeyen başka bir durum olarak dikkat çekmektedir.

İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin polikliniklerine başvuran hastaların hekim-hasta iletişimine yönelik algılarının değerlendirildiği bir araştırmada, hekimin hastaya ayırdığı zaman arttıkça hastanın memnuniyetinin de doğru orantılı olarak arttığı, hastaların büyük çoğunluğunun şikayetinin hekimin yeterli zaman ayırmaması olduğu belirtilmiştir. Hastanedeki yoğunluk nedeniyle çoğu hastanın hekime hak verdiği de görülmüştür (Özer, 2007). Antalya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastaların (65 yaş üstü 500 hasta) ve hekimlerin ( $n=72$ ) hasta merkezli bakım ile ilgili algılarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir araştırmada, hastaların sağlık bakımına katılma durumu algısı ve sağlığı etkileyebilecek kişisel ya da ailesel sorunların tartışılmasına yönelik algıları düşük bulunmuştur (Altuğ, 2010). Adana'da 64 aile hekimi ve bu hekimlere başvuran 352 hastanın dahil edildiği bir araştırmada da hastanın sağlığını

etkileyebilecek kişisel ve ailesel sorunların tartışılmasına daha az yer verildiği, hekimlerin ve hastaların en düşük oranda fikir birliğine vardıkları konunun hastalar için uygun ve sürdürülebilir bir tedavinin tartışılması olduğu ortaya konulmuştur (Uludağ, 2016).

Hekim-hasta ilişkisinde yaşanan iletişimsel sorunların tespit edilmesi amacıyla Elazığ'daki bir üniversite hastanesine ve iki devlet hastanesine başvuran toplam 400 hasta ile yapılan bir araştırmada, hekimlerin %63,9'unun hekim-hasta iletişiminde mesleki terminolojiyi kullandıkları, hekimlerin verdiği bilgileri hastaların %38,5'inin anlamadıkları; %23,9'unun kısmen anladıkları belirlenmiştir. Aynı araştırmada bilgilerin anlaşılmasında hastaların %25,3'ünün cevap vermez diye düşündüğünden, %25,8'inin hekimin gerekeni yapacağını düşündüğünden, %28'inin de çekindiğinden hekimden bilgi almayı istemedikleri, ayrıca hastaların %60'a yakınının olumsuz hekim davranışının soru sormamaya etkisi olduğunu düşündüğü ifade edilmiştir (Yağbasan ve Çakar, 2005).

Hastanın hekimle ilk karşılaşmasında hem hasta, hem de hekim bir yabancılik ve bilinmemelik içerisinde. Karşılıklı yabancılik duygusu ve bundan kaynaklanabilecek korkunun giderilmesi ise hekim-hasta iletişiminde olumlu bir yaklaşımın sağlanabilmesi için en temel koşuldur. Hasta hekime ne kadar güvenebileceğini kestiremediğinden sorunlarını ve duygularını anlatmakta çekimser kalabilir. Hekim açısından da ilk karşılaşmada hasta tamamen yabancıdır ancak iletişimin hekim tarafından güler yüzle başlatılması hasta için cesaret verici olabilmektedir (Eğritaş, 2014).

İstanbul'daki beş eğitim-araştırma hastanesine başvuran hasta ve hasta yakınları ile gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcıların %42,4'ü hekimlerin söylediklerini açık ve net olarak anlamadıklarını, %73,6'sı hastalığıyla ilgili yeterli bilgiyi almadığını, %47,7'si tedavi süreci hakkında bilgilendirilmediğini, %82,4'ü ilaçların yan etkileri ile ilgili olarak bilgilendirilmediğini, %82,4'ü hekimlerin yaptığı açıklamaları anlayıp anlamadıklarını teyit etmediklerini, %61,8'i hekimlerin hastalara yeterince zaman ayırmadıklarını ve %58,9'u hekimlerin görüşme boyunca kendilerini yeterince

dinlemediklerini dile getirmişlerdir. Aynı araştırmada katılımcıların hekimlere güven duyma oranı %31,8 olarak tespit edilmiştir (Karahisar, 2015). Hekimlere duyulan güvensizliğin hekim-hasta iletişimini olumsuz etkileyeceği açıktır. Ankara'daki bir devlet hastanesinin genel cerrahi polikliniğine başvuran hastalara yönelik başka bir araştırmada ise hastaların hekimlere duyduğu güvenin orta düzeyin üzerinde olduğu ancak tedavide bir hata yapılması halinde hatanın kendilerine bildirilip bildirilmeyeceğinden emin olamadıkları, dolayısıyla böyle bir durumda hekimlere duyulacak güvenin daha düşük olduğu bulunmuştur (Karsavuran ve diğerleri, 2011).

Samsun'da yapılan bir araştırmada hekim otoritesinin hekim-hasta iletişiminde hastayı pasifleştirerek iletişimi olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Bu araştırmada, hastaların hekimlerine güvenmeleri ve tedavi planına daha iyi uymaları için hekimlerden beklentilerinin öncelikle güler yüzlü ve Őekfatli bir yaklaşım ile kendilerine değer verilmesi olduğu belirtilmiştir. Hekimlerin hastalardan beklentisinin ise yoğun çalışma tempolarına anlayış gösterilmesi ve tavsiye edilen tedavi planına uyulması olduğu sonucuna varılmıştır (Arslan, 2005).

Isparta'daki niversite hastanesinde görev yapan 10 hekim ve bu hastaneye başvuran 10 hasta ile yürütülen bir araştırmada, hekimlerin ve hastaların hiçbiri iletişim probleminin kaynağı olarak kendilerini göstermemiştir. Hekimlerin yarısına yakını hastaların Őikayetiyle ilgili tam ve doğru bilgi verememesini, iletişim problemi yaşayan hastalar ise hekimlerin yoğun çalışma temposunu, empati kurmamalarını ve tıp terminolojisi kullanmalarını iletişim problemlerinin nedeni olarak belirtmişlerdir. Ayrıca hekim-hasta iletişiminde sorun yaşanması halinde hekimlerin çoğunun hasta anlayana kadar anlatmayı tercih ettiği, hastaların yarısının böyle bir durumda başka hekime gitme eğiliminde olduğu saptanmıştır (Atilla ve diğerleri, 2012).

Erzurum'daki niversite hastanesinde görev yapan 15 hekim ve bu hastaneye başvuran 15 hasta/hasta yakını ile yapılan bir araştırmada, hekim-hasta iletişimindeki problemlerin bilgi yetersizlikleri, egoizm, kişilik yapısı, kültürel faktörler, nyargı, Şiddet görme, hukuki problem yaşama korkusu, performans sistemi, sağlıkta politik ve maddi kazançların amaçlanması, standartların ve denetimlerin olmaması gibi pek çok



nedenden kaynaklandığı ortaya konulmuştur. Bu araştırmada uygulamadaki aksaklıkların yasalardaki noksanlıktan daha büyük bir problem olduğu, hekim-hasta iletişimindeki sorunların asıl kaynağının hekim ve hastalardan ziyade sağlık sistemi ve sağlık politikaları olduğu dile getirilmiştir (Yılmaz, 2016).

Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları zamanla değişmiş, 1980’li yıllarla birlikte devletin üstlendiği rol “denetleme” olmuştur. Yıllar geçtikçe hekim sayısı artmasına rağmen özellikle büyük kentlerde ihtiyaca cevap vermekte zorluklar yaşanmıştır. Sağlık sistemine köklü değişiklikler getiren ve 2003’te yürürlüğe konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası performans sisteminde sağlık hizmetinin niteliğinden çok niceliğinin önem kazanması da hekim-hasta iletişimini olumsuz etkilemiştir. Tahlil ve ameliyat sayısı artmış, ancak hekimlerin hastaları ile görüşme süreleri azalmıştır. Daha fazla hasta muayene ederek daha fazla gelir elde etmek isteyen hekimler ile kendilerine daha fazla zaman ayrılmasını talep eden hastalar bu nedenle karşı karşıya gelmiştir. Bu bağlamda zaman baskısından dolayı hekim-hasta iletişimi modellerinden paternalistik modelin Türkiye’de daha geçerli olduğu söylenebilir (Karahisar, 2015).

Ülkemizde artık hastalar hekimlerin kayıtsız şartsız hegemonyasını kabul etmemekte, hekimler de geleneksel koşullar altında sağlık hizmetini üretmede ve hasta memnuniyetini sağlamada ciddi zorlukların yaşanabileceğini yadsımamaktadır. Her iki taraf da değişimi talep etmekte, yasal reformların gerçekleşmesini istemektedir. Dolayısıyla yakın bir gelecekte hekim-hasta iletişimini kökten değiştirebilecek uygulamaların hayata geçirilmesi muhtemeldir (Cırhinlioğlu, 2016).

Türkiye’de hekim-hasta iletişimini irdeleyen ve olumlu bulgulara ulaşılan çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin Ankara’da yapılan bir araştırmada hekimlerin (n=178) %81,1’inin etkin bir iletişim becerisine sahip olduğu tespit edilmiştir (Karadağ ve diğerleri, 2015). Aksaray’da yapılan diğer bir araştırmada ise diyabet hastalarına göre hekim-hasta iletişiminin düzeyi orta düzeyin oldukça üzerinde (5’li Likert ölçeğinde ortalama 4,17±0,91) olduğu belirtilmiştir. Aynı araştırmada hastaların hekime güven, hekimle hastalık hakkında konuşabilme, hekimin yeterli zaman ayırması gibi konularda %80’in üzerinde olumlu geri bildirimler verdiği görülmüştür (Taşkaya, 2014). Bu

oranların yüksekliği spesifik ve kronik bir hastalıktan dolayı hekimlerin hastaları daha yakından tanınmasından kaynaklanabilir.

İstanbul'da üç devlet hastanesinde görev yapan hekimler ile bu hastanelere başvuran hastalara yönelik yapılan bir çalışmada (Kutlu ve diğerleri, 2010) hekimlerin %84,4'ünün hastalarla olan ilişkilerinde sözel iletişim kadar hastalarının beden dilini anlamayı önemsedikleri, %71,1'inin hastalarının ve ailelerinin duygusal durumlarını anlamayı hastalarıyla ilişkilerinin önemli bir parçası olarak gördükleri, %60'ının hastalarına bakım sağlarken kendilerini hastalarının yerine koymaya çalıştıkları belirlenmiştir. Hastaların ise %76,9'u hekimlerin kendileri hakkında karar verirken isteklerini hesaba kattığını, %72,4'ü hekimlerin sorunlar karşısında kendilerini nasıl hissettiklerini sorduğunu, %65,8'i hekimlerin duygu ve hislerini anladıklarını, %16,4'ü hekimlerin muayene esnasında daima acele ettiklerini ve telaş içinde olduklarını ifade etmiştir.

Yurt dışında hekim-hasta iletişimi ile ilgili olarak yapılan araştırmalara bakıldığında Avrupa'daki on ülkeden (Almanya, Belçika, Birleşik Krallık, Estonya, Hollanda, İspanya, İsveç, İsviçre, Polonya, Romanya) toplam 307 hekim ve 5820 hastanın dahil edildiği bir araştırmada Estonya, Polonya ve Romanya'daki hastaların diğer ülkelerdeki hastalara göre öykülerini daha kısa anlattıkları; empati gösterme, endişeleri dikkate alma, sosyal konuşma gibi efektif davranışların Almanya, Birleşik Krallık ve İsviçre'de daha fazla gözlemlendiği bildirilmiştir. Romanya'daki hekim ve hastaların psiko-sosyal sorunları daha fazla konuştuklarını belirten bu araştırmada hastaların belirli iletişim konularına attettikleri değerin ülkeler arasında küçük farklılıklar gösterdiğine değinilmiş, kendileri için önemli gördükleri iletişim kusurlarını hekimleriyle paylaşmayan hastaların olduğuna da yer verilmiştir (Dulmen, 2011).

Amerika Birleşik Devletleri'nde farklı ırk ve dil gruplarındaki hasta memnuniyetini inceleyen ve bakımla ilgili çeşitli memnuniyet ölçümlerinden bağımsız olarak IPC'nin (Interpersonal Processes of Care Survey) kullanıldığı, 1664 kişiye yönelik bir araştırmada endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması (4,15±0,91), sonuçların açıklanması (4,11±1,12), şefkatli ve saygılı olma (4,08±0,97) boyutlarının daha yüksek;

aceleci iletişim ( $1,82\pm 0,93$ ) ve hasta merkezli karar verme ( $3,13\pm 1,42$ ) boyutlarının ise daha düşük ortalamaya sahip oldukları belirtilmiştir (Na'poles ve diğerleri, 2009). ABD'de meme kanseri tanısı koyulan 1855 hasta ile gerçekleştirilen başka bir araştırmada, sonuçların açıklanması (4,37), şefkatli olma (4,34) ve endişelerin açığa çıkarılması (4,32) boyutlarının ortalamalarının birbirine yakın ve daha yüksek olduğu, birlikte karar verme (4,01) boyutunun ortalamasının ise daha düşük olduğu görülmüştür (Kwan ve diğerleri, 2013). Farklı zamanlarda farklı kişiler ile yapılan bu iki araştırmada benzer bulgulara ulaşıldığı söylenebilir.

Kanada'da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 645 hasta ile gerçekleştirilen bir araştırmada IPC boyut ortalamalarının şefkatli ve saygılı olma ( $4,21\pm 0,9$ ), aceleci iletişim ( $4,20\pm 0,71$ ) ile endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması ( $4,12\pm 0,87$ ) boyutlarında daha yüksek; hasta merkezli karar verme ( $3,17\pm 1,26$ ) ile sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması ( $3,96\pm 1,00$ ) boyutlarında düşük olduğu tespit edilmiştir (Haggerty ve diğerleri, 2011). Hekim-hasta etkileşimleri ile hastalığa yönelik aktiviteleri inceleyen ABD'deki bir araştırmada ( $n=125$ ) ise aceleci iletişim (1,55) ile hasta merkezli karar verme (3,35) boyutlarının ortalamalarının daha düşük; endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması (4,43), şefkatli ve saygılı olma (4,38) ile sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması (4,01) boyutlarının ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Drenkard ve diğerleri, 2016).

Almanya'da yapılan bir araştırmada (Zenger ve diğerleri, 2014) hekim-hasta görüşmesinin süresinin yeterli olmaması, Tayvan'da (Liang ve diğerleri, 2013) yapılan bir araştırmada sürenin az olması ile birlikte hastaların çekimserlik hali öne çıkmıştır. Farklı ülkelerdeki bazı araştırmalarda ise zamandan ziyade hekim-hasta iletişiminin kalitesi açısından önem arz eden olumsuz diğer hususlar olduğu belirtilmiştir. İspanya'daki (Adán ve diğerleri, 2009) ve Katar'daki (Benera ve Ghuloumc, 2010) araştırmalarda hekimlerin hastalara yardımcı olmadığı algısı, Nijerya'daki (Aloba ve diğerleri, 2015) ve Bangladeş'deki (Arafat ve diğerleri, 2017) araştırmalarda hekime kolayca ulaşamaması bu hususlara örnek olarak gösterilebilir. Diğer taraftan Hırvatistan'da yapılan bir araştırmada ise, bilgilendirilmiş hasta onam sürecinde iletişim

uygulamaları paylaşılan karar verme modelini temel alsa da, paternalistik hekim-hasta iletişiminin halen mevcut olduğu ifade edilmiştir (Vučemilo ve diğerleri, 2013).

Hekim-hasta iletişiminin kalitesine ilişkin sorulara verilen cevaplar incelendiğinde araştırmamızda en fazla “hiçbir zaman veya nadiren” cevabı verilen soruların “Doktorlar ne sıklıkla geliriniz hakkında varsayımda bulundular?” (%77,8), “Doktorlar ne sıklıkla eğitim seviyeniz hakkında varsayımda bulundular?” (%69,8) ve “Doktorlar ne sıklıkla size tavsiye edilen tedaviyi uygulayabilecek gibi hissedip hissetmediğinizi sordular?” (%62,8) olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre “ayrımcılık” boyutunda yer alan ilk iki ifadeye hastaların çoğunluğunun olumsuz yanıt vermesi hekim-hasta iletişimi açısından iyi bir duruma işaret ederken, “hasta merkezli karar verme” boyutunda yer alan üçüncü ifadeye verilen olumsuz yanıtlar ise hekim-hasta iletişiminin kalitesi açısından ele alınması gereken bir durumu vurgulamaktadır.

2001’de ABD Tıp Enstitüsü tarafından yayımlanan ve “Kalite Dar Boğazını Geçmek: 21. Yüzyıl İçin Yeni Bir Sağlık Sistemi” olarak çevrilebilen bir raporda (Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century) sağlık bakım sisteminde iyileştirilmesi gereken 6 boyut belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin 6 boyutu olarak da nitelendirilen bu boyutlar; güvenlik, hasta merkezlilik, adalet, zamanında hizmet vermek, etkililik ve verimlilik. Sağlık hizmetlerinde kalitenin adalet boyutu etnik durum, coğrafik yerleşim ve sosyo-ekonomik durum gibi kişisel özelliklere göre ayırım yapılmadan hastalara kalitesi değişmeyen hizmet verilmesi gerektiğini ifade etmektedir (Kaya, 2013) Araştırmamızda “ayrımcılık” boyutuna ilişkin sonuçlara bakıldığında aile hekimlerinin çoğunlukla hastalarına adil bir hizmet verdiği söylenebilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçlarına göre koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi amacıyla kabul edilen Aile Hekimliği Kanununda (Resmi Gazete, 2004) aile hekiminin ayırım yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak hizmet vermekle yükümlü olduğu ifade edilmiştir. Araştırmamızda eğitim ve gelir durumu açısından aile hekimlerinin genellikle varsayımda bulunmadan hizmet verdikleri ve ayırım yapmama konusunda başarılı oldukları ifade edilebilir. Diğer

tarafından bazı aile hekimlerinin hastalarının eğitim durumu ve gelir seviyesini göz önüne alarak hastalarına tedavi önerebilecekleri, dolayısıyla bazı hastaların bu boyut için “genellikle” veya “çoğu zaman” cevabı vermesinin de olumsuz bir durum olmadığı düşünülmektedir.

Kanada’da yapılan bir araştırmada (Beaulieu ve diğerleri, 2011) en fazla “hiçbir zaman veya nadiren” cevabı (%76 - %80) verilen soruların “aceleci iletişim” boyutunda yer aldığı görülmüştür. Bu boyutun ardından en sık “hiçbir zaman veya nadiren” cevabı verilen soruların “hasta merkezli karar verme” boyutunda olduğu belirlenmiştir: “Farklı tedavi seçenekleri olduğu durumlarda, doktorlar size ne sıklıkla uygulanacak tedaviye karar verilirken yardımcı olmak isteyip istemediğinizi sordular?” (%34), “Doktorlar ne sıklıkla size tavsiye edilen tedaviyi uygulayabilecek gibi hissedip hissetmediğinizi sordular?” (%32), “Doktorlar ne sıklıkla tavsiyelerine uymanızın sizin için sorun olup olmayacağını sordular?” (%31) ve “Doktorlarınız ve siz ne sıklıkla birlikte bir tedavi planı yaptınız?” (%31).

Hekim-hasta iletişiminde araştırmamız da dahil olmak üzere hem Türkiye’deki hem de yurt dışındaki araştırmalar genel olarak hasta merkezli karar vermeyi vurgulamaktadır. Hastaların artan talep ve beklentileri değiştikçe hekimlerden beklenen sağlık hizmetinin niteliği de değişmektedir. Özellikle internet başta olmak üzere birçok farklı kaynaktan sağlık ve hastalıkla ilgili araştırma yapan, bilgi toplayan hastalar kendilerinin veya yakınlarının sağlık durumu hakkında kendi kararlarının da göz önüne alınmasını istemektedir.

Hasta merkezlilik, hasta değerlerinin bütün klinik kararlara rehberlik etmesini; hastanın değerlerine, ihtiyaçlarına ve tercihlerine saygılı ve duyarlı bir şekilde hizmet sunulması gerektiğini ifade etmektedir. Hasta merkezlilik, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından tasarlanan bir performans değerlendirme sisteminde “Hastanelerde Kalite Geliştirme için Performans Değerlendirme Araçları” (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals-PATH) performans değerlendirme çerçevesinin 6 boyutundan birisidir (Kaya, 2013). Bu da hasta merkezli yaklaşımın sağlık hizmetlerinde ne kadar önemsendiğini göstermektedir.

Hasta merkezli yaklaşımda hasta hekim otoritesi gölgesinde değildir. Hastalara problemlerini rahatça açıklamaları için yeterli süre tanınır; kafalarındaki her türlü soruyu sorabilmeleri için cesaret verilir. Hastanın hastalığına yönelik tüm algı, düşünce ve yorumları öğrenilir. Bu yaklaşımda hekimin görevi hastalığı tedavi etmek değil, hastayı tedavi etmektir. Dolayısıyla hekim hem hastalığın ne olduğu sorusuna cevap arar, hem de hastalığın hasta tarafından nasıl algılandığını, hastanın hayatında hangi değişikliklere neden olduğunu öğrenmeye çalışır (Şahin ve İğde, 2014).

Hasta merkezli yaklaşım hastalık merkezli olmaktan ziyade birey merkezlidir. Aile hekimliği sürecinin başlangıç noktası hasta olduğundan hasta merkezli bir yaklaşımın benimsenmesi, aile hekimliğinde hekim-hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisine dönüştürebilir. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl mücadele ettiğini anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle ilgilenmek kadar önemlidir. Aile hekimi ve hasta arasında kurulan her temas, zamanla gelişmekte ve hastayla yapılan her bir görüşme önceki ortak deneyimin üzerine kurulmaktadır. Bu ilişki aile hekiminin iletişim becerileriyle değer kazanarak kendi başına iyileştirici bir nitelik taşımaktadır (Görgün, 2015). Yapılan araştırmalar da hekimin yetkinliğinin bir boyutu olarak iletişim becerilerinin önemini desteklemektedir (King, 2013).

Hastaların hekim-hasta iletişiminin kalitesine yönelik algıları sosyo-demografik özelliklerine göre incelendiğinde araştırmamızda medeni durum, çalışma durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu ve son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı açısından bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarının hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu dört sosyo-demografik özellik açısından hekim-hasta iletişiminin kalitesine yönelik algıların benzerlik gösterdiği söylenebilir. Diğer sosyo-demografik özellikler açısından ise bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin bazı boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Cinsiyet, yaş, aylık gelir durumu ve son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna göre bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin sadece bir boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Bu farklılıkların cinsiyet açısından aceleci iletişim boyutunda (erkeklerde kadınlara göre daha yüksek), yaş açısından

ayrımcılık boyutunda (26-35 yaş grubundaki hastalarda daha yüksek), aylık gelir durumu açısından şefkatli ve saygılı olma boyutunda (aylık geliri giderinden çok olan hastalarda daha yüksek) ve son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumu açısından hasta merkezli karar verme boyutunda (son 12 ayda aile hekimi tarafından 1 veya 2 defa ziyaret edilen hastalarda daha yüksek) olduğu tespit edilmiştir.

Eğitim durumuna göre sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması, hasta merkezli karar verme ile ayrımcılık boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması ile hasta merkezli karar verme boyutlarında okuryazar-ilkokul mezunlarının algıları; ayrımcılık boyutunda ise lisansüstü mezunlarının algıları daha yüksek bulunmuştur. Buna göre eğitim durumu daha düşük seviyede olan hastaların aile hekimlerinin hastalık ve tedaviye yönelik iletişimi ile ilgili algılarının daha olumlu olduğu ifade edilebilir. Eğitim durumu en yüksek düzeyde olan hastalar ise gelir ve eğitim durumlarının aile hekimleri tarafından dikkate alındığını daha fazla düşünmektedir.

Genel sağlık durumuna göre aceleci iletişim, endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması, şefkatli ve saygılı olma ve ayrımcılık boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. Bakım ile ilgili kişilerarası süreçlerin boyut ortalamaları (aceleci iletişim boyutu hariç) genel sağlık durumu çok iyi olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Aceleci iletişim boyutunun ortalamasının düşük olmasının hekim-hasta iletişimi açısından daha olumlu olduğu da göz önüne alınırsa genel sağlık durumunu “çok iyi” olarak nitelendiren hastaların hekim-hasta iletişiminin kalitesini daha iyi algıladıkları söylenebilir.

Sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı açısından, endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutu hariç bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarının hepsinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak internet, televizyon ve gazeteyi seçenlerin aceleci iletişim boyutu ile ilgili algılarının, hekimi tercih edenlerin ise farklılık bulunan diğer boyutlara yönelik algılarının (ayrımcılık hariç) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak medyayı tercih eden hastaların aile hekiminin

iletişimini daha aceleci bulduğu söylenebilir. Sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak hekimleri tercih eden hastaların sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması ile aile hekimlerinin hasta merkezli karar verme, şefkatli ve saygılı olmaya yönelik davranışlarını daha pozitif algıladıkları ifade edilebilir. Son olarak ayrımcılık boyutu ile ilgili algıların sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak hemşire, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarını seçen hastalarda daha yüksek; internet, televizyon ve gazeteyi seçen hastalarda ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların perspektifinden hekim-hasta iletişiminin değerlendirildiği ve Ankara’da yapılan bir araştırmada hekimle olan iletişimin yaş, hekimle görüşme süresi, hekimin adını bilme, başvuru poliklinik ve genel sağlık durumuna göre farklılık gösterdiği, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum açısından farklılık göstermediği belirlenmiştir (Gezergün ve diğerleri, 2006). Taşkaya’nın araştırmasında (2014) diyabet hastalığının süresi ile komorbiditenin (ek hastalık) varlığına göre hekim-hasta iletişiminin farklılık gösterdiği; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir, diyabetin tipi, tedavi şekli ve komplikasyon durumuna göre ise hekim-hasta iletişiminin farklılık göstermediği ifade edilmiştir. Başka bir araştırmada (Karsavuran ve diğerleri, 2011) hekim-hasta iletişiminde hekime duyulan güven düzeyinin yaşın yanı sıra cinsiyet ve eğitim durumuna göre de farklılık gösterdiği saptanmıştır. 56 yaş ve üzerindeki, erkek ve ilköğretim mezunu hastaların hekimlere duydukları güven daha yüksek bulunmuştur.

ABD’de yapılan bir araştırmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir, ABD’de doğmuş olma, sağlık sigortası ve genel sağlık durumuna göre hekim-hasta iletişiminin farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Na’poles ve diğerleri, 2009). Bu farklılıklar araştırmadaki hastaların Afrika kökenli Amerikalılar, İngilizce ve İspanyolca konuşan Latinler, beyazlar gibi toplumun farklı kesimlerinden meydana gelmesinden kaynaklanmaktadır. Diyabet hastalarına yönelik olarak ABD’de yapılan başka bir araştırmada yaş, cinsiyet, etnik köken, algılanan sosyal durum, gelir, hekimi tanıma süresi ve hekim tarafından bir yılda ziyaret edilme sayısı açısından hekim-hasta iletişiminde farklılıklar görüldüğü, eğitim düzeyi açısından ise farklılık olmadığı belirtilmiştir. Bu araştırmada 65 yaş üzerinde, kadın, beyaz, sosyal durumunu yüksek olarak algılayan, yıllık geliri 50,000 ABD Doları üzerinde olan, hekimini 5 yıldan uzun süredir tanıyan ve hekim tarafından



yılda 2 defadan fazla ziyaret edilen hastaların hekim-hasta iletişimini daha iyi nitelendirdikleri ifade edilmiştir (Moskowitz ve diğerleri, 2013).

Yukarıdaki araştırmaların sonuçlarına bakıldığında hekim-hasta iletişiminin hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, gelir düzeyi ve hastalıkları gibi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşabildiği görülmektedir. Ülkelerin sağlık sistemlerinin, hastalık yüklerinin, toplumsal kültür ve sosyo-ekonomik dinamiklerinin farklı olduğu dikkate alındığında hekim-hasta iletişiminin kalitesine yönelik algıların hastaların perspektifinden benzerlik göstermemesi doğaldır. Şüphesiz hekimlerden kaynaklanabilen bazı durumların da bu algı farklılıklarına yol açtığı söylenebilir.

Hekim-hasta ilişkisinde yaşanan zorluklar hastalara ilişkin faktörler, hekimlere ilişkin faktörler ve sisteme ilişkin faktörler olarak ele alınabilir. Hastalara ilişkin faktörler psikolojik rahatsızlıklar, yaşam stresleri, sosyal izolasyon, birden fazla fiziksel sorunlar, kronik hastalıklar, ihtiyaçları ile ilgili iletişim kurmada yetersizlik ve gerçekçi olmayan beklentilerdir. Aşırı iş yükü, mesleki doyum eksikliği, psikolojik durum, danışma ve iletişim becerilerindeki eğitim eksikliği hekimlere ilişkin faktörlerdir. Zor hastalarla başa çıkmak için stratejilerin bulunmaması, ücretsiz sağlık hizmetleri, uygun olmayan randevu sistemi, sosyal hizmet aksaklıkları, hasta kabul görevlilerinin eğitimsizliği ise sisteme ilişkin faktörlerdir (Serour ve diğerleri, 2009).

Hekim-hasta ilişkisi her zaman arzu edildiği gibi gerçekleşmez. Dolayısıyla taraflar arasındaki iletişim de bu durumdan etkilenmektedir (Henzel, 2009). Hastaların perspektifinden bakıldığında uzun dönemli bakımda ve konsültasyon deneyimlerinde her iki taraf bilgiyi, güveni, sadakati ve saygıyı temel alırsa iyi bir hekim-hasta ilişkisi kurulabilir (Ridd ve diğerleri, 2008). Ancak hekimler genel olarak hekim-hasta iletişiminin geliştirilmesi için iletişim becerilerinin veya hekim-hasta ilişkisinin önemli olduğunun farkında değildir. Bazı hekimler iletişim becerilerinin doğuştan gelen bir yetenek olduğuna ve herhangi bir eğitim ile kazanılamayacağına inanmaktadır. Bu durum da anlaşmazlıklara veya hastaların düşük sağlık okuryazarlığına katkıda bulunmaktadır (Sun ve Rau, 2017).

### 6.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin sadece aceleci iletişim boyutunda negatif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler, diğer boyutlarında ise pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Pozitif ilişkilerin endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutunda daha yüksek, ayrımcılık boyutunda daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgulara göre hastaların genel sağlık okuryazarlığını etkileyen bakımla ilgili kişilerarası süreçlerden başka (daha önemli) faktörlerin olduğu söylenebilir. Yaş ve sosyo-ekonomik durum gibi bireysel faktörlerin yanı sıra sağlık sisteminin karmaşıklığı gibi sistemsel faktörler bu bağlamda önemli faktörler olarak düşünülebilir.

Sağlık okuryazarlığı alt indeksleri ile bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutları arasında bazıları negatif yönlü, bazıları da pozitif yönlü olmak üzere anlamlı ilişkiler bulunmuştur. “Aceleci iletişim” boyutu ile sağlık okuryazarlığı alt indeksleri arasında %22 - %32 arasında değişen negatif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Aile hekiminin iletişimi aceleci olarak nitelendirildikçe hastaların sağlık okuryazarlığı indekslerinin puanları daha düşük seyretmiştir. Diğer bir ifade ile hastalar sağlık okuryazarlığı indekslerinin puanları düştükçe aile hekimlerinin iletişimini daha aceleci olarak nitelendirmiştir.

“Aceleci iletişim” dışındaki diğer 5 boyut (endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması, sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması, hasta merkezli karar verme, şefkatli ve saygılı olma, ayrımcılık) ile sağlık okuryazarlığının alt indeksleri arasında ise pozitif yönlü, zayıf veya çok zayıf, istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Bu ilişkilerin gücünün %11 - %29 arasında değiştiği belirlenmiştir. “Hasta merkezli karar verme” boyutu ile sağlık okuryazarlığının 2 indeksi (sağlık hizmeti ve bilgiyi anlama) arasında ise pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak sınırda anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.

Hastaların sağlık okuryazarlığının bazı düzeyleri ile bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin bazı boyutlarına ilişkin algılarının birbirlerini etkilediği bulunmuştur. Bu bağlamda

sağlık okuryazarlığında sağlık hizmeti ve bilgiyi anlama indekslerinin, bakımla ilgili kişilerarası süreçlerde ise aceleci iletişim ile endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutlarının ön plana çıktığı görülmüştür.

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişimi arasındaki ilişkiyle ilgili olarak çok az araştırma bulunmaktadır. Ankara’daki sağlık ocaklarına ve özel üniversite hastanesine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hekim-hasta iletişimini değerlendirmenin istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ifade edilmiştir (Yılmaz ve diğerleri, 2009). Sakarya’da kronik hastalığı olan hastalar ile yapılan bir araştırmada, eğitim-araştırma hastanesinin onkoloji ve kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük, hekim-hasta ilişkisinin ise yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hekim-hasta ilişkisine eleştirel sağlık okuryazarlığının olumsuz, fonksiyonel sağlık okuryazarlığının olumlu etkisinin bulunduğu, iletişimsel sağlık okuryazarlığının ise anlamlı bir etkisinin olmadığı ifade edilmiştir (Akbolat ve diğerleri, 2016).

ABD’de diyabet hastaları arasında yapılan bir araştırmada, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı yeterli ve yetersiz düzeyde olan hastalar karşılaştırıldığında hekimlerle olan iletişimin fonksiyonel sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastalarda daha kötü olduğu belirlenmiştir (Schillinger ve diğerleri, 2004). Japonya’da tip 2 diyabet hastaları ile gerçekleştirilen bir araştırmada, hekimlerin açıklamalarındaki berraklık ile diyabet bakımınının anlaşılması ve özyeterlik arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Inoue ve diğerleri, 2013). Tip 2 diyabet hastalarına yönelik yine Japonya’daki bir araştırmada, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ziyaret esnasında bilgi değişim süreciyle ilişkili olduğu, hastaların iletişimsel sağlık okuryazarlığının hekimlerin bilgi vermesi ile hastaların bu bilgileri algılaması arasındaki ilişkiyi değiştiren bir etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır (Ishikawa ve diğerleri, 2009). Diyabet hastaları üzerinde White ve diğerlerinin (2013) ABD’de yaptığı bir araştırmada da daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin hekime daha fazla güven duyma ve ilaç tedavisine daha iyi uyum gösterme ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Hipertansiyon hastalarına yönelik olarak ABD’de yapılan bir araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük hastaların hekim vizitlerinde katılımcı karar verme deneyiminin daha az olduğu ve daha az soru sordukları ifade edilmiştir. Aynı araştırmada bu hastaların hekimlerin hasta merkezli iletişim yaklaşımlarına sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli hastalardan daha az yanıt verdiği belirtilmiştir (Aboumatar ve diğerleri, 2013). Hastaneye yatış esnasında sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişiminin kalitesini irdeleyen bir araştırmada, hastaların isteklerinin ve önerilere uyum yeteneklerinin göz önüne alınması ile iletişimin ilişkili olduğu; sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların genel olarak iletişimin açık olması, hasta endişelerine duyarlılık ve bakım süreçlerinin açıklanması hakkında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha olumsuz cevaplar verdiği ve hekim-hasta iletişiminin kalitesini daha düşük algıladıkları saptanmıştır (Kripalani ve diğerleri, 2010).

Çin’de katarakt hastalarına yönelik yapılan bir çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindeki hastaların hekimleri ile olan iletişimlerinde zayıf kaldıkları tespit edilmiştir (Lin ve diğerleri, 2014). Tayvan’da yapılan diğer bir araştırmada hastaların sağlık bakımına katılmaya ve hekimin sağlık bakımını kolaylaştırmaya yönelik algılarının hekim-hasta iletişimini etkilediği, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindeki daha yaşlı hastaların sağlık bakım süreçlerine katılabilmesinde hekimlerin önemli bir rol oynayabileceği dile getirilmiştir (Liang ve diğerleri, 2013).

Yukarıdaki çalışmalara bakıldığında genel olarak sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasında bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek olan hastaların hekim-hasta iletişiminin kalitesini olumlu olarak algıladıkları görüldüğu gibi sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük, bilgi asimetrisinden dolayı hekime daha fazla güven duyan ve hekimin söylediklerine uyan hastaların da hekim-hasta iletişiminin kalitesini yüksek olarak algılayabildikleri görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri farklı olsa da birinci durumda hastaların sağlık bakımına katılmasından, ikinci durumda ise hastaların hekime minnet duymalarından dolayı hekim-hasta iletişiminin kalitesini yüksek olarak nitelendirdikleri düşünülebilir.

Sınırlı sağlık okuryazarlığı hekim-hasta iletişimini engeller ve etkileri dil uyumu ile iletişim t¼r¼ne g¼re farklılık g¼sterebilir (Sudore ve diğerleri, 2009). Sağlık okuryazarlığı ve hekim-hasta iletişimi birbirleri ile ilişkili olduğundan sağlık okuryazarlığı d¼zeyi d¼ř¼k ve hekim-hasta iletişimini kalitesiz olarak algılayan hastalar bu bağlamda ¼nem kazanmaktadır. Hekimlerin g¼lery¼zly¼ bir şekilde iletişimi başlatması, empatik yaklaşımlarda bulunması ve açık uçlu sorular sorması hastaları ile iletişimlerinin kalitesini artırdığı gibi, onların sağlık okuryazarlığı d¼zeylerine katkı da sağlayabilir.

Son y¼zyılda sağlık bakımının teknik kalitesinin tıp kalitesini geliştirmesinde hastaların sağlık okuryazarlığı becerilerinin, iletişim kapasitelerinin ve hekimlerin kişilerarası becerilerinin ¼nemi g¼zden kağırılmamalıdır. Bu durum aynı zamanda hastaların sağlık sonuçlarını da b¼y¼k ¼lç¼de etkilemektedir. Her iki taraf da iletişimde aktif olarak yer alırsa hekim-hasta dinamiği etkili olur. Sadece hekimleri veya sağlık okuryazarlığı d¼zeyi d¼ř¼k hastaları hedef alan m¼dahaleler sınırlı değere sahiptir (Sim ve diğerleri, 2016). Dolayısıyla hem hastalara, hem de hekimlere ¼nemli roller d¼řmektedir.

## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bu araştırmada;

- Araştırmaya katılan hastaların %61'inden fazlasının genel sağlık durumu iyi veya çok iyi, aylık geliri giderine denktir. Hastaların %60'ının evli ve sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak hekimleri tercih ettikleri, %60'a yakınının kadın olduğu ve kronik bir hastalığının bulunmadığı, %55'e yakınının 45 yaş altında ve lisans / lisansüstü mezunu olduğu, %43'e yakınının memur olarak çalıştığı görülmüştür. Son 12 ayda hastaların %78'inden fazlasının aile hekimine 5 defa veya daha az başvurduğu, %95'e yakınının ise aile hekimi tarafından ziyaret edilmediği belirlenmiştir.
- Hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeksi 50 puanlık bir ölçek üzerinden ortalama  $30,25 \pm 7,28$  olarak hesaplanmıştır. Bu puan hastaların genel olarak sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyesinde bulduklarına işaret etmektedir. Sağlık okuryazarlığının alt indekslerine bakıldığında sağlık bilgisini anlama ( $31,49 \pm 8,24$ ), sağlık hizmeti ( $30,73 \pm 7,89$ ) ve sağlık bilgisine erişim ( $30,38 \pm 8,11$ ) indekslerinin puanları genel sağlık okuryazarlığı puanından daha yüksek bulunmuştur. Sağlık bilgisini uygulama ( $28,84 \pm 7,62$ ), sağlık bilgisini değerlendirme ( $29,15 \pm 8,00$ ), sağlığın iyileştirilmesi ( $29,71 \pm 8,05$ ) ve hastalıktan korunma ( $29,91 \pm 8,16$ ) indekslerinin puanlarının ise genel sağlık okuryazarlığı puanından daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar hekimlerden veya diğer kaynaklardan edinilecek bilgilerin nasıl değerlendirileceği, bu bilgilerin hastalıktan korunmak ve sağlığın geliştirilmesi için nasıl uygulanacağı hususunun öncelikle ele alınması gerektiğini göstermektedir.
- Elde edilen puanlar dört kategoride incelendiğinde genel olarak hastaların %20,9'unun yetersiz, %48,3'ünün sınırlı, %24,9'unun yeterli ve %5,9'unun mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. Hastaların %70'inin sağlık bilgisini uygulama indeksi, %66,9'unun sağlık bilgisini değerlendirme indeksi, %64,8'inin sağlığın iyileştirilmesi indeksi ve

%63,7'sinin hastalıktan korunma indeksi açısından yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Hastaların yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ise sağlık bilgisini anlama (%47,4), sağlık bilgisine erişim (%42,4) ve sağlık hizmeti (%39,5) indekslerinde daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Sağlık okuryazarlığına ilişkin ifadeler verilen cevaplar incelendiğinde en fazla “zor veya çok zor” cevabı verilen ifadelerin sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi uygulama indekslerinin ortak ifadeleri “Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek” (%53,2), “Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak” (%51,6) ve sağlık hizmeti/bilgiyi değerlendirme indekslerinin kesişiminde yer alan “Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek” (%50,8) ifadesinin olduğu tespit edilmiştir. Buna göre hastaların yarısından fazlasının sağlığa etki eden yaşam koşullarını değiştirmeyi, sağlık aktivitelerine katılım göstermeyi ve medyada hastalıklar ile ilgili sunulan bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmeyi kolay bulmadıkları söylenebilir.
- Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, genel sağlık durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı ve son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme sayısı gibi sosyo-demografik özelliklere göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinde (genel olarak ve sağlık okuryazarlığının alt indeksleri açısından) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilirken; cinsiyet, medeni durum ve sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı görülmüştür. Bu sonuca göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilgili olarak geliştirilen 88 hipotezin 50'si kabul edilirken, 38'i reddedilmiştir.
- İlkokul mezunu ve daha düşük eğitim durumundakilerin, 66 yaş ve üzerindekiilerin, ev hanımlarının, aylık geliri giderinden az olanların, genel sağlık durumunu kötü olarak nitelendirenlerin, birden fazla kronik hastalığa sahip olanların, son 12 ayda aile hekimine 10 defa ve daha fazla başvuranların

ve son 12 ayda aile hekimleri tarafından 1-2 defa ziyaret edilen hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

- Hekim-hasta iletişiminin kalitesi bağlamında bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutlarına bakıldığında, 5’li Likert ölçeğinde endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması ( $3,30\pm 0,88$ ), sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması ( $3,07\pm 0,98$ ) ile şefkatli ve saygılı olma ( $3,01\pm 1,03$ ) boyutlarının ortalamalarının daha yüksek; aceleci iletişim ( $2,85\pm 0,85$ ), ayrımcılık ( $2,48\pm 0,78$ ) ve hasta merkezli karar verme ( $2,45\pm 1,04$ ) boyutlarının ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre hekim-hasta iletişimde aceleci olmayan bir iletişimin ve hasta merkezli karar vermenin iyileştirmeye daha açık boyutlar olduğu görülmektedir.
- Hekim-hasta iletişiminin kalitesine yönelik olarak bakımla ilgili kişilerarası süreçlere ilişkin sorulara verilen cevaplar incelendiğinde, en yüksek “hiçbir zaman” veya “nadiren” cevabı verilen soruların ayrımcılık boyutundaki “Doktorlar ne sıklıkla geliriniz hakkında varsayımda bulundular?” (%77,8) ve “Doktorlar ne sıklıkla eğitim seviyeniz hakkında varsayımda bulundular?” (%69,8) ile hasta merkezli karar verme boyutunda yer alan “Doktorlar ne sıklıkla size tavsiye edilen tedaviyi uygulayabilecek gibi hissedip hissetmediğinizi sordular?” (%62,8) olduğu belirlenmiştir. Buradaki ilk iki soruya verilen cevaplar adil bir sağlık hizmeti sunumuna işaret ederken, üçüncü soru hasta merkezli karar vermenin önemini vurgulamaktadır.
- Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre bakımla ilgili kişilerarası süreçlere ilişkin algıları incelendiğinde; cinsiyet, yaş, aylık gelir durumu, son 12 ayda aile hekimine başvuru sayısı ve son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna göre bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin sadece bir boyutunda; eğitim durumuna göre üç boyutunda, genel sağlık durumuna göre dört boyutunda, sağlık bilgisine ilk erişim kaynağına göre tüm boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Medeni durum, çalışma durumu, ve kronik hastalığa sahip olma durumuna göre ise bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin hiçbir boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların



olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuca göre hekim-hasta iletişimine yönelik olarak geliştirilen 66 hipotezden 18'i kabul edilirken, 48'i reddedilmiştir.

- Cinsiyete göre aceleci iletişim boyutunda erkeklerin, yaşa göre ayrımcılık boyutunda 26-35 yaş grubundaki hastaların, aylık gelir durumuna göre şefkatli ve saygılı olma boyutunda aylık geliri giderinden az olan hastaların, son 12 ayda aile hekimi tarafından ziyaret edilme durumuna göre hasta merkezli karar verme boyutunda ziyaret edilmeyen hastaların algılarının daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir.
- Eğitim durumuna göre, sonuçların ve ilaç tedavisinin açıklanması ile hasta merkezli karar verme boyutlarında önlisans mezunlarının algıları daha olumsuz bulunmuştur. Ayrımcılık boyutunda lisansüstü mezunları algılarını daha olumsuz olarak ifade etmiştir. Genel sağlık durumunu iyi olarak nitelendiren hastaların aceleci iletişim, kötü olarak nitelendiren hastaların endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması, orta olarak nitelendiren hastaların şefkatli ve saygılı olma, çok iyi olarak nitelendiren hastaların ayrımcılık boyutlarına yönelik algılarının daha olumsuz olduğu görülmüştür. Sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı olarak hekimleri tercih eden hastaların aceleci iletişim boyutuna, hemşire, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarını tercih eden hastaların endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması ile ayrımcılık boyutlarına, internet, televizyon ve gazeteyi tercih eden hastaların ise diğer boyutlara yönelik algılarının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin boyutları (aceleci iletişim hariç) arasında pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Pozitif ilişkilerin ayrımcılık boyutunda daha düşük, endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutunda daha yüksek olduğu görülmüştür. Aceleci iletişim boyutu ile hastaların genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında negatif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görülmüştür. Bu boyutun sağlık okuryazarlığının alt indeksleri ile arasındaki ilişkilerinin de negatif yönlü, zayıf (%22-%32 arasında değişen) ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

- Hastaların sağlık okuryazarlığının alt indeksleri ile bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin aceleci iletişim dışındaki boyutları arasında pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Bu ilişkilerin gücünün en az sağlık okuryazarlığının bilgiye erişim indeksi ile bakımla ilgili kişilerarası süreçlerin hasta merkezli karar verme boyutu arasında (%11), en fazla bilgiyi uygulama indeksi ile endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutu arasında (%29) olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin (sağlık hizmeti ve bilgiyi anlama indekslerinin düzeyi daha etkin) bakımla ilgili kişilerarası süreçlere yönelik algılarını etkileyebildiği; bakımla ilgili kişilerarası süreçlere (aceleci iletişim ile endişelerin açığa çıkarılması ve cevaplandırılması boyutları daha etkin) yönelik algılarının da genel sağlık okuryazarlığı düzeylerini veya sağlık okuryazarlığının alt indekslerinin düzeylerini etkileyebildiği belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasında bir ilişki olabileceğine ve bu iki kavramın birbirini etkileyebileceklerine yönelik olarak geliştirilen 3 hipotez de kabul edilmiştir. Toplamda ise 157 hipotezden 71'inin kabul edildiği, 86'sının ise reddedildiği görülmüştür.
- Araştırma bulgularına göre sosyo-demografik özellikler hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinde daha belirleyici olurken, hekim-hasta iletişiminin kalitesine yönelik algılarında ise daha az farklılık göstermiştir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinde yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, genel sağlık durumu ve kronik hastalığa sahip olma durumunun; hekim-hasta iletişiminin kalitesine yönelik algılarında ise sağlık bilgisine ilk erişim kaynağı, genel sağlık durumu ve eğitim durumunun önemli olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma bulgularına yönelik öneriler aşağıda sunulmaktadır:

- Sağlık okuryazarlığı öncelikli bir politika konusu olarak değerlendirilebilir, yasal düzenlemeler hayata geçirilebilir. Sosyo-ekonomik faktörler sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği için bu faktörlerin iyileştirilmesine yönelik (sağlık kuruluşlarına ulaşım, sağlık bilgisine erişim gibi) adımlar atılabilir. Özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerle ilgili koşullar öncelikli olarak ele alınabilir.
- Bireylerin ve toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi için başta Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı olmak üzere sivil toplum örgütleri, akademik topluluklar ve medya gibi diğer önemli paydaşlar ile birlikte hareket edilerek kamu spotları ve eğitim programları hazırlanabilir. Kurumlararası işbirliğiyle bilgiler ve tecrübeler paylaşılarak sinerji oluşturulabilir.
- Sağlık okuryazarlığına temel eğitim müfredatında daha fazla yer verilebilir. Bu çerçevede sağlık okuryazarlığının kazandırılması için ihtiyaçlara uygun eğitim materyalleri geliştirilebilir. Hekim-hasta iletişiminin önemine ise tıp fakülteleri müfredatında ağırlık verilebilir. Hastaları ile olan iletişime değer veren hekimler hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyine katkıda bulunabilir.
- Özellikle medyada yanlış veya yanıltıcı sağlık bilgileri veren platformlara karşı daha caydırıcı hukuksal yaptırımlar uygulanabilir. Böylelikle toplumun güvenilir olmayan sağlık bilgilerine itibar etmesi önenebilir. Doğru sağlık bilgilerinin öğrenilmesi ile hem hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin, hem de hekim-hasta iletişiminin kalitesinin artması sağlanabilir.
- Hekimler; hastaların fiziksel, sosyal ya da psikolojik durumlarını gözeterek hasta merkezli bir yaklaşımla sağlık veya hastalıkla ilgili bilgileri hastaların anlayacağı açık bir şekilde, hızlı ve mesleki bir terminoloji kullanmadan, gerektiğinde yazılı veya görsel materyaller ile destekleyerek aktarabilir. Bilgilerin doğru olarak anlaşıldığından emin olmak için hastalara teyit edici sorular sorabilir. Karar verme süreçlerine hastaları da dahil edebilirler.

- İyi bir iletişim için hem hastaların, hem de hekimlerin karşılıklı olarak birbirini yeterince dinlemesi, sorumluluklarının farkında olması ve birbirine anlayış göstermesine yönelik eğitim faaliyetleri düzenlenebilir. Sağlıklı bir hekim-hasta iletişimi ile tarafların memnuniyeti sağlandığı gibi aynı veya benzer bilgilerin aktarımı yoluyla sağlık okuryazarlığı seviyesi yükselen hastalar zaman açısından tasarruf sağlayabilir. Bu durum da daha fazla zaman ayrılması gereken özel durumu olan hastalar ile hekimlerin kuracakları iletişim için faydalı olabilir.
- Hastaların endişelerini veya önemli gördükleri hususları rahatça söyleyebilecekleri bir ortam oluşturulabilir. Bu noktada hekimin hastanın duygu ve düşüncelerine önem vermesi, saygı göstermesi, empatik bir yaklaşımda bulunması, hastanın hekime güvenmesinde etkili olabilir. Hekimden aldığı destek ve cesaretle hastaların mevcut olan veya geçmişteki hastalıklarına yönelik bir detayı dile getirmesi testlere gerek kalmadan veya daha az zaman harcanarak teşhis konulmasını sağlayabilir. Ardından tedaviye hemen başlanması ile hastaların ve hekimlerin memnuniyetinin artması sağlanabilir.
- Hastalara sağlık okuryazarlığı becerilerinin kazandırılmasına yönelik faaliyetler aile hekimliği performans sistemine dahil edilebilir. Dolayısıyla aile hekimlerinin sağlık okuryazarlığına daha fazla önem vermeleri teşvik edilebilir.
- Sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi için farklı illerdeki aile sağlığı merkezlerinin yanı sıra ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kamu hastanelerine, özel hastanelere ve üniversite hastanelerine başvuran hastalarla araştırmalar yapılabilir.
- Sağlık okuryazarlığının ve hekim-hasta iletişiminin birbirlerine ve sağlık sonuçlarına etkisini inceleyen, ulusal ve uluslararası karşılaştırmalar yapan araştırmalar desteklenerek bu kavramlarla ilgili farkındalık artırılabilir. Yapılacak olan araştırmalar öncelikli olarak ele alınması gereken konulara ışık tutabilir.

## KAYNAKÇA

Aboumatar HJ., Carson KA., Beach MC., Roter DL., Cooper LA. (2013). The Impact of Health Literacy on Desire for Participation in Healthcare, Medical Visit Communication, and Patient Reported Outcomes among Patients with Hypertension. *J Gen Intern Med*, 28 (11): 1469–1476.

ACSQHC (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care), (2013). Consumers, the Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality, Consultation Paper, Sydney.

ACSQHC (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care), (2014). Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality, Sydney.

Adán JCM., Jiménez BM., Carvajal RR., Herrer MG., López PR. (2009). Psychometric Validation of the Spanish Version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr*, 37(2): 94-100.

Akalın, HE. (2009). “Türk Toplumunda Sağlık Okur-Yazarlığı Oranlarının Belirlenmesi” Araştırma Sinopsisi. Erişim Tarihi: 14/02/2016. [http://www.actus.com.tr/files/t\\_sinopsis.pdf](http://www.actus.com.tr/files/t_sinopsis.pdf)

Akalın, HE. (2012). Sağlık Okuryazarlığı: Nedir? Neden Önemlidir? Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı, 26 Aralık 2012, Erişim Tarihi: 15/02/2016. <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/online-makaleler/1200-saglik-okuryazarligi-nedir-neden-onemlidir>

Akbolat M., Kahraman G., Erigüç G., Sağlam H. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Hasta-Hekim İlişkisini Etkiler mi? Sakarya İlinde Bir Araştırma. *TAF Prev Med Bull*, Vol 15, No 4, p.354-362.

Akbulut, Y. (2015). Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Yayın No:3 ss:113-132.

Aloba O., Esan O., Alimi T. (2015). Psychometric Qualities of the 9-Item Patient-Doctor Relationship Questionnaire in Stable Nigerian Patients with Schizophrenia. *Journal of Behavioral Health*, Vol 4, Issue 4, p.112-117.

Alpar, R. (2011). Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler. 3. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık.

Altuğ, M. (2010). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta ve Hekimlerin Hasta Merkezli Bakım İle İlgili Algıları. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Antalya.

AMA (American Medical Association) (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, *Journal of the American Medical Association*, 281(6): 552-557.

Anadolu Üniversitesi, (2016). İkinci Sağlık İletişimi Sempozyumu.

Erişim Tarihi: 24/12/2017.

<http://egazete.anadolu.edu.tr/kampus/34741/2-saglik-iletisimi-sempozyumu-sis-iletisim-bilimleri-fakultesinde>

Ankara Üniversitesi (2015). Sağlık Okuryazarlığı. F Yıldırım, A Keser (Ed): *Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayın No:3*, Ankara Üniversitesi Basımevi.

Ankara Üniversitesi (2016). Sağlık Okuryazarlığı e-Öğrenim Sertifika Programı. Erişim Tarihi: 06/05/2016.

[http://uzem.ankara.edu.tr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=377&Itemid=108&lang=tr](http://uzem.ankara.edu.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=377&Itemid=108&lang=tr)

Ansari H., Almasi Z., Moghaddam A., Mohammadi M., Peyvand M., Hajmohammadi M., Bagheri F. (2016). Health Literacy in Older Adults and Its Related Factors: A Cross Sectional Study in Southeast Iran. *Health Scope*, 5(4):e37453, p. 1-6.

Arafat S., Andalib A., Shams S., Kabir R., Shah M., Fariduzzaman A., Liton M., Ansary E. (2017). Patient Satisfaction in Chamber Setting in Bangladesh Measured by Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9 Bangla). *Journal Of Medical Research And Innovation*, 1(1): 34-39.

Arda, B. (2006). Hekim-Hasta İlişkileri. XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı. 1. Baskı, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Arslan, A. (2005). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Hekim-Hasta İletişimi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Aşkun, İ.C. (1982). Örgütsel İletişim ve Küçük Grup Boyutları. T Ergun (Ed).Yönetim Psikolojisi, 415-452. Ankara: II. Sevinç Matbaası.

Ataç, A. (2009). İletişim, Tıp Etiği ve Tıp Uygulamalarında Yansıması. *Hacettepe Tıp Dergisi*; 40: 89-95.

Atatürk Üniversitesi (2017). Üçüncü Uluslararası Sağlık İletişimi Sempozyumu. Erişim Tarihi: 26/12/2017.

<https://atauni.edu.tr/saglik-ile-iletisim-aturk-universitesinde-bulustu>

Atıcı, E. (2007). Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 33 (1): 45-50.

Atilla G., Oksay A., Erdem R. (2012). Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 2 (43): 23-37.

Avcı, İ. ve Sönmez, M. (2013). Sağlık İletişimi Bağlamında Bireylerin Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Alışkanlıkları ve Motivasyonları: Elazığ Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi, Cilt 2, Sayı 2*, ss:119-138.

Baker, DW (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med; 21*: 878–883.

Bal, CG. (2013). Sağlık Kurumlarında İletişim Doyumu Üzerine Bir Alan Araştırması. *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Yıl: 13, Sayı: 25*, ss.107-125.

Bann CM., McCormack LA., Berkman ND., Squiers LB. (2012). The Health Literacy Skills Instrument: A 10-Item Short Form. *Journal of Health Communication, Vol 17, Issue Sup 3*, p. 191-202.

Beaulieu MD., Haggerty JL., Beaulieu C., Bouharaoui F., Lévesque JF., Pineault R. (2011). Interpersonal Communication from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthcare Policy, Vol 7, Special Issue*, p.108-125.

Becerikli, S. (2013). Türkiye’de Sağlık İletişimi Üzerine Yazılan Lisansüstü Tezlerin Bibliyometrik Analizi: Eleştirel Bir Bakış. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 12, Sayı 2*, ss.25-36.

Bektaş, M. ve Erdem, R. (2015). Örgütlerde İnfomal İletişim Süreci: Kavramsal Bir Çerçeve. *AKÜ İİBF Dergisi, Cilt 17, Sayı:1* ss.125-139.

Benera, A. ve Ghuloumc, S. (2010). Psychometric Validity and Reliability of the Arabic Version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ): Are Patients Satisfied with Their Psychiatrist? *Middle East Journal of Psychiatry and Alzheimers, Volume 1, Issue 1*, p.3-8.

Berens EM, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. (2016). Health Literacy among Different Age Groups in Germany: Results of a Cross-Sectional Survey. *BMC Public Health, 16*:1151, pp.1-8.

Berkman ND., DeWalt DA., Pignone MP., Sheridan SL., Lohr KN., Lux L., Sutton SF., Swinson T., Bonito AJ. (2004). Literacy and Health Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 87. AHRQ Publication No.04-E007-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Berkman, ND., Davis, TC., McCormack, L. (2010). “Health Literacy: What is it?”, *Journal of Health Communication, (15)*: 9-19.

Berkman ND., Sheridan SL., Donahue KE., Halpern DJ., Viera A., Crotty K., Holland A., Brasure M., Lohr KN., Harden E., Tant E., Wallace I., Viswanathan M. (2011). Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Evidence

Report/Technology Assesment No. 199. AHRQ Publication Number 11-E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality.

Betz CL., Ruccione K., Meeske K., Smith K., Chang N. (2008). Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern. *Pediatr Nurs*, 34(3): 231-239.

Bourse, M. ve Yücel, H. (2012). İletişim Bilimlerinin Serüveni. 1. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Bozkurt, H. (2017). Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bilişsel Bozukluğu Olmayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Tezi.

Bulduklu, Y. (2010). Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri Üzerine Ampirik Bir Çalışma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Doktora Tezi, Konya.

Büyüköztürk, Ş. (2006). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi, 6. Baskı, Ankara: Pegem Yayıncılık.

Certel, H. (2008). Din-İletişim İlişkisi ve Dini İletişim Engelleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Cilt 2, Sayı 21, s:127-158.

Chew LD., Bradley KA., Boyko EJ. (2004). Brief Questions to Identify Patients with Inadequate Health Literacy Health. *Fam Med*, 36(8): 588-594.

CHIRr (Consumer Health Informatics Research resource), 2016. Suggested Measures. Erişim Tarihi: 12/02/2016. <https://chirr.nlm.nih.gov/health-literacy.php>

Chin, JJ. (2001). Doctor-Patient Relationship: A Covenant of Trust. *Singapore Medical Journal*, Vol 42 (12): 579-581.

Cirhinlioğlu, Z. (2016). Sağlık Sosyolojisi. 6.Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Commission of the European Communities, (2007). Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, Brussels.

Cordella, M. (2004). The Dynamic Consultation. A Discourse Analytical Study of Doctor-Patient Communication. John Benjamins Publishing.

Coulter, A. ve Ellins, J. (2007). Effectiveness of Strategies for Informing, Educating, and Involving Patients. *British Medical Journal*, 335: 24-27.

Çankaya Kaymakamlığı, (2017). Çankaya'daki Aile Sağlığı Merkezleri. Erişim Tarihi: 01/02/2017.

<http://www.cankayakaymakamligi.gov.tr/aile-sagligi-merkezi>



Çankaya Kaymakamlığı (2018). Çankaya İlçesi Sosyal Durum. Erişim Tarihi: 17/01/2018. <http://www.cankayakaymakamligi.gov.tr/sosyal-durum>

Çetin, M. (2012). Sağlık Okuryazarlığı. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı AEP Uygulama ve Yaygınlaştırma Projesi, 2. Baskı, İstanbul: Nakış Ofset.

Çınarlı, İ. ve Şimsek, Z. (2013). Doğru ve Etkili Sağlık İletişimi İçin Sağlık Haberciliği-Programcılığı Rehberi. Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Yayın No: 4, Şanlıurfa.

Çınarlı, İ. (2015). Kitle İletişimi ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı. F Yıldırım ve A Keser. (Ed). *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Yayın No:3 ss:15-28.

Çınarlı, İ. (2014). Sağlık Enformasyonu ve Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış*, Sayı:19, ss.20-25.

Çiftçi, K. (2015). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakım Hizmetinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Çiftçioğlu, A. ve Ordun, G. (2010). Hastaların Hekimlerin Kendileri İle Kurdukları İletişiminden Memnuniyet Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Öneri Dergisi*, Cilt 9, Sayı 34, s.109-118.

Çobanoğlu, N. (2016). Tıp Etiği Işığında Hekim-Hasta İlişkisi. *Sağlık ve İnsan*, s.18-20.

Çokluk O., Şekercioğlu G., Büyükköztürk Ş. (2013). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. 2. Baskı, Ankara: Pegem Yayıncılık.

Dal, A. (2012). Grup İletişimi ve Örgüt İçi İletişim. N Orhon ve U Eriş (Ed). İletişim Bilgisi. Anadolu Üniversitesi Yayını No:2712, Eskişehir.

Davis TC., Crouch MA., Long SW., Jackson RH., Bates P., George RB., Bairnsfather LE (1991). Rapid Assessment of Literacy Levels of Adult Primary Care Patients. *Fam Med* 23 (6): 433-5.

Davis TC., Long SW., Jackson RH., Mayeaux EJ., George RB., Murphy PW., Crouch MA (1993). Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. *Fam Med* 25 (6): 391-395.

Demir, A. (2017). Kalkınma Ajansı Mali Destek Programlarının İstatistiksel Değerlendirilmesi: Ankara İli Örneği. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İstatistik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

Demirtaş, M. (2010). Örgütsel İletişimin Verimlilik ve Etkinliğinde Yararlanılan İletişim Araçları ve Halkla İlişkiler Filmleri Örneği. *Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi*, 28 (1): 411-444.

Denuwara, HMBH. ve Gunawardena, NS. (2017). Level of Health Literacy and Factors Associated with it Among School Teachers in an Education Zone in Colombo, Sri Lanka. *BMC Public Health*, 17:631, p.1-9.

Devlet Planlama Teşkilatı, (2004). İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, Ankara.

DeWalt DA., Berkman ND., Sheridan S., Lohr KN., Pignone MP. (2004). Literacy and Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *J Gen Intern Med* 19: 1228-1239.

DeWalt DA., Callahan LF., Hawk VH., Broucksou KA., Hink A., Rudd R., Brach C. (2010). Health Literacy Universal Precautions Toolkit. AHRQ Publication No. 10-0046-EF. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality.

Dikmen AU., Özdemirkan T., Medeni V., Dereci ON., Uslu İ., Çetin E., Aksakal FN. (2014). Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuranların Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı: s.1317, Edirne.

Dodson S., Good S., Osborne RH. (2015). Health Literacy Toolkit for Low and Middle-Income Countries: A Series of Information Sheets to Empower Communities and Strengthen Health Systems. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

Doğanyığıt, S. (2014). Sağlık Hizmetleri İletişiminde Mobil Sağlık: “Adımsayar” Uygulaması Örneği. Galatasaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Stratejik İletişim Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Doyle G., Cafferkey K., Fullam J. (2012). The European Health Literacy Survey: Results From Ireland.

Drenkard C., Bao G., Kan H., Pobiner B., Julie P., Eastman W., Lim SS. (2016) Impact of Physician-Patient Interactions on Disease Activity in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Annals of the Rheumatic Diseases* 75: 407.

Dulmen, S. (2011). Avrupa’da Hizmet Sağlayıcı - Hasta İletişimi: Neler Biliyoruz ve (Henüz) Neler Bilmiyoruz? 1. Uluslararası Sağlık Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu Kitabı, s. 19-21, İstanbul.

Durusu-Tanrıöver M., Yıldırım HH., Demiray-Ready FN., Çakır B., Akalın HE. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Birinci Baskı, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

Dündar, PE. ve Dede, B. (2012). Manisa’da Seçilen Kentsel ve Gecekondu Bölgelerinde Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Etkili Faktörler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s.296-299, Bursa.

Egbert, N. ve Nanna, KM. (2009). Health Literacy: Challenges and Strategies. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing; Vol 14 No (3): 1-9.*

Eğritaş, Y. (2014). İletişim, Çalışma Hayatı ve Sağlık Kurumları. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Emanuel, EJ. ve Emanuel, LL. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA Vol 267, Number 16*, p. 2221-2226.

Erbaydar, T. (2003). "Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi" *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), Özel Ek*, s:45-51.

Erdoğan, İ. (2011). İletişimi Anlamak. 4. Baskı, Ankara: Pozitif Matbaacılık.

European Centre for Disease Prevention and Control, (2014). Transferability of Health Promotion and Health Education Approaches Between Non-Communicable and Communicable Diseases, Stockholm.

Eyüboğlu, E. ve Schulz, PJ. (2016). Validation of Turkish Health Literacy Measures. *Health Promotion International, 31*: 355-362.

Gaglio B., Glasgow RE., Bull SS. (2012). Do Patient Preferences for Health Information Vary by Health Literacy or Numeracy? A Qualitative Assessment. *Journal of Health Communication, 17: Sup 3*, p.109-121.

Geçikli F., Serçeoğlu N., Üst Ç. (2011). Örgüt İçi İletişim ve İletişim Tatmini: Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama. *Gazi Üniversitesi İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, Sayı 33*: 163-184.

Gezergün A., Şahin B., Tengilimoğlu D., Demir C., Bayer E. (2006) Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (1)*, ss.129-144.

Gold, M. (2004). Is Honesty Always the Best Policy? Ethical Aspects of Truth Telling. *Internal Medicine Journal, 34*: 578-580.

Görgün, M. (2015). Aile Sağlığı Merkezlerinin Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi Ölçütleri Açısından Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum.

Gülcehal, E. ve Keklik, B. (2016). Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 8, Sayı 14*, s.64-87.

Güven, B. (2013). Etkili İletişim. 1. Baskı, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Haggerty JL., Burge F., Beaulieu MD., Pineault R., Beaulieu C., Lévesque JF., Santor DA., Gass D., Lawson B. (2011). Validation of Instruments to Evaluate Primary Healthcare from the Patient Perspective: Overview of the Method. *Healthcare Policy, Vol 7, Special Issue*, p.31-46.

Hanson-Divers, EC. (1997). Developing a Medical Achievement Reading Test to Evaluate Patient Literacy Skills: A Preliminary Study. *Journal of Health Care for the Poor Underserved* 8 (1): 56-69.

Hardoff, D. ve Schonmann, S. (2001). Training Physicians in Communication Skills With Adolescents Using Teenage Actors as Simulated Patients. *Medical Education*, 35 (3): 206-210.

Health Literacy Connection (2016). What Influences Health Literacy?  
Erişim Tarihi: 12/03/2016. <http://www.healthliteracyconnection.ca/influences.aspx>

Heide I., Wang J., Droomers M., Spreeuwenberg P., Rademakers J., Uiters E. (2013). The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of Health Communication*, 18, (Sup 1), p.172-184.

Henzel, Z.O. (2009). Hastayı Algılama ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Doktora Tezi, Adana.

HLS-EU Consortium, (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU, Online Publication: <http://www.health-literacy.EU>

Inoue M., Takahashi M., Kai I. (2013). Impact of Communicative and Critical Health Literacy on Understanding of Diabetes Care and Self-Efficacy in Diabetes Management: A Cross-Sectional Study of Primary Care in Japan. *BMC Family Practice*, 14 (40): 1-9.

IOM (Institute of Medicine), 2003. Priority Areas for National Action. Transforming Health Care Quality. Washington, DC: The National Academies Press.

IOM (Institute of Medicine), (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: The National Academies Press.

IOM (Institute of Medicine), (2009a). Toward Health Equity and Patient-Centeredness: Integrating Health Literacy, Disparities Reduction, and Quality Improvement: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press.

IOM (Institute of Medicine), (2009b). Measures of Health Literacy: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press.

IOM (Institute of Medicine), (2011). Promoting Health Literacy to Encourage Prevention and Wellness: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press.

IOM (Institute of Medicine), (2013). Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press.

Ishikawa H., Takeuchi T., Yano E. (2008). Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. *Diabetes Care*, Volume 31, Number 5: 874–879.

Ishikawa H., Yano E., Fujimori S., Kinoshita M., Yamanouchi T., Yoshikawa M., Yamazaki Y., Teramoto T. (2009). Patient Health Literacy and Patient–Physician Information Exchange During a Visit. *Family Practice* (26): 517-523.

İnceoğlu, M. (2010). Tutum, Algı, İletişim. 5.Baskı, İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınları.

İnsani Gelişme Vakfı, (2017). İnsani Gelişme Endeksi-İlçeler (İGE-İ) Raporu, İstanbul. Erişim Tarihi: 17/02/2017. <http://ingev.org/wp-content/uploads/2017/10/IGE-I-ozet.pdf>

Jordan, JE., Buchbinder, R., Briggs, A., Elsworth, GR., Busija, L., Batterham, R., Osborne, RH. (2013). The Health Literacy Management Scale (HeLMS): A Measure of an Individual’s Capacity to Seek, Understand and Use Health Information within the Healthcare Setting. *Patient Educ Couns*, 91(2): 228-35.

Kaba, R. ve Sooriakumaran, P. (2007). The Evolution of The Doctor-Patient Relationship. *International Journal of Surgery Vol 5*, p.57-65.

Kabasakal, E. ve Piyal, B. (2013). Dört Lisenin Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Sağlıkla İlgili Davranışları. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s. 394, Antalya.

Kale MS., Federman AD., Krauskopf K., Wolf M., O’Conor R., Martynenko M., Leventhal H., Wisnivesky JP. (2015). The Association of Health Literacy with Illness and Medication Beliefs among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *PLoS ONE 10(4)*: e0123937, p. 1-10.

Kalkınma Bakanlığı, (2016). GAP Bölgesi’nde Halk Sağlığı Okuryazarlığı Projesi. GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı. Erişim Tarihi: 05/05/2016. <http://www.gap.gov.tr/gap-bolgesinde-halk-sagligi-okur-yazarligi-projesi-sayfa-78.html>

Kalkınma Bakanlığı, (2014). Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018). Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Yayın No: KB:2904-ÖİK:743. Ankara.

Kanj, M. ve Mitic, W. (2009). Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap, 7th Global Conference on Health Promotion, 26-30 October 2009, Nairobi, Kenya.

Kar SB., Alcalay R., Alex S. (2001). Health Communication: A Multicultural Perspective. Sage Publications, Inc. USA.

Karabulut N., Gültürk E., Sümer H. (2013). Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Araştırılması. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s.186, Antalya.

Karadağ M., Işık O., Cankul İH., Abuhanoğlu H. (2015). Hekim ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17 (1), s. 160-179.

Karahisar, T. (2015). Sağlık Sektöründe Uygulanan Politikalar ve Doktor-Hasta İletişimi. A.Z. Özgür ve A. İşman. (Ed). İletişim Çalışmaları 2015. Sakarya Üniversitesi Yayın No: 134, s:231-248, Sakarya: Burak Ofset.

Karsavuran S., Kaya S., Akturan S. (2011). Hasta-Hekim İletişiminde Güven: Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 14, Sayı 2, s. 185-212.

Kaya, S. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı. S. Kaya (Ed). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Anadolu Üniversitesi Yayın No 2864, Eskişehir.

Kayupova G., Turdaliyeva B., Tulebayev K., Duong TV., Chang PW., Zagulova D. (2017). Health Literacy among Visitors of District Polyclinics in Almaty, Kazakhstan. *Iran J Public Health*, Vol. 46, No.8, p.1062-1070.

Kılıç, L. (2012). Bireyden Kitleye. N Bayram (Ed). Toplum ve İletişim. Anadolu Üniversitesi Yayın No: 2483, Eskişehir.

Kılıç, S. (2013). Doğrusal Regresyon Analizi. *Journal of Mood Disorders*, 3(2): 90-92.

Kickbusch, IS. (2001). Health Literacy: Addressing the Health and Education Divide. *Health Promotion International* 16(3): 289-297.

King, A. ve Hoppe, RB. (2013). “Best Practice” for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 5 (3): 385-393.

Koçak, A ve Bulduklı, Y. (2010). Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, Cilt 6, Sayı 3, s:5-17.

Kondilis BK., Kiriaze İJ., Athanasoulia AP., Falagas ME. (2008). Mapping Health Literacy Research in the European Union: A Bibliometric Analysis. *PLoS ONE* 3(6): e2519.

Kripalani S., Jacobson TA., Mugalla IC., Cawthon CR., Niesner KJ., Vaccarino V. (2010). Health Literacy and the Quality of Physician-Patient Communication During Hospitalization. *Journal of Hospital Medicine*, 5 (5): 269–275.

Kutlu M., Çolakoğlu N., Özgüvenç Z. (2010). Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı 2*: 127-143.

Kutner M., Greenberg E., Jin Y., Paulsen C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES2006-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.

Kwan B., Frankish J., Rootman I. (2006). The Development and Validation of Measures of "Health Literacy" in Different Populations. UBC Institute of Health Promotion Research and UVic Community Health Promotion Research, Canada.

Kwan ML., Tam EK., Ergas JJ., Rehkopf DH., Roh JM., Lee MM., Somkin CP., Stewart AL., Kushi LH. (2013). Patient-Physician Interaction and Quality of Life in Recently Diagnosed Breast Cancer Patients. *Breast Cancer Research Treatment, 139* (2): 581-595.

Kyle, S. ve Shaw, D. (2014). Doctor-Patient Communication, Patient Knowledge and Health Literacy. How Difficult Can It All Be? *Ann R Coll Surg Engl (Suppl) 96*: e9-e13.

Leung AYM., Cheung MKT., Lou VWQ., Chan FHW., Ho CKY., Do TL., Chan SSC., Chi I. (2013). Development and Validation of the Chinese Health Literacy Scale for Chronic Care. *Journal of Health Communication, 18*: 205-222.

Levin-Zamir D., Baron-Epel OB., Cohen V., Elhayany A. (2016) The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *Journal of Health Communication, 21: Sup 2*, pp.61-68.

Liang CY., Wang KY., Hwang SJ., Lin KC., Pan HH. (2013). Factors Affecting the Physician-Patient Relationship of Older Veterans with Inadequate Health Literacy: An Observational Study. *British Journal of General Practice, e354-360*.

Li X., Wong W., Lamoureux EL., Wong TY. (2012). Are Linear Regression Techniques Appropriate for Analysis When the Dependent (Outcome) Variable Is Not Normally Distributed? *Investigative Ophthalmology & Visual Science, Vol 53* (6): 3082-3083.

Lin X., Wang M., Zuo Y., Li M., Lin X., Zhu S., Zheng Y., Yu M., Lamoureux EL. (2014). Health Literacy, Computer Skills and Quality of Patient-Physician Communication in Chinese Patients with Cataract. *PLoS ONE 9*(9): e107615.

Liu Y., Wang Y., Liang F., Chen Y., Liu L., Li Y., Yao H., Chu Q. (2015). The Health Literacy Status and Influencing Factors of Older Population in Xinjiang. *Iran J Public Health, Vol 44, No 7*, p.913-919.

Lumley T., Diehr P., Emerson S., Chen L. (2002). The Importance of the Normality Assumption in Large Public Health Data Sets. *Annual Review of Public Health*, 23:151-169.

Lupton, D. (1994). Toward the Development of Critical Health Communication Praxis. *Health Communication*, 6 (1): 55-67.

Mackenbach JP., Stirbu I., Roskam AJR., Schaap MM., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst AE. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*, 358: 2468-2481.

Mahadevan, R. (2013). Health Literacy Fact Sheets. Center for Health Care Strategies, USA, October 2013. Erişim Tarihi: 25/01/2016.

<http://www.chcs.org/resource/health-literacy-fact-sheets/>

Mancuso, JM. (2009). Assessment and Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of the Literature. *Nursing and Health Sciences*, 11: 77-89.

Mancuso, JM. (2008). Health Literacy: A Concept/Dimensional Analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10: 248-255.

McCormack L., Bann C., Squiers L., Berkman ND., Squire C., Schillinger D., Frempong J., Hibbard J (2010). Measuring Health Literacy: A Pilot Study of a New Skills-Based Instrument. *Journal of Health Communication*, Vol 15, (Suppl 2): 51-71.

McCormack L., Haun J., Sorensen K., Valerio M. (2013). Recommendations for Advancing Health Literacy Measurement. *Journal of Health Communication*, 18: 9-14.

Morris NS., MacLean CD., Chew LD., Littenberg B. (2006) The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a Brief Instrument to Identify Limited Reading Ability. *BMC Family Practice*, 7:21.

Mendi, B. (2015). Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Kullanımı: Dünyadaki ve Türkiye'deki Uygulamalar. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, Cilt 11, Sayı 44, ss. 275-290.

Meydan, CH. ve Şeşen, H. (2011). Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları. 1. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık.

Miller, TA. (2016). Health Literacy and Adherence to Medical Treatment in Chronic and Acute İllness: A Meta Analysis. *Patient Education and Counseling*, Vol 99, p.1079-1086.

Mohammadi Z., Banihashemi AT., Asgharifard H., Bahramian M., Baradaran HR., Khamseh ME. (2015). Health Literacy and its Influencing Factors in Iranian Diabetic Patients. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, Vol 29 (230), p. 1-6.



Moskowitz D., Lyles CR., Karter AJ., Adler N., Moffet HH., Schillinger D. (2013). Patient Reported Interpersonal Processes of Care and Perceived Social Position: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Patient Education and Counseling*, 90 (3): 392-398.

Naing L., Winn T., Rusli BN. (2006). Practical Issues in Calculating the Sample Size for Prevalence Studies. *Archives of Orofacial Sciences*, 1: 9-14.

Nakagami K., Yamauchi T., Nogouchi H., Maeda T., Nakagami T. (2014). Development and Validation of a New Instrument for Testing Functional Health Literacy in Japanese Adults. *Nurs Health Sci*, 16 (2): 201-208.

Nakayama K., Osaka W., Togari T., Ishikawa H., Yonekura Y., Sekido A., Matsumoto, M. (2015). Comprehensive Health Literacy in Japan is Lower than in Europe: A Validated Japanese-Language Assessment of Health Literacy. *BMC Public Health*, 15:505, p. 1-12.

Norman, CD. ve Skinner, HA. (2006). Ehealth: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*, 8 (4): e27.

Na'poles MA., Gregorich ES., Santoyo-Olsson J., O'Brien H., Stewart LA. (2009). Interpersonal Processes of Care and Patient Satisfaction: Do Associations Differ by Race, Ethnicity, and Language? *Health Services Research*, 44:4, p. 1326-1344.

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), p. 259-267.

Nutbeam, D. (2008). "The Evolving Concept of Health Literacy" *Social Science & Medicine Volume 67, Issue 12: 2072-2078*.

Oğuz, T. (2012). Bireylerarası İletişim. N Orhon ve U Eriş (Ed). İletişim Bilgisi. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2712, Eskişehir.

Okay, A. (2009). Sağlık İletişiminde İnternet. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*, Sayı 10, ss: 66-71.

Okay, A. (2014). Sağlık İletişimi. 2. Basım, İstanbul: Derin Yayınları.

O'Neill B., Gonçalves D., Ricci-Cabello I., Ziebland S., Valderas J. (2014). An Overview of Self-Administered Health Literacy Instruments. *PLoS ONE* 9(12):e109110.

Osborne RH., Batterham RW., Elsworth GR., Hawkins M., Buchbinder R. (2013). The Grounded Psychometric Development and Initial Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13: 658.

Önal, HI. (2014). Vital Decisions: A Critical Look at Health Literacy in Turkey. IFLA World Library and Information Congress. Lyon, France.

- Örnek, M. (2014). Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış, Yıl 7, Sayı:19*, ss. 26-31.
- Özçakır, A. (2004). Hekim-Hasta İlişkisi: Karar Verme Sürecinde Hastanın Yeri. *T Klin J Med Sci, 24*: 411-415.
- Özdamar, K. (2013). Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. Dokuzuncu Baskı, Ankara: Sözkese Matbaacılık.
- Özdemir H., Alper Z., Uncu Y., Bilgel N. (2010). Health Literacy Among Adults: A Study from Turkey. *Health Education Research, 25 (3)*: 464-477.
- Özdenk GD., Özdenk S., Üner S., Özcebe LH. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı ve Etkileyen Faktörler. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s. 816-817, Konya.
- Özer, O. (2007). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması İle Hasta-Hekim İletişiminin İncelenmesi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Özkan, S. (2014). Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış, Yıl 7, Sayı 19*, s.36-39.
- Özkan S., Tezel A., Aydemir Ö., Dereci ON, Avcı E, Aycan S. (2014). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Bölgesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuranların Kırım Kongo Kanamalı Ateşi İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s. 1236-1237, Edirne.
- Özkan, Z. (2008). Doktor-Hasta İletişiminde Beden Dilinin Gücü. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni, Cilt 39, Sayı 2*, s. 87-91.
- Öztürk, ŞL. (2008). Sağlık Sektöründe İnsan Odaklı İlişkilerin Değişimi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Sayı 8*, ss:42-47.
- Pan FC., Su CL., Chen CH. (2010). Development of a Health Literacy Scale for Chinese-Speaking Adults in Taiwan. *International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering Vol 4, No 1*: 29-35.
- Parker RM., Baker DW., Williams MV., Nurss JR. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *J Gen Intern Med, 10 (10)*: 537-541.
- Parker, R. (2000). Health Literacy: A Challenge for American Patients and Their Healthcare Providers. *Health Promot. Int. Vol 15 (4)*: 277-283.
- Parker RM., Ratzan SC., Lurie N. (2003). Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. *Health Affairs, 22, (4)*: 147-153.

Parker, R., Kreps KL. (2005). "Library Outreach: Overcoming Health Literacy Challenges" *J Med Libr Assoc* 93(4): 81-85.

Paasche-Orlow MK, Wolf MS. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31 (Suppl 1): 19-26.

Paasche-Orlow MK., Wilson EAH., McCormack L. (2010). The Evolving Field of Health Literacy Research. *Journal of Health Communication*, 15, (Suppl 2): 5-8.

Peerson, A. ve Saunders, M. (2009). Health Literacy Revisited: What Do We Mean and Why Does It Matter? *Health Promotion International*, Vol 24, No 3: 285-296.

Peiravian F., Rasekh HR., Hashemi HJ., Mohammadi N., Jafari N., Fardi K. (2014). Drug Literacy in Iran: The Experience of Using "The Single Item Health Literacy Screening (SILS) Tool". *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, 13 (supplement): 217-224.

Pelikan JM., Röthlin F., Ganahl K. (2014). Measuring Comprehensive Health Literacy in General Populations: Validation of Instrument, Indices and Scales of the HLS-EU study. 6th Annual Health Literacy Research Conference, Bethesda, Maryland, Hyatt Regency.

Pfizer, (2016). Gençlere Sağlık-Sağlık Okuryazarlığı Projesi.Erişim Tarihi: 03/05/2016. [http://www.pfizer.com.tr/sites/tr/pfizer\\_ve\\_toplum/turkiyede\\_toplumsal\\_projeler/Pages/Saglik.aspx](http://www.pfizer.com.tr/sites/tr/pfizer_ve_toplum/turkiyede_toplumsal_projeler/Pages/Saglik.aspx)

Pleasant, A. (2008). Measuring Health Literacy: A Challenge to Curriculum Design and Evaluation. Research Briefs on Adult Literacy, No 1. The Centre for Literacy of Quebec, Canada.

Pleasant, A. (2013). Health Literacy Around the World: Part 2, Health Literacy Efforts Within the United States and a Global Overview (October 2013) Commissioned by Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy .

Pleasant, A. (2014). Advancing Health Literacy Measurement: A Pathway to Better Health and Health System Performance. *Journal of Health Communication*, 19: 1481-1496.

Ratzan, SC. (2001). Health Literacy: Communication for Public Good. *Health Promotion International*, Vol. 16 (2): 207-214.

Rawson KA., Gunstad J., Hughes J., Spitznagel MB., Potter V., Waechter D., Rosneck J. (2010). The METER: A Brief, Self-Administered Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 25 (1): 67-71.

Resmi Gazete, (2004). Aile Hekimliği Kanunu. No: 5258, 24/11/2004.

Resmi Gazete, (2013). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Sayı: 28539, 25/01/2013

Ridd M., Shaw A., Lewis G., Salisbury C. (2008). The Patient–Doctor Relationship: Synthesis of the Qualitative Literature on Patients’ Perspectives. *British Journal of General Practice*, 59: 268–275.

Rootman, I. ve Mitic, W. (2012). An Inter-sectoral Approach for Improving Health Literacy for Canadians: A Discussion Paper, Public Health Association of BC, Public Health Agency of Canada. Erişim Tarihi: 03/12/2015.  
[http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/intersectoral\\_e.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/intersectoral_e.pdf).

Roter, DL. ve Hall, JA. (2006). Doctors Talking with Patients / Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits. Second Edition, USA.

Rudd RE., Groene OR., Navarro-Rubio MD. (2013). On Health Literacy and Health Outcomes: Background, Impact, and Future Direction. *Rev Calid Asist* 28 (3): 188-192.

Safeer, RS. ve Keenan, J. (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*, Volume 72, Number 3: 463-468.

Sağlık Bakanlığı, (2009). Sağlık Okuryazarlığını Özendirme Projesi. Temel Sağlık Bülteni, Yıl: 3, Sayı:27.

Sağlık Bakanlığı, (2011a). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Bakanlık Yayın No: 814, Ankara: Anıl Matbaacılık.

Sağlık Bakanlığı, (2011b). Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlık Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi. Ankara: Deniz Matbaacılık.

Sağlık Bakanlığı, (2012). Stratejik Plan 2013-2017.

Sağlık Bakanlığı (2012). Sağlık Ritmi. Sağlık Geliştirilmesi ve İletişim Sempozyumu Kitabı, Sağlık Bakanlığı Yayın No:883, Ankara: Erek Ofset Matbaacılık.

SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi), (2016). SABİM Temel Amaç ve Hedefi. Erişim Tarihi: 10/10/2016.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3842/temel-amac-ve-hedefimiz.html>

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, (2016a) Sağlık İletişimi Daire Başkanlığı, Erişim Tarihi: 10/10/2016.

<http://www.saglik.gov.tr/SGGM/belge/1-45187/saglik-iletisimi-daire-baskanligi.html>

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, (2016b). Kamu Spotları ve Kampanyalar. Erişim Tarihi: 10/10/2016.

<http://sggm.gov.tr/ana-sayfa/1-15577/20161010.html>

Sağlık İletişimi Derneği, (2016). Sağlık İletişimi Derneği kuruldu. Erişim Tarihi: 10/10/2016. <http://saglikiletisimi.org/41/>

Sağlık Bakanlığı (2016a). Sağlıkın Teşviki Daire Başkanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Görev Ve Sorumlulukları. Erişim Tarihi: 05/05/2016.  
<http://saglik.gov.tr/SGGM/belge/1-45188/sagligin-tesviki-daire-baskanligi.html>

Sağlık Bakanlığı, (2016b). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. P Okyay, F Abacıgil (Ed). 1. Baskı, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025, Ankara: Anıl Reklam Matbaacılık.

Sayah, FA. ve Williams, B. (2012). An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. *Canadian Journal of Diabetes* (36): 27-31.

Schaeffer D., Berens EM., Vogt D. (2017). Health Literacy in the German Population. *Dtsch Arztebl Int*, 114(4): 53-60.

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online*, Vol 8, No 2, pp. 23-74.

Schiavo, R. (2007). Health Communication From Theory to Practice. First Edition USA, Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Schillinger D., Bindman A., Wang F., Stewart A., Piette J. (2004). Functional Health Literacy and the Quality of Physician–Patient Communication among Diabetes Patients. *Patient Education and Counseling*, Volume 52, Issue 3, p.315-323.

Serour M., Othman HA., Khalifah GA. (2009). Difficult Patients or Difficult Doctors: An Analysis of Problematic Consultations. *European Journal of General Medicine*, 6 (2): 87-93.

Sezgin, D. (2010). Sağlık İletişimi Paradigmaları ve Türkiye: Medyada Sağlık Haberlerinin Analizi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.

Sezgin, D. (2015). Sağlık İletişiminde Paradigma İhtiyacı: Disiplinlerarası İşbirliğine Çağrı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 68 (3): 95-101.

Sezgin, D. (2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. Özel Sayı 3 (Sağlık İletişimi)*, ss: 73-91.

Sezer, A. ve Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17:3, ss:165-170.

Sim D., Yuan SE., Yun JH. (2016). Health Literacy and Physician-Patient Communication: A Review of the Literature. *The International Journal of Communication and Health*, No 10, p.101-114.

Solmaz, B. (2006). Söylenti ve Dedikodu Yönetimi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16: 563-575.

Sørensen K., Broucke SV., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*, (12): 80.

Sørensen K, Broucke SV., Pelikan JM., 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): 948.

Sørensen K., Pelikan JM., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., Fullam J., Kondilis B., Agrafiotis D., Uiters E., Falcon M., Mensing M., Tchamov K., Broucke S., Brand H, on behalf of the HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, Vol 25, No 6, p.1053–1058.

Stewart AL., Na'poles-Springer A., Gregorich SE., Santoyo-Olsson J. (2007). Interpersonal Processes of Care Survey: Patient-Reported Measures for Diverse Groups. *Health Services Research*; 42 (3, Part I): 1235-1256.

Sudore RL., Landefeld CS., Pérez-Stable EJ., Bibbins-Domingo K., Williams BA., Schillinger D. (2009). Unraveling the Relationship Between Literacy, Language Proficiency, and Patient–Physician Communication. *Patient Educ Couns*, 75 (3): 398-402.

Sun, N. ve Rau, PLP. (2017) Barriers to Improve Physician–Patient Communication in a Primary Care Setting: Perspectives of Chinese Physicians. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 5, 1: 166-176.

Sun, X., Shi, Y., Zeng, Q., Wang, Y., Du, W., Wei, N., Xie, R., Chang, C. (2013). Determinants of Health Literacy and Health Behavior Regarding Infectious Respiratory Diseases: A Pathway Model. *BMC Public Health*, (13): 261.

Sungur, O. (2014). Korelasyon Analizi. Ş Kalaycı. (Ed). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri 6. Baskı, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Sur, H. (2014a). Gene Bir Moda: Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*, Sayı:31: 66-67.

Sur, H. (2014b). Kalite mi İstiyorsunuz? Alın Size Kullanıcı Odaklılık ve Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış*, Sayı:19, ss.16-19.

Szasz, T. ve Hollender, M. (1956). A Contribution to The Philosophy of Medicine: The Basic Model of The Doctor-Patient Relationship. *Arch Int Med*; 97(5): 585-592.

Şahin, A. (2007). Türk Kamu Yönetiminde Yönetmelik İletişim ve Bu Konuda Düzenlenen Bir Anket Çalışmasının Sonuçları. *Maliye Dergisi*, Sayı:152, s:81-102.

Şahin, B. (2014). Metodoloji. A Tanrıoğen (Ed). Bilimsel Araştırma Yöntemleri, 4. Baskı, s. 111-130, Ankara: Anı Yayıncılık.

Şahin, G. ve İğde, FA. (2014). Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 5 (3): 38-43.

Şahin SZ, Çekiç A, Gözcü AC. (2014). Ankara’da Bir Yerel Yönetim Monografisi Yöntemi Denemesi: Çankaya Belediyesi Örneği. *Ankara Araştırmaları Dergisi*, 2 (2), s.159-183.

Şengül, H. (2016). Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yönetimi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 79, Sayı 1*, s.38-42.

Şimşek, Z (2012). Sağlığı Geliştirmek İçin Kullanılan Stratejiler. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, ss:109-125, Bursa.

Taşkaya, S. (2014). Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri ile Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.

Tezcan, M. (2015). İletişim, İnovasyon ve Dijital Ekonomi. A.Z. Özgür ve A. İşman. (Ed). İletişim Çalışmaları 2015. Sakarya Üniversitesi Yayın No: 134, s:307-320, Sakarya: Burak Ofset.

Thomas, R.K. (2006). Health Communication. Springer Science+Business Media Inc, USA.

Tuna, Y. (2012). İletişim Kavramı ve İletişim Süreci. İ Vural (Ed). İletişim, 1. Baskı, s: 1-24, Ankara: Pegem Yayıncılık.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2014). Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023. “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım” Kanıta Dayalı Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 970, 1. Baskı, Ankara: Anıl Matbaacılık.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2017). Türkiye’de Aile Hekimliği. Erişim Tarihi: 07/08/2017.

<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2016). Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı. “Tedavi ve Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım” Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi. 1. Baskı, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1004, Ankara: Anıl Matbaacılık.

Türkmen, HÖ. (2009). Hekim-Hasta İlişkinde Haklar ve Sorumluluklar. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, Cilt 5, Sayı 1: 1-13.

Tontuş, HÖ. (2014). Sınırlı Sağlık Okuryazarlığının Sağlığa ve Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etkileri. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış, Sayı:19*, ss.32-35.

Uludağ, A. (2011). Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Doktora Tezi, Konya.

Uludağ, A. (2016). Adana İl Merkezlerinde Aile Hekimleri ve Hastaların Hasta Merkezli Bakım Algıları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi.

Uluyağcı, C. ve Karadaş, N. (2013). Sözsüz İletişim. C Uluyağcı (Ed). Sözlü ve Sözsüz İletişim. 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 2882, Eskişehir.

United Nations Economic and Social Council, (2009). High-Level Segment of ECOSOC Statements, Geneva. Erişim Tarihi: 08/04/2016.

<http://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/statement09.shtml>

UNESCO, (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), (2016). Literacy for All. Erişim Tarihi: 07/01/2016.

<http://en.unesco.org/themes/literacy-all>

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC.

U.S. Department of Health and Human Services (2016). Quick Guide to Health Literacy. Fact Sheet: Health Literacy and Health Outcomes. Erişim Tarihi: 01/04/2016.

<http://health.gov/communication/literacy/quickguide/factsliteracy.htm>

Üçpunar, E. ve Piyal, B. (2013). Kardiyoloji Polikliniğine Başvuranların Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s. 410, Antalya.

Volandes, AE. ve Paasche-Orlow, MK. (2007). Health Literacy, Health Inequality and a Just Healthcare System. *American Journal of Bioethics*, 7(11): 5-10.

Von Wagner C., Steptoe A., Wolf MS., Wardle J. (2009). Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework From Health Psychology. *Health Education & Behavior*, Vol. 36 (5): 860-877.

Vučemilo L., Ćurković M., Milošević M., Mustajbegović J., Borovečki A. (2013). Are Physician-Patient Communication Practices Slowly Changing in Croatia? A Cross-Sectional Questionnaire Study. *Croat Med J*, Vol 54, p.185-191.

Weiss, BD. (2007). Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand. Manual for Clinicians. 2nd ed. Chicago, American Medical Association Foundation and American Medical Association.



Weiss BD., Mays MZ., Martz W., Castro KM., DeWalt DA., Pignone MP., Mockbee J., Hale FA. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6): 514-522.

White RO., Osborn CY., Gebretsadik T., Kripalani S., Rothman RL. (2013). Health Literacy, Physician Trust and Diabetes-Related Self-Care Activities in Hispanics with Limited Resources. *J Health Care Poor Underserved*, 24 (4): 1756-1768.

White, S. ve Dillow, S. (2005). Key Concepts and Features of the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-471). U.S.Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.

WHO (World Health Organization), (2015). 7 Cs of Public Health Communications. Effective Communications Participant Handbook, Switzerland.

WHO (World Health Organization), (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva.

WHO (World Health Organization), (2016). Health Education.  
Erişim Tarihi: 01/02/2016. [http://www.who.int/topics/health\\_education/en/](http://www.who.int/topics/health_education/en/)

WHO (World Health Organization), (2013). Health in All Policies. 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013.  
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>

WHO (World Health Organization), (2013). Health Literacy. The Solid Facts. In: Kickbusch I, Pelikan LM, Apfel F, Tsouros AD. (Editors). World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark.

WHO (World Health Organization), (2016b). Government of China to hold 9th Global conference on health promotion in Shanghai in November. Erişim Tarihi: 27/10/2016.  
<http://www.wpro.who.int/china/mediacentre/releases/2016/20161107-9GHPC-MR/en/>

WHO (World Health Organization), (2002). Reducing Risks, Promoting Healthy Life. World Health Report. Switzerland.

WHO (World Health Organization), (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand.

Wu AD., Begoray DL., Macdonald M., J Wharf Higgins., J Frankish., B Kwan., W Fung., Rootman, I. (2010). Developing and Evaluating a Relevant and Feasible Instrument for Measuring Health Literacy of Canadian High School Students. *Health Promot Int*, 25: 444-452.

Yağbasan, M. ve Çakar, F. (2006.) Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:15, s:609-629.

Yardım MS. ve Özcebe, H. (2010). Ankara İli Çankaya İlçesinde 25 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Düzeyinde Sosyoekonomik Farklılıklar. *Ege Tıp Dergisi*, 49 (1): 19-30.

Yeşilay, (2016). Sağlık Her İşin Başı. Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Alan Kitaplığı Dizisi:7, 6. Baskı, İstanbul: Kültür Sanat Basımevi.

Yıldırım, HH. (2015). Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne Yapmalı? *ABSAM Analiz*, Sayı 2, ss:1-11.

Yılmaz, A. (2016). Hasta Hekim İletişimindeki Problemler ve Bu Problemlere Yönelik Çözüm Önerileri; Nitel Araştırma. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Erzurum.

Yılmaz, B. (2003). Toplumsal İletişim ve Kütüphane. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, Cilt 20, Sayı 2, ss.11-29.

Yılmaz, E. (2013). Türkiye’de Hastaların İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor-Hasta İletişimine Etkileri. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, Özel Sayı 3 (Sağlık İletişimi), ss: 93-108 .

Yılmaz, E. (2015). Hastaların Güçlendirilmesi ve Sağlık Okuryazarlığı. F Yıldırım ve A Keser. (Ed). *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Yayın No:3 ss: 29-37.

Yılmaz F., Çolak MY., Ersoy K. (2009). Sağlık Okuryazarlığının ve Hasta Hekim İletişimi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, Yıl 19, Sayı 1, ss.22-30.

Yörük, S. ve Kocabaş, İ. (2000). Eğitimde Demokratik Liderlik ve İletişim. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (1):1-13.

Yukarıkır N, Özvarış ŞB, Doğan BG, Yardım M, İncesoy Eİ, Turan E, Aydın E. vd. (2015). Bir Üniversite Hastanesi Polikliniklerine Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi. N Etiler (Ed). 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, ss:814-815, Konya.

Yüksek Öğretim Kurulu, (2018a). Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Lisansüstü Araştırmalar. Erişim Tarihi: 10/03/2018. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>




Yüksek Öğretim Kurulu, (2018b). Sağlık İletişimine Yönelik Lisansüstü Araştırmalar Erişim Tarihi: 12/03/2018. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>

Yüksel, E. (2015). Sağlık İletişiminin Anatomisi. A.Z. Özgür ve A. İşman. (Ed). İletişim Çalışmaları 2015, Sakarya Üniversitesi Yayın No: 134, ss: 249-261, Sakarya: Burak Ofset.



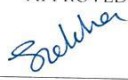
Zarcadoolas C., Pleasant AF., Greer D.S. (2006). Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Zenger M., Schaefer R., Feltz-Cornelis C, Braehler E., Hauser W. (2014). Validation of the Patient-Doctor-Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in a Representative Cross-Sectional German Population Survey. *PLoS ONE Volume 9 Issue 3*, e91964.

## Ek 1: Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu

 <p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</b></p>
<p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</b></p> <p>12/06/2018</p> <p>Tez Başlığı : Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Örneği.</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 208 sayfalık kısmına ilişkin, 12/06/2018 tarihinde <del>çalışmam</del> tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 23'tür.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç</li> <li>2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç</li> <li>3- <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç</li> <li>4- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil</li> <li>5- <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç</li> </ol> <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik 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.</p> <p style="text-align: right;">12/06/2018 </p> <p>Adı Soyadı: Kenan GÖZLÜ</p> <p>Öğrenci No: N12147053</p> <p>Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi</p> <p>Programı: Sağlık Yönetimi</p> <p>Statüsü: <input checked="" type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Bütünleşik Dr.</p>
<p><b>DANIŞMAN ONAYI</b></p> <p>UYGUNDUR.</p> <p></p> <p>Prof. Dr. Sıdıka KAYA</p>

## Ek 2: Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu (İngilizce)

 <p><b>HACETTEPE UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES Ph.D. DISSERTATION ORIGINALITY REPORT</b></p>
<p><b>HACETTEPE UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES TO THE DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT</b></p>
<p>12/06/2018</p>
<p>Thesis Title : An Examination of the Relationship Between Health Literacy and Quality of Physician-Patient Communication: A Research in Family Health Centers.</p>
<p>According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 12/06/2018 for the total of 208 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 23 %.</p>
<p>Filtering options applied:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input checked="" type="checkbox"/> Approval and Declaration sections excluded</li> <li>2. <input checked="" type="checkbox"/> Bibliography/Works Cited excluded</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Quotes excluded</li> <li>4. <input checked="" type="checkbox"/> Quotes included</li> <li>5. <input checked="" type="checkbox"/> Match size up to 5 words excluded</li> </ol>
<p>I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.</p> <p>I respectfully submit this for approval.</p>
<p>12/06/2018</p> 
<p>Name Surname: Kenan GÖZLÜ</p> <p>Student No: N12147053</p> <p>Department: Health Management</p> <p>Program: Health Management</p> <p>Status: <input checked="" type="checkbox"/> Ph.D. <input type="checkbox"/> Combined MA/ Ph.D.</p>
<p><b>ADVISOR APPROVAL</b></p> <p style="text-align: center;">APPROVED.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Prof. Dr. Sıdıka KAYA</p>

**Ek 3: Etik Komisyon İzni**

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Genel Sekreterlik

Sayı : 76000869/ 433- 1706

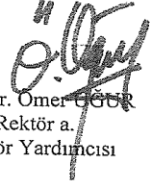
01 Haziran 2015

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

İlgi: 08.05.2015 tarih ve 2077 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi **Kenan GÖZLÜ**'nün öğretim üyesi **Prof. Dr. Sıdıka KAYA**'nın danışmanlığında yürüttüğü "Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişimin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu çalışma, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **27 Mayıs 2015** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. Ömer GÜLER  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

**Ek 4: Araştırma İzni**

T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

ANKARA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ -  
ANKARA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ EĞİTİM  
BİRİMİ  
19.08.2015 11:34 - 62693856 / 770 - 1240  
00012802480

Sayı : 62693856/770  
Konu : Araştırma İzni(Prof.Dr.Sıdika  
KAYA)

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sosyal Bilimler Enstitüsü)  
(Sağlık Kurumları Yönetimi)

İlgi: 28/07/2015 tarihli 2015.1714630.2.19123 sayılı yazı

Kenan GÖZLÜ'nün ilgi sayılı yazısına istinaden , Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof.Dr. Sıdika KAYA sorumluluğunda yapılması planlanan, "Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu araştırma için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun cevabı ektedir.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Dr. A. Çiğdem ŞİMSEK  
Müdür a  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

**EKLER:**

1- Araştırma İzin Talebi (Prof.Dr. Sıdika KAYA)

Ünvanlı İhtisastanlık  
Aşıl Ho Ayarılır  
19.08.2015  
İzmit AKBA  
M. A. K.

ANKARA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ  
EĞİTİM BİRİMİ

2015/24



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 62693856/770  
Konu : Araştırma İzni (Prof.Dr. Sıdika  
KAYA)

ÇANKAYA TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE

İlgi: 28/07/2015 tarihli 2015.1714630.2.19123 sayılı yazı

Kenan GÖZLÜ'nün ilgi sayılı yazısına istinaden , Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof.Dr. Sıdika KAYA Sorumlu Araştırmacı, Kenan GÖZLÜ'nün Yardımcı Araştırmacı olduğu "Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu araştırma için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun cevabı ektedir.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Dr. A. Çiğdem ŞİMSEK  
Müdür a.  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

**EKLER:**

1- Araştırma İzin Talebi (Prof.Dr. Sıdika KAYA)





T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - TİSK AİLE  
HEKİMLİĞİ EĞİTİM VE GELİŞTİRME DAİRE  
BAŞKANLIĞI  
19/08/2015 15:18 - 67350377 - E.450



Sayı : 67350377  
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof.Dr.  
Sıdika KAYA)

ANKARA VALİLİĞİNE  
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

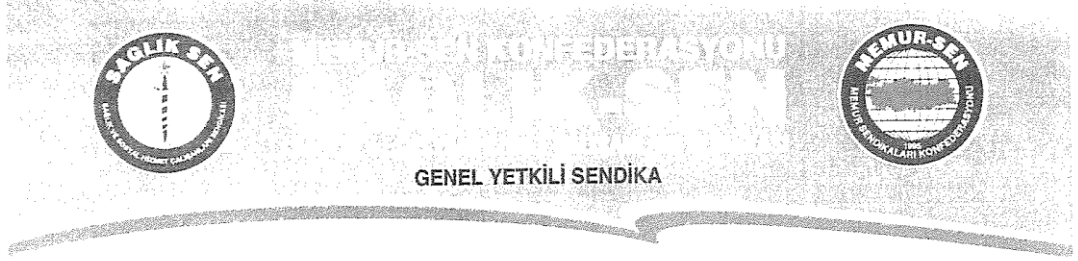
Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof.Dr. Sıdika KAYA sorumluluğunda yapılması planlanan, "Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu araştırma için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşamaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca gönüllü katılım formunda yer alan katılımcının ad-soyad, imzasının formdan çıkarılması ve bakımın kişilerarası süreci anketindeki 24. ve 25.soruların çıkarılarak anketin yapılması koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Alev YÜCEL  
Bakan a.  
Kurum Başkan Yardımcısı

## Ek 5: Anket Kullanım İzni



Sayı : MSK.03.SS.30/2015/ 474  
Konu : İzin


04.05.2015

Sayın Kenan GÖZLÜ

Genel Merkezimize göndermiş olduğunuz 29.04.2015 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 Anketi'ni, üzerinde herhangi bir değişiklik yapmadan, kaynak göstererek kullanabilirsiniz.

Bilgilerinize rica ederiz.

  
Mustafa ÖRNEK  
Genel Başkan Yardımcısı

  
Semih DİRİM  
Genel Başkan Vekili

04/05/2015 S.ÖZTÜRK F.C.A.  
.../05/2015 F.SEYRAN J.W.

## Ek 6: Anket Formları

Sayın Katılımcı,

Bu anket, ‘‘Sağlık Okuryazarlığı ve Hekim-Hasta İletişiminin Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’’ isimli doktora tez çalışmamda kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Bu çalışmanın amacı sağlık okuryazarlığı ile hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir. İlk bölümde cinsiyetiniz, yaşınız gibi sosyo-demografik özellikleriniz, ikinci bölümde sağlık okuryazarlığına yönelik ifadeler yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise son 12 ay içerisinde Aile Sağlığı Merkezindeki doktorunuzla (aile hekiminizle) iletişiminize yönelik sorular bulunmaktadır. Ankete verilecek cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak, kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacaktır. Ankete gösterdiğiniz ilgi ve yardımlarınız için çok teşekkür ederim.

Saygılarımla  
Kenan GÖZLÜ  
H.Ü. Doktora Öğrencisi

### SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

**1. Cinsiyetiniz**  Kadın  Erkek

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

**3. Eğitim durumunuz**

Okur-yazar değil  Okur-yazar  İlkokul  İlköğretim/Ortaokul  
 Lise  Ön lisans  Lisans  Yüksek lisans/Doktora

**4. Medeni durumunuz**  Evli  Bekar  Ayrılmış/Dul

**5. Çalışma Durumunuz**

Ev Hanımı  İşçi  Emekli  Öğrenci  Memur  
 Esnaf  Serbest Çalışan  Diğer

**6. Ailenizin aylık gelir gider oranını nasıl değerlendirirsiniz?**

Gelir giderden az  Gelir gidere denk  Gelir giderden fazla

**7. Genel olarak sağlığınız nasıldır?**

Çok iyi  İyi  Orta  Kötü  Çok kötü

**8. Uzun süreli (kronik) bir sağlık sorunuz veya hastalığınız var mı?**

Hayır  Evet, bir tane  Evet, birden fazla

**9. Son bir yılda aile hekiminize kaç defa başvurduunuz?**

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

**10. Son bir yılda aile hekiminiz tarafından ziyaret edildiniz mi?**

Hiç ziyaret edilmedim  1-2 defa  3-5 defa  6 defadan fazla

**11. Genel olarak sağlık bilgisine ilk olarak nereden ulaşırsınız?**

Hekim  Hemşire  Eczacı  Diğer sağlık çalışanları  Aile veya arkadaş  
 İnternet  Televizyon  Radyo  Gazete, Dergi  Diğer

## SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ANKETİ

Sağlık okuryazarlığı sağlık ile ilgili bilgileri okuma, anlama ve bu bilgileri kullanmaya yönelik becerileri ifade etmektedir.					
Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte aşağıdaki ifadelerin sizin için <b>ne kadar kolay ya da zor</b> olduğunu söylemenizi isteyeceğim.					
İfadeler	Çok Zor	Zor	Kolay	Çok Kolay	Bilmiyor
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 alacağınızı bilgisine ulaşmak ( <i>Yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi</i> )	1	2	3	4	5
5.Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	1	2	3	4	5
6.İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri (tanıtımları) 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 ( <i>Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları</i> )	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 ( <i>Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon</i> )	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	1	2	3	4	5

İfadeler	Çok Zor	Zor	Kolay	Çok Kolay	Bilmiyor
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 için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
26.Hangi aşılara ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
27.Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, tansiyon)	1	2	3	4	5
28.Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet gibi)	1	2	3	4	5
29.Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	1	2	3	4	5
30.Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığımız 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	1	2	3	4	5
35.Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak	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 davranışımızın sağlığımızla 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.İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	1	2	3	4	5
46.Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarımızı değiştirmek	1	2	3	4	5
47.Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	1	2	3	4	5

### BAKIMLA İLGİLİ KİŞİLERARASI SÜREÇLER ANKETİ

Sorular	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her Zaman
1.Doktorlar ne sıklıkla çok hızlı konuştular?	1	2	3	4	5
2.Doktorlar ne sıklıkla anlaşılması zor kelimeler kullandılar?	1	2	3	4	5
3.Doktorlar ne sıklıkla sizin onlara söylediklerinizi duymazdan geldiler?	1	2	3	4	5
4.Doktorlar ne sıklıkla siz yanlarındayken dikkatleri dağılmış gibi göründüler?	1	2	3	4	5
5.Birkaç soru sorduğunuzda doktorlar ne sıklıkla rahatsız olmuş gibi göründüler?	1	2	3	4	5
6.Doktorlar ne sıklıkla endişelerinizin ne olduğunu gerçekten anladılar?	1	2	3	4	5
7.Doktorlar ne sıklıkla önemli olduğunu düşündüğünüz bir şeyi söylemenize izin verdiler?	1	2	3	4	5
8.Doktorlar ne sıklıkla sağlığınızla ilgili endişelerinizi çok ciddiye aldılar?	1	2	3	4	5
9.Doktorlar ne sıklıkla kan tahlilleri, röntgenler veya kanser taraması gibi test sonuçlarınızı size açıkladılar?	1	2	3	4	5
10.Doktorlar ne sıklıkla size fiziki muayenenizin sonuçlarını net bir şekilde açıkladılar?	1	2	3	4	5
11.Doktorlar ne sıklıkla size yazdıkları bir ilacı almazsanız ne olabileceğini söylediler?	1	2	3	4	5
12.Doktorlar ne sıklıkla size bir ilacın gösterebileceği yan etkileri söylediler?	1	2	3	4	5
13.Doktorlar ne sıklıkla tavsiyelerine uymanızın sizin için sorun olup olmayacağını sordular?	1	2	3	4	5
14.Doktorlar ne sıklıkla size tavsiye edilen tedaviyi uygulayabilecek gibi hissedip hissetmediğinizi sordular?	1	2	3	4	5
15.Doktorlarınız ve siz ne sıklıkla birlikte bir tedavi planı yaptınız?	1	2	3	4	5
16.Farklı tedavi seçenekleri olduğu durumlarda, doktorlar size ne sıklıkla uygulanacak tedaviye karar verilirken yardımcı olmak isteyip istemediğinizi sordular?	1	2	3	4	5
17.Doktorlar ne sıklıkla şefkatliydi?	1	2	3	4	5
18.Doktorlar ne sıklıkla size destek ve cesaret verdiler?	1	2	3	4	5
19.Doktorlar ne sıklıkla sizin duygularınızı önemsediler?	1	2	3	4	5
20.Doktorlar ne sıklıkla size bir birey olarak gerçekten saygı duydular?	1	2	3	4	5
21.Doktorlar ne sıklıkla size eşit bir birey olarak davrandılar?	1	2	3	4	5
22.Doktorlar ne sıklıkla eğitim seviyeniz hakkında varsayımda bulundular?	1	2	3	4	5
23.Doktorlar ne sıklıkla geliriniz hakkında varsayımda bulundular?	1	2	3	4	5