

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**18-65 YAŞ ARASI KİŞİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİNİN VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ahmet Olcay İşler

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Gülseren Pamuk

İZMİR

HAZİRAN – 2019

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

18-65 YAŞ ARASI KİŞİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİNİN VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ahmet Olcay İşler

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Gülseren Pamuk

İZMİR

HAZİRAN – 2019

TEZ ONAY



T.C.
Sağlık Bakanlığı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği



TEZ SINAV TUTANAĞI I-UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN

Adı Soyadı : Ahmet Olcay İŞLER	Tarih : 20/06/2019
Anabilim / Bilim Dalı : Aile Hekimliği	
Tez Danışmanı : Dr. Öğrt. Üyesi Gülseren PAMUK	

II-TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Tezin Başlığı: "18-65 Yaş Arası kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Aktılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi"
Tezin Niteliği: <input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
1- Sayfa Sayısı : 130
2- Tablo Sayısı : 29
3- Şekil Sayısı : 24
4- İstatistik Sayısı : 2
5- Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu : 137
6- Yazı Tertibi : Uygun
7- Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet : Başarılı
8- İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu : Bilimsel
9- Orijinal Olup Olmadığı : Orijinal

III-KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak
 Kabulüne
 Reddine
 Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine
Oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV-AÇIKLAMALAR

Lütfen tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Jüri Başkanı	Jüri Üyesi	Jüri Üyesi
 Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL	 Dr. Öğrt. Üyesi Gülseren PAMUK	 Başasistan Özgür TUNCER
İ.K.Ç.Ü. Tıp Fak. Aile Hek. A.D. Öğrt. Üyesi, Program Yöneticisi	İzmir Katip Çelebi Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. Öğretim Üyesi	S.B.Ü. Bozyaka E.A.H. Aile Hek. Kliniği Uzmanı, Başasistan

ONAY
20/06/2019
Prof. Dr. Barış Önder PAMUK
Tıp Fakültesi Dekan V.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyiminden faydalanma şansı bulduğum, akademik gelişimim için her türlü kolaylığı sağlayan ve bana yol gösteren başta anabilim dalı başkanımız *Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL*'e,

Bilimsel bir çalışmanın içinde yer almamı sağlayan ve tezimin planlanması, araştırılması ve yürütülmesinde ilgiyle ve sabırla yol gösteren tez danışmanım *Dr. Öğr. Üyesi Gülseren PAMUK*'a,

Tezim için verilerimin toplanmasında anlayışı ve hoşgörüsü ile benden desteğini eksik etmeyen *Dr. Öğr. Üyesi Esra Meltem KOÇ*'a,

Asistanlığımın ilk gününden son gününe dek neşesi ve arkadaşlığı ile yanımda olan *Dr. Naime Sevgi KARADAĞ*'a ve fakültede başlayan dostluğumuzu aynı branş uzmanlığını paylaşarak taçlandırdığım *Dr. Burak ALTINDAĞ*'a,

Sevgilerini ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim sevgili annem ve kardeşime, özlemini her daim duyduğum canım babama,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana güvenen, her zaman güler yüzüyle ve sevgisiyle destek olan sevgili eşim *Duygu*'ya,

Teşekkürlerimi sunmaktan gurur ve mutluluk duyuyorum...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ ONAY	I
TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER	III
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	V
TABLolar DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	X
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	4
1. Sağlık Okuryazarlığı	4
2. Akılcı İlaç Kullanımı.....	23
GEREÇ VE YÖNTEM	37
1. Araştırma Tipi	37
2. Araştırma Evreni	37
3. Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi	37
4. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri	37
5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	38
6. Veri toplama.....	38
7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	39
8. İstatistiksel Analiz.....	39
9. Etik Onay	41
BULGULAR.....	42
1. Sosyodemografik Özellikler.....	42
2. Sağlık Durumuyla İlgili Bulgular	45
3. İlaç Kullanım Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular.....	48
4. İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi	56
5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Bulgular	66
6. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi	69
7. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İlaç Kullanım Alışkanlıklarını Yansıtan Değişkenlerle İlişkisi.....	76
TARTIŞMA	89
1. İlaç kullanım Alışkanlıkları.....	89
2. Sağlık Okuryazarlığı	93

3. Sağlık Okuryazarlığı ve İlaç Kullanım Alışkanlığı.....	96
SONUÇ VE ÖNERİLER	99
ÖZET	103
KAYNAKLAR	107
EKLER.....	118
Ek 1:	118
Ek 2:	121
Ek 3:	123
Ek 4:	125
Ek 5:	127
Ek 6:	128



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABLE: Adult Basic Learning Examination

AİK: Akılcı İlaç Kullanımı

AOİK: Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

eHEALS: eHealth Literacy Scale

FCCHL: Functional Communicative and Critical Health Literacy

HALS: Health Activities Literacy Scale)

HLS-EU: The European Health Literacy Survey

HLS-EU-Q: European Health Literacy Survey Questionnaire

HLSQMs: Health Literacy Screening Question Methodologies

IOM: Institute of Medicine

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

LAD: Literacy Assessment for Diabetes

METER: Medical Term Recognition Test

NAAL: National Assesment of Adult Literacy Survey

NLS: Nutritional Literacy Scale

NVS: Newest Vital Sign)

OTC: Over The Counter

PASS: Power Analysis and Sample Size

REALD: Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

REALMR: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised

SAHLSA: 50 Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults)

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SILS: Single Item Literacy Screen

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

S-TOFHLA: Short-Test Of Functional Health Literacy in Adults

TABE: Test of Adult Basic Education

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32

TTB: Türk Tabipler Birliği

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

WRAT: Wide Range Achievement Test

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık okuryazarlığının Sorensen ve ark. tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda belirlenen 12 alt boyutu.....	9
Tablo 2. TSOY-32'nin iki temel boyut ve dört süreci içeren 2x4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen maddeler.....	39
Tablo 3. Araştırma grubunun sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin dağılımı.....	44
Tablo 4. İlaç kullanırken dikkat edilen hususlar.....	53
Tablo 5. Araştırma grubunda doktora danışmadan ilaç kullanma durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması.....	56
Tablo 6. Araştırma grubunda doktora danışmadan ilaç kullanma durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....	57
Tablo 7. Araştırma grubunda doktora danışmadan ilaç kullanma durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	58
Tablo 8. Araştırma grubunda akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması.....	58
Tablo 9. Araştırma grubunda akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....	59
Tablo 10. Araştırma akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	60
Tablo 11. Araştırma grubunda doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması.....	60
Tablo 12. Araştırma grubunda doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....	61

Tablo 13. Araştırma grubunda doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	62
Tablo 14. Araştırma grubunda kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması.....	62
Tablo 15. Araştırma grubunda kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....	63
Tablo 16. Araştırma grubunda kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	64
Tablo 17. Araştırma grubunda evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması.....	64
Tablo 18. Araştırma grubunda evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....	65
Tablo 19. Araştırma grubunda evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	66
Tablo 20. Araştırma grubunun ortanca, 1.-3.çeyrek, minimum ve maksimum TSOY-32 genel indeks puanları.....	66
Tablo 21. Çalışma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum indeks değerleri.....	68
Tablo 22. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının cinsiyete göre ortalama puanları ve standart sapmaları.....	69
Tablo 23. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının yaş gruplarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları.....	72
Tablo 24. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının eğitim düzeyine göre ortalama puanları ve standart sapmaları.....	74

Tablo 25. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının doktora danışmadan ilaç kullanma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları.....	76
Tablo 26. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları.....	79
Tablo 27. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları.....	81
Tablo 28. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları.....	84
Tablo 29. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının evde bulunsun diye ilaç yazdırma veya eczaneden alma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları.....	86

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sorensen ve ark. tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli.....	8
Şekil 2. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sonuçları.....	11
Şekil 3. Araştırma grubunun minimum, maksimum, 1.-3.çeyrek ve ortanca yaşları.	42
Şekil 4. Araştırma grubunun kronik hastalık varlığına göre dağılımı.....	45
Şekil 5. Araştırma grubunda mevcut olan kronik hastalıkların dağılımı.....	46
Şekil 6. Araştırma grubunun genel sağlık durumlarıyla ilgili algılarının dağılımı....	47
Şekil 7. Araştırma grubunun hastalandıklarında ilk başvurdukları yerlerin dağılımı	47
Şekil 8. Araştırma grubunda doktora danışmadan ilaç kullanım durumunun dağılımı.....	48
Şekil 9. Araştırma grubunda doktora danışılmadan en sık kullanılan ilaç gruplarının dağılımı.....	49
Şekil 10. Araştırma grubunun çevre tavsiyesi ile ilaç kullanım durumlarının dağılımı.....	50
Şekil 11. Araştırma grubunun reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumunun dağılımı.....	51
Şekil 12. Araştırma grubunun ilaç kullanma talimatını okuma durumunun dağılımı.....	52
Şekil 13. Araştırma grubunun ilaçlardan fayda görmediklerini düşündüklerinde izledikleri yolların dağılımı.....	54
Şekil 14. Araştırma grubunun evde ilaç bulundurma durumunun dağılımı.....	55
Şekil 15. Evde en sık bulundurulan ilaç gruplarının dağılımı.....	55

Şekil 16. Araştırma grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlığı kategorilerine göre dağılımı.....	67
Şekil 17. Araştırma grubunda cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı kategorileri.....	71
Şekil 18. Araştırma grubunda yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri.....	73
Şekil 19. Araştırma grubunda eğitim düzeyine göre sağlık okuryazarlığı kategorileri.....	75
Şekil 20. Araştırma grubunun doktora danışmadan ilaç kullanma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri.....	78
Şekil 21. Araştırma grubunun akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri.....	80
Şekil 22. Araştırma grubunun doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri.....	83
Şekil 23. Araştırma grubunun kullanılan ilacın kullanma talimatını okuma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri.....	85
Şekil 24. Araştırma grubunun evde bulunsun diye ilaç yazdırma veya eczaneden alma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri.....	88

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde önemi giderek artan sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı; kişiye tıbbi bir bilgi sunulduğunda, kişinin bu bilgiyi kavrayıp yorumlayabilmesi ve buna uygun davranabilmesi olarak kısaca ifade edilebilir. SOY, bireyin sağlıkla ilgili bilgiyi anlayabilmesiyle sınırlı değildir; bireyin sağlık halini ifade edebilmesini, varsa hastalığına dair bilgisinin olmasını, sağlığıyla ilgili yerinde adımlar atabilmesini, sağlık sistemini uygun şekilde kullanabilmesini ve sağlık sisteminden ne şekilde yararlanacağını bilmesini gerektiren bütüncül bir kavramdır (1).

SOY; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, "bireyin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiye ulaşabilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme yeteneği" olarak tanımlanmıştır (2).

"T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" nün yayınladığı "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü" nde ise "bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder" şeklinde tanımlanmaktadır (3).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (The European Health Literacy Survey, HLS-EU) çalıştayında geliştirilen tanıma göre ise; sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık durumu ile bağlantılıdır ve hayat kalitesini geliştirmeye yönelik sağlık hizmetlerinden faydalanma, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesiyle ilgili olarak bireylerin bilgisini, yeterliliklerini ve motivasyonunu değerlendiren bir kavramdır (4). Bu kapsamda incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı kişinin sağlık durumunu korumaya, geliştirmeye ve bozulan sağlığını iyileştirmeye yarayan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, anlayabilme ve yorumlayabilme yeteneği olarak ifade edilebilir (5).

Hastalar genellikle sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, kar zarar oranı hesaplama, tetkikleri anlamlandırma, ilaç dozlarını hesaplama, sağlıkla ilgili bilgiye ne şekilde ulaşabilecekleri gibi karmaşık durumlarla karşı karşıya kalırlar (6). Yeterli düzeyde SOY ise, kişilerin sağlıkla ilgili doğru bilgi ve hizmete ulaşabilmesini, bu

hizmeti kullanabilmesini, sağlık hizmetleri talimatlarını doğru okuyabilmesini ve anlayabilmesini geliştirir. Kaynakların uygun şekilde değerlendirilmesini, sağlık sunumunda kalitenin yükseltilmesini ve bireyin kendi sağlığı ve toplum sağlığıyla ilgili söz sahibi olmasını destekler (7).

Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi (National Assesment of Adult Literacy Survey, NAAL) çalışmasında, Amerika Birleşik Devletleri ekonomisine düşük SOY'nin maliyetinin milyarlarca dolar tutarında olduğu raporlanmıştır (8).

Son zamanlarda koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanması, bireysel bazda sağlık hizmetinin önemsenmesi, genel olarak SOY düzeyinin düşük olması, sağlıkla ilgili bilgilerin topluma yeterince aksettirilmemesi ve sağlık harcamalarındaki artış gibi sebepler SOY'nin önemini artırmıştır (9,10).

DSÖ, Akılcı İlaç Kullanımı'nı (AİK); “ilaçların klinik bulgulara uygun bir biçimde, hastaların gereksinimlerini karşılayacak doz ve sürede mümkün olan en düşük maliyetle temin edilebilmesi için uyulması gereken kurallar” olarak tanımlamıştır (11).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK), hem hekimler hem de hastalar açısından birçok istenmeyen sonuç doğurma tehlikesini barındırmaktadır. Bunlardan bazıları; ilaçların yan etkileri, ilaç toksisiteleri, tamamlanmamış tedaviler ve tabii ki antibiyotik direncidir (12,13). Akılcı olmayan ilaç kullanımının finansal boyutu da bir diğer önemli husustur. 1999 ve 2000 yıllarında yürütülmüş olan “Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Araştırması” na göre, 2000 yılı için ülkemizin toplam ilaç ve dayanıksız tüketim malzemesi giderlerinin, toplam sağlık giderlerinin %33,5'ini oluşturduğu saptanmıştır (14).

Akılcı ilaç kullanımının temel ilkeleri; doğru ilacın doğru zamanda, doğru miktarda ve doğru biçimde kullanılmasını gerektirir. Bu gerekliliklerin, sağlık hizmeti sunucularının ve toplumun eğitimi başta olmak üzere bireylerin sağlık okuryazarlığı vb. gibi birçok konuyla yakın ilişkisi bulunmaktadır. Akılcı ilaç

kullanımı doğrultusunda devletin, ilaç üreticilerinin, tüm sağlık çalışanlarının ve hastaların birlikte hareket etmesi gereklidir (15-17).

İlaç ancak doğru şekilde kullanıldığı sürece etkilidir. Bireylerin, akılcı ilaç kullanım ilkeleri doğrultusunda (doğru ilacın doğru zamanda, doğru miktarda, doğru şekilde kullanılması ve saklanması gibi) bilgili ve donanımlı olmaları önem arz etmektedir.

Hastalar, hekimin reçete ettiği ilaçların faydalarını akılcı ilaç kullanım ilkeleri doğrultusunda hareket ettikleri takdirde görecektirler. Sağlık okuryazarlığı, tanımı gereği, bireylerde bu ilkelerle ilgili farkındalığı artıracak bir kavram olarak görünmektedir. Bir başka ifade ile akılcı ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlığı birey ve toplum sağlığının geliştirilmesinde birbirleriyle yakından ilişkili iki önemli etken olarak karşımıza çıkmaktadır.

Toplumun hem akılcı ilaç kullanımı hem de sağlık okuryazarlığı yeterliliği konusunda beklentilere ne ölçüde yanıt verdiğini değerlendirme ve eksiklikleri giderebilme adına bireylerin ilaç kullanım alışkanlıklarının ve SOY düzeylerinin tespiti ve bunların nelerden etkilendiğinin belirlenmesi gerekmektedir. Literatüre baktığımızda sosyodemografik özelliklerin gerek ilaç kullanım alışkanlıkları üzerine gerekse de SOY düzeyleri üzerine etkilerinin incelendiğini sıklıkla görmekteyiz ancak bireylerin ilaç kullanım alışkanlıkları ile sağlık okuryazarlığı durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma olduğu dikkat çekmektedir.

Bu alışma ile bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ilaç kullanım alışkanlıklarının değerlendirilmesi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

1. Sağlık Okuryazarlığı

1.1. Sağlık Okuryazarlığı Nedir?

Sağlık okuryazarlığı, Scott Simonds tarafından 1974 yılında kaleme alınan “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” isimli makalede ilk kez bir terim olarak kullanılmıştır (18). İlk yıllarda temel olarak “sağlığı için bireyin yetenekleri” tanımlaması yapılırken, bu kavram daha sonra 1993 yılında Nutbeam ve Wise tarafından “bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi” olarak tanımlanmış ve bilgiye ulaşımı, davranışı ve anlamlandırmayı vurgulayarak güncel tanımlamaların temelini oluşturmuştur (19).

Sağlık okuryazarlığı kavramı özellikle 2003 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan “Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi (National Assesment of Adult Literacy Survey, NAAL)” isimli çalışma sonrasında literatürde daha çok yer almaya başlamıştır (18,20). Kökeni, yetişkin eğitimi ve sağlığın teşviki alanlarında yapılan araştırmalara dayanmaktadır (21).

DSÖ’ ye göre SOY, “bireyin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiye ulaşabilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme yeteneği” olarak tanımlanmıştır (22). Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine, IOM) 2004 yılında yayınladığı raporunda ise SOY’yi “bireyin sağlığı ile ilgili doğru kararlar vermesi için gerekli sağlık bilgilerine ulaşma ve anlama kapasitesi” olarak tanımlamıştır (23).

Zarcadoolas ve ark. SOY’yi, sağlık risklerini azaltmak ve hayat kalitesini yükseltmek için bireylerin bu doğrultuda bilinçli tercih yapmalarını sağlayacak olan sağlık bilgisine ulaşma ve bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini kapsayan geniş bir kavram olarak tanımlamışlardır (24).

“T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” tarafından yayımlanan “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü” nde ise SOY "bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi

anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder" şeklinde ifade edilmektedir (3).

Sorensen ve ark. SOY ile ilgili literatürde daha önce yapılmış olan tanımlamaların analizini yaptıktan sonra "okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini arttırmak ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, istek ve yeterlilik" şeklinde tanımlama yapmıştır (25).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (The European Health Literacy Survey, HLS-EU) çalıştayında geliştirilen tanıma göre ise; sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık durumu ile bağlantılıdır ve hayat kalitesini geliştirmeye yönelik sağlık hizmetlerinden faydalanma, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesiyle ilgili olarak bireylerin bilgisini, yeterliliklerini ve motivasyonunu değerlendiren bir kavramdır (4). Bu kapsamda incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı kişinin sağlık durumunu korumaya, geliştirmeye ve bozulan sağlığını iyileştirmeye yarayan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, anlayabilme ve yorumlayabilme yeteneği olarak ifade edilebilir (5).

Kısaca SOY; bireye tıbbi bir bilgi sunulduğunda, bireyin bu bilgiyi kavrayıp yorumlayabilmesi ve buna uygun davranabilmesi olarak ifade edilebilir. SOY, kişinin tıbbi bir belgeyi okuyup anlayabilmesiyle sınırlı değildir; sağlık halini ifade edebilmesini, varsa hastalığına dair bilgisinin olmasını, sağlığıyla ilgili yerinde adımlar atabilmesini, sağlık sistemini uygun şekilde kullanabilmesini ve sağlık sisteminden ne şekilde yararlanacağını bilmesini gerektiren bütüncül bir kavramdır (1).

1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Günümüzde koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanması, bireysel bazda sağlık hizmetinin önemsenmesi, genel olarak SOY düzeylerinin düşük olması, sağlıkla ilgili bilgilerin topluma yeterince aksettirilmemesi ve sağlık harcamalarındaki artış gibi sebepler SOY'nin önemini artırmıştır (9,10).

Sağlık okuryazarlığı ile fiziksel ve psikolojik iyilik halinin ilişkisini araştıran bir çalışmada; kötü fiziksel ve psikolojik sağlık ile düşük okuryazarlık düzeyi arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bunun dışında sağlık arama davranışının ve kronik hastalık varlığının yetersiz okuryazarlık düzeyi ile ilişkili bulunduğu gösterilmiştir (26). Yetersiz sağlık okuryazarlığının bilgi eksikliği ve azalmış kavrama yeteneğine, sağlık öz bildiriminin kötü olmasına, hastane yatışlarının artmasına ve tedaviye uyumun kötü olmasına sebep olduğu belirtilmiştir (27).

Hastalar genellikle sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, kar zarar oranı hesaplama, tetkikleri anlamlandırma, ilaç dozlarını hesaplama, sağlıkla ilgili bilgiye ne şekilde ulaşabilecekleri gibi karmaşık bir durumla karşı karşıyadır (6). Yeterli SOY ise sağlık kalitesini, sağlıklı geçirilen yaşam yılını, kaliteli sağlık hizmetini artıracaktır (28). Bireylerin doğru hizmete ulaşma becerilerini ve aldığı sağlık hizmetini doğru okuyarak anlamasını sağlayacaktır (23).

Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi (National Assessment of Adult Literacy Survey, NAAL) çalışmasının verileri ile yetersiz sağlık okuryazarlığının Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemine etkisinin finansal boyutu gösterilmiştir. Yetersiz sağlık okuryazarlığının maliyeti, 106-238 milyar dolar arası değişen bir tutar olarak hesaplanmıştır (20).

Toplumun sağlık okuryazarlığı durumunu etkileyen başlıca faktörler arasında eğitim, sağlık sistemi ve sosyokültürel özellikler bulunur. Bunlar sağlık okuryazarlığı ile birbirlerini etkileyen önemli bileşenler olup sağlık sonuçlarını ve masraflarını etkilemektedirler. Sağlık okuryazarlığını arttırmak için bu faktörler üzerinden bir planlama yapılırsa, sağlık sonuçlarında ve masraflarında olumlu değişim elde edilebilecektir (23).

1.3. Sağlık Okuryazarlığının Basamakları

Sağlık okuryazarlığının tanımlanmasındaki çeşitlilik, bu kavramın basamaklandırılmasında da karşımıza çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı hakkında çalışan bilim insanları farklı kıstasları göz önünde bulundurarak, sağlık okuryazarlığının basamaklarını ortaya koymada farklı sınıflandırmalar önermişlerdir.

Literatürde en yaygın şekliyle Nutbeam tarafından önerilen sınıflandırmada, sağlık okuryazarlığı temel/işlevsel (fonksiyonel), iletişimsel (interaktif) ve eleştirel (kritik) olmak üzere üç farklı basamakta ele alınmaktadır (2).

❖ *Temel/İşlevsel (fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı*

Bireylerin okuma-yazma gibi temel yeteneklerini ifade eder. Bu basamağın kapsamında bireyler, sağlık riskleri ve sağlık sisteminin kullanımı ile ilgili temel eğitim materyallerini okuyabilme becerilerine sahiptirler (2,21).

❖ *İletişimsel (interaktif) sağlık okuryazarlığı*

Bu basamak, okuryazarlık düzeyinde artma, sosyal ve bilişsel yeteneklere sahip olmayı gerektirir. Birey bu yetenekler ile aktif olarak sağlık aktivitelerine katılabilir, bu uğraşlardan edindiği bilgileri farklı sağlık gereksinimleri için kullanabilir (2,21).

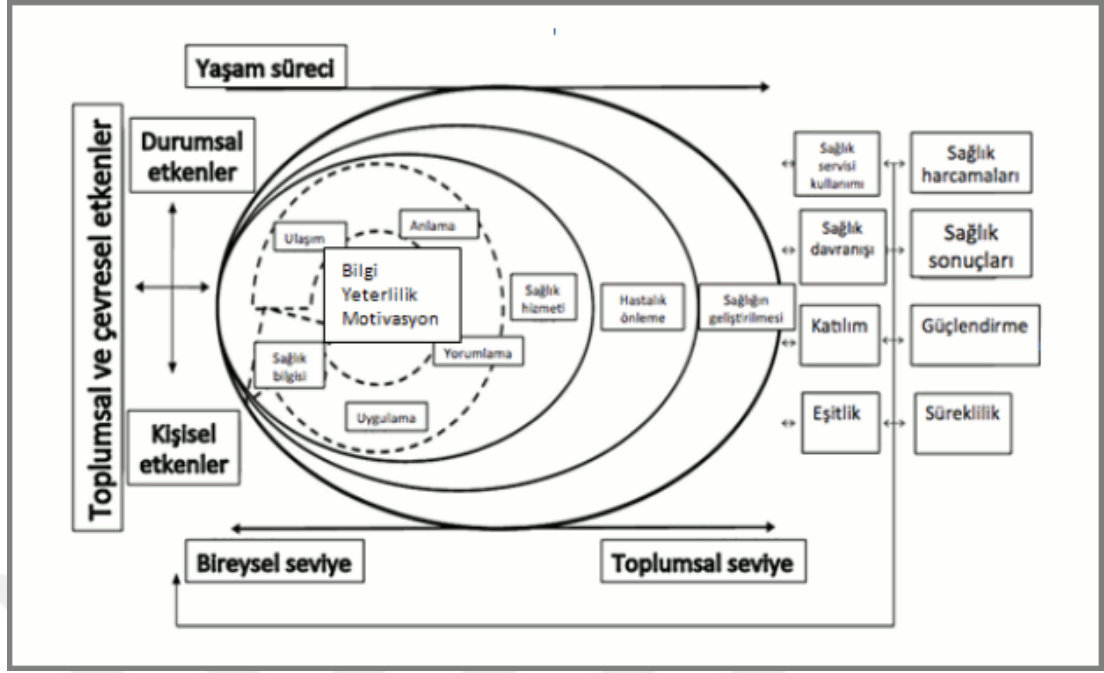
❖ *Eleştirel (kritik) sağlık okuryazarlığı*

Birey bu basamakta bilişsel ve sosyal becerilerin yanında eleştirel becerilere de sahiptir. Birey bu beceriler ile sağlık bilgilerini analiz edebilir, kendisinin ve toplumun kapasitesini geliştirebilir, sağlığın ekonomik ve siyasi boyutlarını kavrayıp yorumlayabilir (2,21).

1.4. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli

Sorensen ve ark. SOY'nin temel bileşenlerini, öncüllerini ve etkilerini kapsayan çok sayıda kavramsal modelin ana boyutlarını içeren tümleşik bir SOY modeli geliştirmiştir (Şekil 1).

Model çerçevesinde, demografik özellikler, dil, kültür, toplumsal ve siyasal özellikler gibi sosyal ve çevresel özelliklerin dâhil olduğu daha uzak etmenler ile cinsiyet, yaş, eğitim, sosyoekonomik durum, ırk, meslek, gelir, istihdam, okuma ve yazma gibi kişisel özellikler ile aile ve akran etkileri, sosyal destek, medya kullanımı ve fiziki çevre gibi durumsal özelliklerin dâhil olduğu öncül etmenler SOY durumunu etkilemektedir.



Şekil 1. Sorensen ve ark. tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli

(Kaynak: Sorensen K et al. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health, 2012, 12:80.)

Sağlık bilgisine ulaşım, sağlık bilgisini kavrama, yorumlama ve uygulama süreciyle ilgili temel beceriler modelin çekirdek kısmında yer alır. Bilişsel özellikler gerektiren ve edinilmiş sağlık bilgisinin niteliğine bağlı olan bu becerilerin her biri SOY'nin önemli alt boyutlarına karşılık gelir ve Nutbeam tarafından önerilen "işlevsel, interaktif ve eleştirel" SOY yetkinliklerini de kapsar.

Bireyin sağlık halinin devamlılığıyla ilgili olarak "sağlık bakımı, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinden" oluşan üç alanda da güçlenmesi için gerekli olan bilgi ve beceri, çekirdekteki bu temel becerilerin edinilmesiyle oluşan sağlık okuryazarlığı tarafından sağlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığının tedavi edici olarak kavramsallaştırılmasının halk sağlığı bakış açısı ile entegre edildiği bu model ile bireysel düzeyden toplumsal düzeye doğru ilerleyen bir bakış açısı sunulmaktadır.

Toplumsal düzeyde sağlık harcamaları ve sağlık çıktıları, kişilerin sağlık hizmeti kullanımları, sağlık davranışları ve SOY düzeyleri tarafından etkilenmektedir. SOY düzeyinin yükselmesi bireysel anlamda güçlenme ve özerklik

sağlayarak hayat kalitesinin artmasını sağlamaktadır. Bu durum da sağlıkta eşitlik ve sürdürülebilirlikle beraber olumlu sağlık verilerine yol açmaktadır (25).

1.5. Sağlık Okuryazarlığının Alt Boyutları

Tablo 1. Sağlık okuryazarlığının Sorensen ve ark. tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda belirlenen 12 alt boyutu

Sağlık Okuryazarlığı	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama/kullanma
Sağlık Hizmeti	Tıbbi/klinik konularda bilgiye ulaşma becerisi	Tıbbi bilgileri anlama ve anlamlandırma becerisi	Tıbbi bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	Tıbbi konularda bilinçli kararlar alma becerisi
Hastalığı Önleme	Risk faktörleri ile ilgili bilgiye ulaşma becerisi	Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi anlama ve anlamlandırma becerisi	Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	Risk faktörleri ile ilgili bilginin önemini karar verme becerisi
Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlık konularında kendini güncelleme becerisi	Sağlıkla ilişkili bilgiyi anlama ve anlamlandırma becerisi	Sağlıkla ilişkili bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi	Sağlık konularında derin bir görüş oluşturma becerisi

(Kaynak: Sorensen K et al. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health, 2012, 12:80.)

Sağlık okuryazarlığının boyutları dört başlıkta toplanmıştır (Tablo 1). Bunlar; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama/kullanmadır. Bu dört boyut sağlık hizmeti, hastalığı önleme ve sağlığın geliştirilmesi düzeyleriyle bir araya getirilerek sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutu belirlenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı alt boyutları; sağlık hizmeti düzeyinde klinik ortamdaki bilgiyi, hastalığı önleme düzeyinde risk faktörleriyle ilgili bilgiyi, sağlığın

geliştirilmesi düzeyinde ise sağlıkla ilgili toplumsal ve kapsamlı bilgiyi içermektedir (25).

1.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

SOY kavramını daha iyi anlayabilmek için SOY düzeyini etkileyen etmenler ile sağlık okuryazarlığının sonuçlarının bilinmesi gerekmektedir. SOY genel olarak sosyodemografik, sosyokültürel, psikososyal faktörlerden, genel okuryazarlık durumundan, kişisel özelliklerden, hastalıklarla ilgili tecrübelerden ve sağlık hizmeti sistemi ile ilgili faktörlerden etkilenmektedir (25).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyodemografik etmenler; yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, eğitim, gelir ve çalışma durumudur. Genellikle ileri yaşlarda, kadınlarda, siyah ırkta, bekârlarda, eğitim ve gelir durumu düşük olanlarda sağlık okuryazarlığı daha düşüktür (29-31)

Kültürel etmenler olarak göçmenlik, etnik grup, dil farklılığı gibi unsurlar sayılabilir. Bu tür özellikler sağlık ile ilgili bilgileri kavramayı, okumayı ve yazmayı güçleştirebilmektedir (32).

SOY üzerine etkisi olan psikososyal faktörler olarak ise sosyal destek, özyeterlilik davranışı, sağlık problemleri bilgisi ile hastalığı anlamak gibi hususlar gösterilebilir (33). Kişilerin sağlık ve hastalıklar konusundaki bilgisizlikleri, sağlıkla ilgili inanç algılarının yetersiz olması, bu inançları davranışa dökememeleri, aileden ve çevreden edindikleri sosyal desteğin azlığı SOY düzeylerinin de düşük olmasına neden olmaktadır.

Genel okuryazarlık düzeyi SOY ile ilişkilidir ancak, yüksek okuryazarlık düzeyi yüksek SOY düzeyine sahip olunacağı anlamını taşımamaktadır. Yapılan çalışmalar düşük okuryazarlık düzeyindeki bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri kavramada güçlük çektiğini gösterse de, yüksek düzeyde okuryazarlığı olan kişilerin de sağlık okuryazarlığının yetersiz olabileceğini bulgulamaktadır (34).

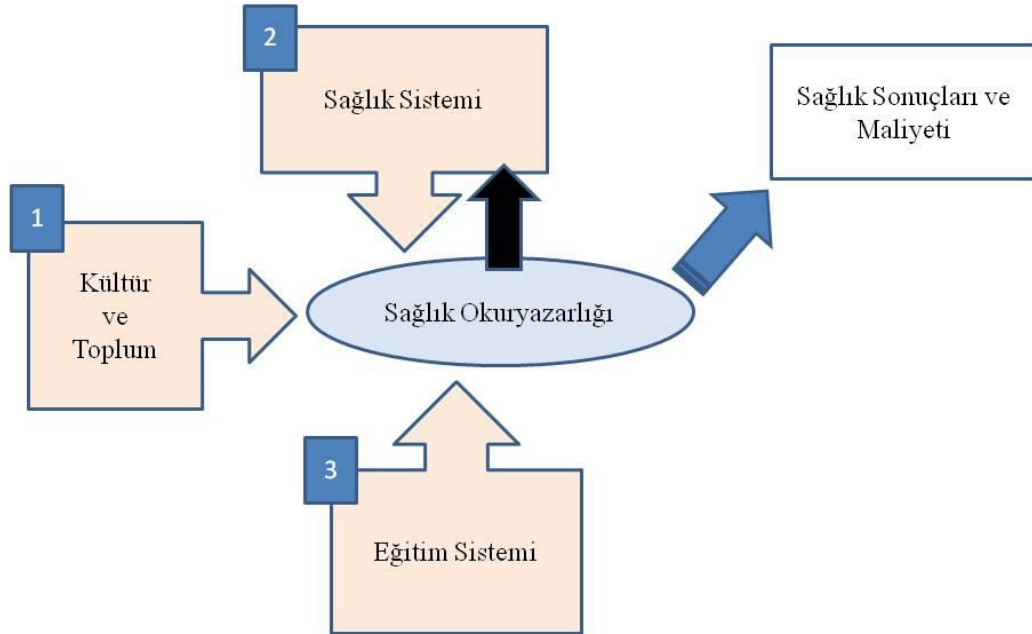
Sağlık okuryazarlığını etkileyen kişisel etmenler; işitme, görme ve konuşma yetenekleri ile hafıza, anlamlandırma, sosyal, fiziksel ve bilişsel yetenekleri

içermektedir (25). Bu becerilerin azalması ise yetersiz sağlık okuryazarlığına neden olmaktadır.

Hastalıkla ilgili tecrübeler; hastalığın süresi, tipi, şiddeti, tedavinin karmaşıklığı, komplikasyon ve başka hastalığın mevcudiyeti şeklinde sayılabilir (35,36). Hastalığın süresi uzadıkça, tedavi daha karmaşık bir hal aldıkça ve başka hastalıklar eklendikçe, kişilerin SOY düzeyleri de etkilenmektedir (35).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen sağlık sistemiyle ilgili etmenler; sağlık sisteminin karmaşıklığı, sağlık hizmetine erişilebilirlik, hekim hasta ilişkisi ve sağlık güvencesini kapsamaktadır (9). Adı geçen bu etmenler ise bireylerin hem sağlığını hem de sağlık bilgisini etkileyen etmenler olarak gösterilebilmektedir.

Bireylerin dâhil oldukları eğitim düzeni, sağlık sistemi, toplumsal ve kültürel etmenler sağlık okuryazarlığını etkilemekte ve biçimlendirmekte; bu etmenler de çeşitli sağlık çıktılarına etkilemektedir. SOY; kişilerin bireysel becerilerinin sağlık sistemi, sağlık ortamları, eğitim sistemi, aile, iş ve toplumdaki sosyokültürel etmenlerle etkileşmesi sonucunda biçimlenmektedir (23) (Şekil 2).



Şekil 2. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sonuçları

(Kaynak: Kindig D, Panzer A, Nielsen-Bohlman. *Health literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press; 2004)

1.7. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığının tanımından yola çıkmak gerekirse, kişinin sağlığıyla ilgili doğru kararlar alabilmesi ve sağlıkla ilgili bilgileri doğru kavrayabilmesi için SOY önemli bir konuma sahiptir (37). SOY düzeyinin düşük olduğu bireylerde, hastalık belirtilerini anlatma, tıbbi talimatları anlama, sağlık hizmetlerine erişim, bilgiyi değerlendirme gibi sağlıkla ilgili önem arz eden durumlarda güçlük çektiği gösterilmiştir (23).

Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kişiler, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip kişilere göre karşılaştırıldığında, hastane harcamalarının arttığı, yatış sürelerinin uzadığı ve lüzumsuz tetkik yaptırma oranlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (37). Bu kişilerin lüzumsuz acil servis başvurularının da arttığı bilinmektedir. Tüm bu sayılanlar, lüzumsuz işgücü kaybına ve artmış sağlık maliyetine sebebiyet vermektedir (37).

Öte yandan, kişilerin sağlık yönetimleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki bağa bakıldığında, yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kişilerin, yeterli sağlık okuryazarlığı olan kişilere göre kronik hastalık yönetimlerinin daha kötü olduğu ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları gösterilmektedir. Bu kişilerin, morbidite ve mortalite oranları da daha fazladır (38). Kronik hastalıklarla sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkisi incelendiğinde, astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), böbrek hastalıkları, depresyon, romatoid artrit ve tip 2 diyabet nedeniyle takip edilen kişilerde, düşük sağlık okuryazarlığı sebebiyle engellerin oluştuğu ve bu engellerin aşılması gerekliliğinin altı çizilmektedir (7,38-41).

Mark V. Williams ve ark.'nın diyabet ve hipertansiyon hastalarında yaptıkları çalışmada, hastaların SOY düzeyi ile kronik hastalıkları ve tedavileri konusundaki farkındalıkları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu çalışma iki şehir hastanesinde yapılmıştır ve bireylerin SOY düzeyi "Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlık Testi (TOFHLA)" ile değerlendirilmiştir. Bu hastalıklara dair eğitim materyallerindeki temel unsurlar gözetilerek 21 hipertansiyon ve 10 diyabet sorusu sorularak hastaların hastalıklarıyla ilgili bilinç düzeyi test edilmiştir. SOY

düzeıı yüksek olan hipertansiyonlu hastaların %92'si 160/100mmHg kan basıncı seviyesinin yüksek olduğu noktasında bilinçliıken, SOY düzeıı düşük ya da yetersiz olanların %55'i bu konuda bilinçli bulunmuştur. Diyabetli hastalarda ise hipoglisemi belirtilerinin neler olduğunu, sağlık okuryazarlık düzeıı yüksek olanların %94'ü bilebilirken, düşük ya da yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerde bu oran %55 olarak belirtilmiştir (42).

Koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi incelendiğinde, düşük sağlık okuryazarlığının tarama testlerinin uygulanması bakımından da önemli bir bariyer olduğu görölmektedir. İngiltere kolon kanseri tarama programında, kişilerle ilk iletişim yolu olarak evlerine tarama hakkında bilgi içeren yazılı bir materyal gönderilmektedir. Buna rağmen kişilerin taramayı kabul etmemesi ya da yaptırmaması, yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlıkları ile ilişkilendirilmektedir (43). Benzer olarak, meme kanserinin taranması kapsamında kendi kendine meme muayenesi yapmamanın ve mamografi yaptırmamanın da yetersiz/sınırlı sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (44).

Fiziksel hareketsizlik, tütün kullanımı, sağlıksız beslenme gibi olumsuz sağlık alışkanlıklarının da sınırlı SOY ile ilişkisini olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (4,45-47). Bununla birlikte düşük SOY düzeıı olan çocukların da, büyüdüklerinde alkol ve tütün kullanımı gibi olumsuz alışkanlıklara sahip olma ihtimalleri artmaktadır (48). Sağlık okuryazarlığı düşük olan annelerin, bebeklerini daha kısa süre emzirme olasılıkları artarken, uygun miktarda uygun besinlerle besleme olasılıkları ise düşmektedir (49).

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeıı, kişilerin sağlıkla ilgili yazılı dokümanları okuyup, kavrayıp, buna uygun hareket etmelerini de engellemektedir. Bu noktada; düzenlenen yazılı dokümanların, kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeııne göre hazırlanması ve toplumun sağlık okuryazarlığı düzeıını artıracak teşebbüslerin hayata geçirilmesi gündeme gelmiştir (23).

1.8. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için bazı durumlar yardımcı olabilir. Kişinin kendine verilen belgeleri dolduramaması, ilaçlarını yanlış kullanması, ilaç tedavisini tamamlamaması, randevularına gelmemesi gibi durumlar bireyin SOY düzeyinin yetersiz olduğu konusunda ipuçları sunar (50). Bu ipuçları olmadığında hastanın sağlık ile ilgili konuları kavrama seviyesini tahmin etmek güçleşir. Sağlık okuryazarlığı konusunun son yıllarda giderek önem kazanması sebebiyle birey ve toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini belirleme amaçlı bazı anket ve ölçekler geliştirilmiştir (51-55).

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmeye başlandığı ilk zamanlarda, "Size bir sağlık materyali verildiğinde anlıyor musunuz?", "Sağlık materyallerini okurken yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?" gibi sorularla, kişinin ifadesine göre sağlık okuryazarlığı durumu tespit edilmeye çalışılmıştır. Gün geçtikçe önemi artan bu kavrama karşı gelişen ilgi, ölçek geliştirme çalışmalarının başlamasına neden olmuştur. Sağlık okuryazarlığını ölçmek için kullanılan ilk ölçek Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi (National Assessment of Adult Literacy Survey, NAAL) olmuştur. Amerikan sağlık eğitimini yansıtan bu ölçek kullanıldıktan sonra geribildirimler toplanmış ve elde edilen sonuçlarla bireylerin sağlık alanındaki becerilerinin uyuşmadığı görülmüştür (56). Bunun üzerine farklı yöntemlerle uygulanan zamanla yeni ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerde genellikle, sağlık kuruluşuna başvuru ve buradaki yönlendirmeleri anlama, tıbbi belgeleri okuma, kavrama ve doldurma, ilaçlarla ilgili talimatları ve sağlık çalışanlarını anlama ile kontrole gelme ile ilgili bilgileri anlama gibi durumlar sorgulanmaktadır (57). Ayrıca her ölçeğin kendine has sınırlılıkları bulunmaktadır ve sağlık okuryazarlık düzeyini tanımlayacak kapsamlı ve uygulanabilir geçerli ölçümlere ihtiyaç duyulmaktadır (58).

Sağlık okuryazarlık düzeyinin tespit edilmesi amacıyla geliştirilmiş bazı ölçekler şunlardır:

- ❖ Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA, Test of Functional Health Literacy in Adults)

- ❖ Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA, Short Test of Functional Health Literacy in Adults)
- ❖ Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALM, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)
- ❖ Revize Edilmiş - Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALMR, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised)
- ❖ En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS, Newest Vital Sign)
- ❖ Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (SILS, Single Item Literacy Screen)
- ❖ Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Tahmini Ölçeği (Brief Estimate of Health Knowledge and Action)
- ❖ Tıbbi Formları Kendi Kendinize Doldurma Konusunda Ne Kadar İyisiniz? (How confident are you filling out medical forms by yourself?)
- ❖ Geniş Aralıklı Ulaşım Testi (WRAT, Wide Range Achievement Test)
- ❖ Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Public Health Literacy Scale)
- ❖ SOS Kısaltması (SOS Mnemonic)
- ❖ Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri (HLSQMs, Health Literacy Screening Question Methodologies)
- ❖ e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (eHEALS, eHealth Literacy Scale)
- ❖ Tıbbi Terim Tanıma Testi (METER, Medical Term Recognition Test)
- ❖ İspanyol Yetişkinler İçin Sağlık Okuryazarlığı Kısa Değerlendirilmesi (SAHLSA, 50 Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults)
- ❖ Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirilmesi (ABLE, Adult Basic Learning Examination)
- ❖ Diyabet İçin Okuryazarlık Değerlendirilmesi (LAD, Literacy Assessment for Diabetes)
- ❖ Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (NLS, Nutritional Literacy Scale)
- ❖ Dış Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALD, Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)
- ❖ Slosson Sözlü Okuma Testi (Slosson Oral Reading Test)
- ❖ Yetişkin Basit Eğitimi Testi (TABE, Test of Adult Basic Education)
- ❖ Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS, Health Activities Literacy Scale)

- ❖ Sağlık Okuryazarlık Becerileri Enstrümanı (Health Literacy Skills Instrument)
- ❖ İşlevsel İletişim ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı (FCCHL, Functional Communicative and Critical Health Literacy)
- ❖ Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU-Q, European Health Literacy Survey Questionnaire)

Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA): Parker ve ark.'nın geliştirdiği ve literatürde en sık yer alan ölçüm araçlarından biridir. Sayısal ve sözel anlama becerilerini birlikte değerlendirmektedir. İki ana bölümden oluşan ölçeğin uygulaması 22-26 dakika sürmektedir. Birinci bölüm, 50 sorudan oluşan sözel bölümdür. Bu bölümde birey kendisine verilen kısa metinleri okur ve sonrasında bu bilgileri anlayıp anlamadığını test eden soruları cevaplandırır. Bireyden cümlelerdeki eksik kelimeyi kendisine verilen seçeneklerden belirleyerek cümleyi tamamlanması istenir. Yani cümle tamamlama yöntemi kullanılır. On yedi sorudan oluşan “matematiksel beceri” bölümünde ise kişinin gerçek hastane belgelerini, randevu fişlerini ve etiketli ilaç şişelerini okuma ve anlama becerilerini ölçmek amaçlanır. TOFHLA skoru 0-100 arasında puanlanmakta olup puanı 60'ın altında olanlar yetersiz sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puana göre sağlık okuryazarlığı üç kategoriye ayrılmıştır: yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-59 puan), düşük sağlık okuryazarlığı (60-74 puan) ve yeterli sağlık okuryazarlığı (75-100 puan) (52,56,59).

TOFHLA ölçeğinin, kişinin sağlıkla alakalı metinleri ve bazı sayısal verileri okuyup anlamasının ölçülmesi gibi avantajlı tarafının olmasının yanında, uygulanmasının uzun sürmesi ve okuma becerisine dayanması gibi dezavantajları da vardır (59).

Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (Short-Test Of Functional Health Literacy in Adults, S-TOFHLA): TOFHLA ölçüm aracını tamamlamak nispeten uzun zaman aldığından kısa sürümü olan S-TOFHLA oluşturulmuştur. S-TOFHLA yazılı belgeleri okuma ve kavrama becerilerini değerlendirmeyi amaçlayan cümle tamamlama testidir. S-TOFHLA da TOFHLA gibi

iki bölümden oluşur ve 36 adet boşluk doldurma cümlesi içerir. İlk 17 cümlede yer alan boşluk alanları genel sağlık konularındaki terimleri kapsamaktadır. Ölçeğin diğer kısımlarında ise bir hastalık durumu verilerek sağlık sistemi içerisinde neler yapılması gerektiği konu edilmektedir. Her boşluk doldurması için 0 ya da 1 puan verilmekte ve toplam skor olan 36 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Buna göre ölçekten 0-16 arası puan alanlar yetersiz, 17-22 arası alanlar düşük, 23-36 arası alanlar ise yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu değerlendirilmektedir. S-TOFHLA ölçüm aracının tamamlanması 7-10 dakika kadar sürmektedir (56).

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM): Ölçekle, artan zorluk derecesine göre sıralanmış 66 tıbbi sözcüğün tanınması ve telaffuzu değerlendirilir. Test edilen kişi listeyi okurken, sınav yapan kişi doğru olarak telaffuz edilen kelimelerin her birine bir puan vererek değerlendirir. Kelimelerin 61-66'sının doğru telaffuzu yeterli, 45-60'ının doğru telaffuzu düşük ve 0-44'ünün doğru telaffuzu ise yetersiz sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilir. Uygulama süresinin daha kısa olması (3-6 dakika) çalışmalarda zamandan tasarruf sağlanması bakımından avantaj oluşturur. Ancak REALM ölçeği anlama ve sayısal kabiliyeti değerlendirmektedir (51,60).

Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (Health Activities Literacy Scale, HALS): Sağlığın korunması/geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımının sürdürülmesi ve sağlık hizmetlerine erişim şeklinde oluşan bölümler içermektedir. Bu ölçek bireylerin düz yazı, sayısal ve belge okuryazarlığı durumlarını değerlendiren maddeler içerir ve uygulanması ortalaması 35-40 dakika almaktadır. 5 puan aralıklarla 0 ile 500 arasında değişen bir skora tablosu vardır. Sağlık okuryazarlığı düzeyini birçok farklı açıdan değerlendiren bir ölçek olmasına karşın, uygulamasının uzun sürmesi kullanımı açısından dezavantaj oluşturmaktadır (20,62).

En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (Newest Vital Sign, NVS): Altı sorudan oluşup bireyin bir besin etiketini okuma ve anlamasını değerlendirir. Doğru cevap sayısı üzerinden 0-6 arasında puanlama yapılmaktadır. 0-1 doğru cevap muhtemelen sınırlı sağlık okuryazarlığına, 2-3 doğru cevap sınırlı sağlık okuryazarlığına, 4 ve

daha üzeri doğru cevap yeterli sağlık okuryazarlığına karşılık gelir. Hem hesap, hem okuma, hem de anlama durumlarını ölçmesi ve REALM gibi uygulanmasının kısa (3-6 dakika) ile avantajlıdır. Öte yandan, iyi ve sınırdaki sağlık okuryazarlığı düzeyini ayırt edememesi kısıtlılığı olarak görünmektedir (62).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q): Avrupa'daki ülkelerde sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla yapılan geniş çaplı çalışmada, NVS ölçeğinin de dâhil olduğu 47 maddelik "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (HLS-EU-Q)" kullanılmıştır. Sekiz Avrupa ülkesini (Hollanda, Yunanistan, İrlanda, Avusturya, Polonya, İspanya, Bulgaristan ve Almanya) kapsayan bu çalışmanın sonucunda ülkelerin ölçekten aldıkları puana göre sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilmiştir (47). Anket 47 maddeden oluşmuş olup her biri 1 ile 4 arasında puanlanan bir ölçekte (1= çok zor, 2= zor, 3= kolay, 4= çok kolay) değerlendirilmektedir. Her bir maddede tanımlanan davranışın ne derece "kolay" veya "zor" olduğunun bireyin kendi algısına göre değerlendirilmesi prensibine dayandırılarak geliştirilmiştir. Maddelere verilen yanıtlardan elde edilen puan sonuçlarına göre "(0-25) puan yetersiz, (>25-33) sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42) yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50) mükemmel sağlık okuryazarlığı" olarak değerlendirilir (6).

Özdemir ve ark.'ları REALM ve NVS ölçeklerini 2009 yılında Türkçe'ye uyarlamış ve 456 kişinin SOY düzeylerini tespit ederek sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırmışlardır. İki ölçeğin SOY değerlendirmesi arasında farklılık olduğunu tespit edip, bireylerin REALM ölçeğinde NVS ölçeğine göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi gösterdiklerini saptamışlardır. İlkokul mezunu ve düşük gelirli kadın bireylerin her iki ölçekten de en az puanı alanlar olduğu belirlenmiştir (63).

Başka ülkelerde geliştirilen ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğinin test edilerek Türkçe'ye çevrilmesi haricinde, Türkçe sağlık okuryazarlığı ölçeği geliştirilmesi için yapılan çalışmalar da bulunmaktadır. Bunlardan biri, Sezer ve ark.'larının geliştirdiği ve 18-65 yaş arası 381 kişiye uyguladıkları 23 maddeden oluşan "Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği" dir. Çalışmada, ölçekten elde edilen

puan yükseldikçe, kişinin SOY düzeyinin yükseldiği saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0.77, varyansı %60-68 olarak bildirilmiştir. Buna göre, ölçeğin iç tutarlılığı yeterli bulunmuş fakat retest uygulaması sırasında 381 kişiden 33'üne ulaşılmış olması çalışmanın kısıtlılığını oluşturmuştur (65).

1.9. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı

Avrupa'da Sağlık Okuryazarlığı

2012 yılında sonuçları açıklanan ve sekiz Avrupa ülkesinin (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan) dâhil olduğu 12 alt kategori ve 47 sorudan oluşan "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q)" 15 yaş ve üzerindeki 8 bin kişiyle yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre tüm popülasyonun %12'sinin yetersiz, %53'ünün yeterli ve çok iyi sağlık okuryazarlık düzeyinde olduğu bulunmuştur. Ülkeler özelinde bakıldığında ise İrlanda'dan çalışmaya dâhil olan bireylerin %60'ının, Hollanda'daki bireylerin de %72'sinin yeterli ve/veya çok iyi puan aldığı saptanmıştır. En düşük yeterli ve/veya çok iyi puan alma yüzdesi Bulgaristan'da (%37) ve İspanya'da (%42) tespit edilmiştir. Azınlık olanlarda, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlarda, yakın zamanda göç öyküsü olanlarda, düşük genel sağlık düzeyine ve kronik sağlık sorununa sahip olanlarda ve yaşlılarda sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu saptanmıştır (4).

Kuzey Amerika'da Sağlık Okuryazarlığı

ABD'deki erişkinlerin yaklaşık 89 milyonunun yetersiz sağlık okuryazarlığı nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamadığı ve gereken tıbbi tedavilere katılma ve devam ettirmede sorun yaşadığı belirtilmektedir (65).

ABD'de sağlık okuryazarlığının ön plana çıkmasında temel rol oynayan NAAL raporuna göre; çoğu erişkin (%53) orta düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir. Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip erişkinlerin oranı %12 iken, geriye kalan erişkinlerin %22'sinin temel sağlık okuryazarlığına ve %14'ünün ise temel sağlık okuryazarlığının altında bir düzeye sahip olduğu tespit edilmiştir (20). Buna

göre bireylerin çoğunun kendi sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek için gerekli bilgiye sahip olmadığı belirtilmektedir (66).

Amerika'da kadınların sağlık okuryazarlığı seviyesi erkeklere göre daha iyi bulunmuştur. Yaşlılarda ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin genç erişkinlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (20).

Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre; 16 yaş ve üzerindeki Kanadalıların %60'ının sağlık bilgisine ve hizmetine ulaşmada ve kendi kararlarını almada yetersiz olduğu saptanmıştır. Kanada'da bölgelere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi değişkenlik göstermektedir. Yukon Territory bölgesi en yüksek, Nunavut ise en düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Kanada'da sağlık okuryazarlığı düzeyi Amerika'ya göre daha yüksek saptanmıştır (68).

Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı

Son zamanlarda Türkiye'de de sağlık okuryazarlığı konusuna gereken önem vermeye başlanmış ve gerekli adımlar atılmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2012 yılında "Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı" düzenlemiştir. Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve bazı üniversiteler birlikte hareket ederek sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için çalışmalar planlamaktadır (19).

Sağlık Bakanlığı'nın Stratejik Plan 2013-2017'de sağlık okuryazarlığı konusunda yaptığı planlamada stratejik amaçların içerisine; "bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluklarını artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek" maddesi yer almıştır. Buna bağlı olarak Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile ortak bir çalışma sonucunda Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32)'nin geçerlilik -güvenilirlik çalışması yapılmış ve sonuçları bakanlık tarafından 2016 yılında yayınlanmıştır (68).

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikasının "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire,

HLS-EU-Q)” aracılığıyla Türkiye genelinde 2014 yılında sonuçlarını açıkladığı ve erişkinler üzerinde yaptığı çalışma sonuçlarına göre Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık puanı 30,4 olarak saptanmıştır. Toplumun %64,6’sının yetersiz ve/veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu da ortalama 35 milyon bireyin yetersiz ve/veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Bu araştırmaya göre Türkiye sağlık okuryazarlık düzeyinin Avrupa’da 2012 yılında yapılan benzer bir çalışmaya katılan ülkelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin altında olduğu tespit edilmiştir (6).

Çorum’da kamuya ait ilköğretim okullarında çalışan öğretmenler üzerinde NVS sağlık okuryazarlığı anketi kullanılarak yapılan çalışmada öğretmenlerin %44’ünün çok sınırlı, %29,8’inin sınırlı ve %26,2’sinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Yeterli sağlık okuryazarlık düzeyi sigara ve alkol kullanmayanlarda, kronik hastalığı olmayanlarda ve medyadaki sağlıklı yaşam stilleri ile ilgilenen öğretmenlerde daha yüksek bulunmuştur (69).

Bursa’da 2009 yılında bir üniversitenin aile hekimliği kliniğine başvuran hastalar üzerinde REALM ve NVS ölçeklerinin kullanıldığı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada REALM ölçeğine göre hastaların %2,7’si yetersiz, %38,6’sı marjinal ve %58,7’si yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahipken, NVS ölçeğine göre %28,1’inin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir (63).

1.10. Sağlık Okuryazarlığının Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlişkisi

WONCA Avrupa’nın 2002’de sunduğu tanımlamaya göre, Aile Hekimleri yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin her bireye bakmakla yükümlüdür. Bu bakımın yürütülmesi doğrultusunda, aile hekimlerinde bulunması gereken çekirdek yeterlilikler, birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım olarak belirlenmiştir (70). Aile hekimlerinin, kişilerin her tür sağlık hizmeti alımı bakımından, çoğunlukla sağlık sistemine ilk giriş noktası olmaları takip ettikleri bireylerin bakım hizmetlerinin etkin kullanımı açısından da önem arz eder. Bireylerin sağlık tutumlarının geliştirilmesinin, sağlık hizmetlerine erişimlerinin, sağlık bakımının her düzeyinde sunulan bilgilendirmelerin kişilere sağlanması hususunda,

aile hekimlerinin sağlık okuryazarlığı konusunda yetkinlik ve farkındalık sahibi olmaları önemlidir. Aile hekimleri kapsamlı ve tekrar edilen görüşmelerle, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini tespit ederek, sağlık okuryazarlığı düzeyine uygun etkin girişimler ile toplum ve birey sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık okuryazarlığının önemini vurgulamak üzere, “Sağlık Hizmeti Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality)” “Evrensel Sağlık Okuryazarlığı Tedbirlerini Uygulama Rehberi’nin (Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit)” ikinci sürümünü birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik geliştirerek sunmuştur. Bu kılavuzda, sağlık okuryazarlığı düşük kişilerin farkına varma, onlarla iletişim kurma ve bu kişiler için bilgilendirici materyal hazırlama gibi konulara yer verilmiştir. Bireylere kanıta dayalı olarak yol göstermek için hazırlanan bu kılavuzda; sözlü ve yazılı iletişim, özyönetim, destekleyici sistem ve güçlendirme gibi alt başlıklar bulunmaktadır. Bunlara ilaveten, sağlık sistemi içinde yol alma ve zor hasta grupları için pratik yöntemler gibi anlatımı ortalama 30-40 dakika arası sürecek sunumlar da yer almaktadır (71).

2. Akılcı İlaç Kullanımı

2.1. İlaç ve Önemi

İlaç, birey ve toplum sağlığının korunup sürdürülmesinde ve özellikle iyileştirilmesinde vazgeçilmez bir önem taşır. Ancak gereğince iyi yönetilmeyen ilaç kullanımı çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir (72).

İlaçların doğru zamanda, doğru miktarda, doğru nitelikte ve doğru zamanda kullanılması üzerinde durulması gereken temel yaklaşım olmalıdır. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinde ilacın vazgeçilmez bir önemi olmakla birlikte, yanlış kullanımlarında önemli sağlık sorunlarına neden olacağı da göz önünde bulundurulmalıdır (73).

Aynı zamanda toksik bir madde olma niteliği de taşıyan her ilaç, uygunsuz kullanıldığında ölüme kadar varabilen ciddi hasarlar oluşturabilir. Hatalı kullanımlarında ölüme bile neden olabilirlerken, doğru kullanıldıkları takdirde birey sağlığını tehdit eden durumların önüne geçebilmektedir. Doğru seçim, doğru doz ve yeterli süre ile kullanıldıklarında birey ve toplum sağlığının geliştirilebilmesi ve sürdürülebilmesi için çok önemli yere sahiptirler (74).

Toplum sağlığının sürdürülebilmesi açısından ilaçlar güvenilir olmalı; maliyet etkin olmalı, her gelir grubundan kişiye, ihtiyaç duyulduğunda sağlanabilmeli ve hastanın kendi tercihiyle kullanılmasına müsaade edilmeyecek bir ürün olmalıdır. Potansiyel yan etkilerinden dolayı önemli bir risk potansiyeli olan, tüketicilerin haklarında en az bilgi sahibi olduğu ürün gruplarındandır. Bu doğrultuda ilacın doğru endikasyon, doz ve süre ile kullanılması, kullanıcının iyice bilgilendirilmesi, ilaç alımının takip edilmesi ve değerlendirilmesi toplum sağlığı açısından önemlidir (75).

2.2. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı

DSÖ, sağlık ve sağlığa erişmekte eşitlik ilkesine göre, ilaca erişebilirliği uzun vadeli ilaç politikasının ayrılmaz bir parçası olarak görmüştür. Bundan dolayı yeni çözümler üretilmeye ve geliştirilmeye devam edilmektedir. Alınan önlemlerden biri, “Akılcı ilaç Kullanımı” uygulamalarıdır (76).

DSÖ Nairobi'de düzenlenen bir toplantıda (1985), akılcı ilaç kullanımının tanımını “hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak belirtmiştir (77).

Akılcı ilaç kullanım süreci; hastanın şikâyetlerinin belirlenmesi, tedavinin belirlenip etkinliği ispatlanmış ve güvenilir bir tedavi metodu seçilmesi, sonrasında uygun bir ilacın reçete edilip hastaya anlaşılır bir şekilde anlatılarak tedavinin başlatılması ve tedavinin sonuçlarının değerlendirilmesini içeren yaklaşımları gerektirmektedir. Hastaya doğru bir şekilde tanı konmasından sonra, mevcut seçenekler içinde en uygun ilacın ve/veya ilaç dışı tedavi seçiminin belirlenmesi ve buna göre ilacı yazacak hekimin sorumluluğu ve davranışı, akılcı ilaç kullanımı sürecinde en önemli bileşenlerdendir. AİK ilkelerini uygulanmasında hekimlerin dışında eczacılara, tüm sağlık personeline, ilaç sektörüne, resmi otoriteye ve özellikle bireylere önemli roller düşmektedir (1,72).

Özetle AİK, hastalıkların önüne geçilmesi, kontrol altına alınması ve tedavi edilmesi için doğru ilacın, uygun miktarda, uygun zaman ve uygun fiyatta kullanılmasıdır. AİK'nin, günümüzde toplumda ve sağlık alanında giderek önemi artmaktadır. İlaçlarla tedavinin etkili, güvenli ve ekonomik bir biçimde sağlanmasına olanak veren izleme ve yürütme süreçlerini kapsar. Bu süreçte, önce hekim ve eczacılar olmak üzere sağlık çalışanlarının, devletin, ilaç endüstrisinin ve bireylerin akılcı hareket etmesi gerekmektedir.

2.3. Akılcı İlaç Kullanımında Sorumluluk Sahibi Taraflar

Akılcı ilaç kullanımı sürecinde sorumluluk sahibi taraflar; hekim, eczacı, hemşire, diğer sağlık personeli, hasta ve hasta yakını, düzenleyici otorite, üretici ve diğerleri (medya, akademi vb.) olarak sayılabilir.

Hekimin sorumluluğu

Türkiye dâhil birçok ülkede reçete yazma yetkisi tıp fakültesinden mezun olan hekimlere verilmiştir. Bu yetki, kendi alanlarında kullanmak kaydıyla dış

hekimlerine ve veteriner hekimlere de verilmiş olup, bazı ülkelerde gerekli eğitimi almaları şartıyla bazı sağlık mesleği mensuplarının da sınırlı sayıda ilacı reçete etme imkânları bulunmaktadır. Kimlerin reçete düzenleyebileceği, hangi ilaçların ne tür reçetelerle verilebileceği, reçete içindeki bilgilerin neler olması gerektiği gibi hususlarda ülkelerin kendilere ait yasal düzenlemeleri bulunmaktadır (78).

AİK süreci doğru tanı ile başlar. Doğru tanıya yönelik doğru tedavi planı ve bu süreçte reçete edilen ilaçların seçimi sırasında planlamanın akılcı yapılmaması ciddi sorunlara sebep olabilir. Polifarmasi, hastaya uygun olmayan ilaç seçimi, gereğinden fazla ilaç reçete edilmesi hekimler tarafından en sık yapılan hatalardandır.

Günümüzde aynı endikasyon için geliştirilmiş birçok ilaç bulunmaktadır. Ancak bunların kendi aralarında biyoyararlanım, toksisite, yan etki ve maliyet açısından farklılıklar gösterdiği unutulmamalıdır. Hekim, reçete yazarken tüm bunları, hastanın bireysel özelliklerini ve ayrıca ülkenin sağlık ve ilaç politikalarını, Sağlık Bakanlığı'nın ilaç mevzuatını ve Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nin görüşlerini de bilmeli ve göz önünde bulundurmalıdır. Tüm bunların ışığında kanıta dayalı seçim yapmalı, reçete ettiği ilaçlar hakkında hastaya gerekli tüm bilgileri vermeli, varsa hastanın sorularını cevaplamalıdır (79).

Akılcı ilaç kullanımında sorumluluk büyük oranda hekimde olsa da, hekim tek başına sorumlu tutulamaz. Süreci başlatan hekimin reçete yazmasıdır, ancak, eczacı, hasta ve katkısı olan tüm taraflar sorumluluğu paylaşmalıdır.

Eczacının sorumluluğu

Reçete, her ne kadar üzerinde hastanın ilaç kullanımını tarif ediyor olsa da, esasen eczacıya yazılmış yazılardır. İlaçları hazırlama ve hastaya sunma yetki ve sorumluluğu eczacıdadır. Eczacının, reçetedeki ilaçları temin etme, hata varsa doktor ile görüşerek düzeltme, hastaya kullanımını tarif etme sorumluluğu vardır.

Ülkemizde bağımlılık yapma olasılığı olsun ya da olmasın tüm tıbbi ilaçların satışının reçete ile yapılması esastır. Reçeteye tâbi ilaçların yalnız reçete ile temin

edilebileceği, “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik” ile açıkça ifade edilmiştir. Aynı yönetmelikte; reçeteye tabi olma ölçütleri arasında “doğru kullanılsalar bile, tıbbi gözetim altında kullanılmadıklarında doğrudan veya dolaylı şekilde sağlık açısından tehlike oluşturmaları” ve “sıklıkla ve yaygın olarak yanlış kullanılmaları ve bunun sonucunda insan sağlığı için doğrudan veya dolaylı şekilde tehlike oluşturmaları” ifadelerine de yer verilmiştir (80). Ülkemizde reçetesiz satılmasına müsaade edilen ilaçların sayısının az olmasına rağmen, özel kontrol ve kayıt altında olan ilaçlar hariç, birçok ilaç eczanelerden reçetesiz olarak temin edilebilmektedir. Sık görülen, kısa sürede geçen ve çoğu kez kişinin sağlığını tehdit etmeyen bazı hastalıklarda kullanılan ilaçlar reçetesiz satılabilmektedir. Bunlar arasında soğuk algınlığı ilaçları, ağrı kesiciler, çeşitli deri merhem ve kremleri ve bazı vitamin mineral kompleksleri sayılabilir.

Türkiye’de ilaçların, kutusunda “reçetesiz verilmez” ibaresi bulunmasına karşın, eczanelerden kolaylıkla alınabilmelerinin yanında, şu anda ülkemizde olmayan, siyasal ve ekonomik gerekçelerle meydana çıkarılan bir başka uygulama da tezgâh üstü ilaç satılmasıdır. OTC (over the counter) olarak isimlendirilen bu uygulamada; bireyler, sık görülen hastalıklarda kullanılan bir takım ilaçları hekim reçetesi olmadan alabilmektedirler. Ülkemizde henüz böyle bir uygulama yoktur. Bu ülkelerde bazı antigribal ajanlar, analjezik ve antiinflamatuvar maddeler OTC dâhilindedir. OTC ile belirlenen bazı ilaçlar, marketten herhangi ürün alınıyormuş gibi rahatlıkla satın alınabilmektedir. Bu noktada; eğitimi olmayan hastaların ilaç tercihlerini neye göre yapacakları, ilaç şirketlerinin tüketiciye yönelik yaptıkları reklamların güvenilirlik durumları gibi sorunlar gündeme gelmektedir (81).

Hastanın sorumluluğu

Ülkemizde “Hasta Hakları Yönetmeliği” madde 11 gereğince; “Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.” hükmü yer almaktadır (82). Ancak bu hak aynı zamanda hastaya bazı sorumluluklar yüklemektedir.

Akılcı ilaç kullanımında toplumun sorumluluğu ilaçları akılcı tüketmeleri olmalarıdır. Aynı zamanda bu sorumluluk; toplum ile sağlık çalışanları ve kitle

iletişim araçları arasında paylaşılmalıdır. Akılcı ilaç kullanımına yönelik verilen kararların her kademesinde, yeterli düzeyde ilaç bilgisine ihtiyaç vardır. İlaç bilgisi doğru, tarafsız, güncel, eksiksiz, erişilebilir ve kullanılabilir olup sürekli iyileştirilmelidir (83).

Akılcı ilaç kullanımının önemli bileşenlerinden biri de hastanın ilacı kullanma alışkanlığı ve tedaviye uyumudur; reçete edilen ilaçlar önerilen doz ve zamanda, uyarılara uygun şekilde kullanılmalıdır. Bu etmenler yerine getirilmediği takdirde tedaviye yönelik yapılan uğraşların verimliliği azalmaktadır (84).

Hekime danışmadan ilaç kullanılması, çevreye ilaç tavsiye edilmesi ve çevreden tavsiye alınması, evde ilaç bulundurma/depolama, benzer şikâyetler halinde evde bulunan ilaçların hekim önerisi olmadan kullanılması, reçete edilen ilaçların zamanında alınmaması, doğru dozda ve hekimin tavsiye ettiği zaman içinde kullanılmaması sık görülen sorunlardandır.

Akılcı olmayan ilaç kullanımının; eğitim eksikliği ile birlikte sosyokültürel, sosyoekonomik, yönetsel ve düzenleyici mekanizmalardan kaynaklanan birçok sebebi vardır. Yapılan çalışmalarda hastaların yaş ve eğitim düzeyleri yükseldikçe, sağlık sorumluluğunun da arttığı belirlenmiştir. Ayrıca, kırsal bölgelerde yaşayanlarda, gelir düzeyi düşük olanlarda ve çalışmayanlarda reçeteyi vaktinde almama, ilaçları uygun kullanmama, hekime danışmadan çevresindekilere ilaç verme ve çevresinden ilaç alma ve tedaviyi yarım bırakma gibi uygunsuz ilaç kullanımı davranışlarının daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (85).

2.4. Hastaların İlaç Kullanımını Etkileyen Faktörler

Hasta ve/veya hastalıkla ilgili nedenler

❖ *Hastaların demografik özellikleri:* Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmada hastaların yaş ve cinsiyet ile tedaviyi erken bırakma durumu karşılaştırıldığında erkeklerin kadınlara göre, gençlerin yaşlılara göre daha fazla ilaç kullanmama eğiliminde olduğu saptanmıştır (86).

❖ *Kendini iyi hissetme, tedavinin daha önceden de bırakılması:* Hastalar, kendilerini iyi hissettiklerinde doktorlarına danışmadan ilaçlarını kesmekte veya değiştirmektedir. Bunun yanında çoğu hasta, farmakolojik olmayan tedavileri (yaşam tarzı değişiklikleri, fiziksel aktivite, kişiye uygun düzenlenmiş diyet önerileri gibi) tedaviden saymayıp uygulamayabilirler. Uygulasalar bile tedaviye uyum kısa süreli olabilmektedir. 1998’te Ankara’da yapılan çalışmada hastaların %23,9’u şikâyetleri hafiflediğinde ilacı bıraktığını söylemiştir (87). Erzincan’da yapılan üniversite öğrencilerinin ilaç kullanma alışkanlıklarının değerlendirildiği bir başka araştırmada, öğrencilerin %48’inin şikâyetleri geçtiğinde ilaç kullanmayı bıraktıkları saptanmıştır (88). Adana’daki başka bir araştırmada ise bireylerin %48’inin hekimin reçete ettiği antibiyotikleri bitirmeden bıraktıkları tespit edilmiştir (13).

❖ *Unutkanlık:* Hastaya muayenesi ve tedavi rejimi anlatıldıktan beş dakika sonra yarısının anlatılanları hatırladığı, hastaların tamamının ise üç kez tekrarlandığında ancak hatırladığı gösterilmiştir. Bu nedenle doktor söylediklerini hastaya tekrarlatmalı ve yazılı olarak da vermelidir (89,90).

❖ *Disfajiye neden olan fiziksel bozukluklar:* İnme, myastenia gravis, polimyozit/dermatomyozit gibi nöromuskuler bozukluklar, orofaringeal tümörler ve enfeksiyonlar, geçirilmiş orofaringeal operasyon ve radyoterapi gibi yapısal etkenler, diffüz özefageal spazm, skleroderma, özefageal web, striktür, motilite bozuklukları gibi özefagus hastalıkları disfajiye neden olarak rutin ilaç kullanımını engelleyebilirler (91).

❖ *Sosyokültürel ve ekonomik faktörler:* Sosyal güvencesi olmayan hastalar doktora geç başvurmaktadır. Evsizlik, işsizlik, aynı dil ya da lehçede konuşmama, inanç ve gelenekler ile kültürel faktörler tedaviye uyumu güçleştirebilir (92).

❖ *Hastalığın ciddiyetinin anlaşılabilmesi:* Rastlantısal olarak kronik bir hastalık tanısı (örneğin diyabet) alan hastalar, şikâyetleri olmadığından hastalığın ciddiyetini kısa sürede kavrayamayabilirler. Örneğin hipertansiyon uzun süre hiç belirti vermeden ve komplikasyon gelişmeden seyredebilir. Antihipertansif ilaç kullanımına uyumsuzlukla ilgili yapılan bir çalışmada hastaların “ilaç içmeme gerek yok, başım ağırırsa, tansiyonum yükselirse ilaç içerim” şeklinde ifadeleri olduğu saptanmıştır (93).

❖ *İlaç yan etkileri ile ilgili endişeler:* İlaç bırakmanın en sık sebeplerinden biri de yan etkidir. Doktorlar, ilaçla ilgili en yaygın yan etkileri hastalarına bildirmelidir. Verilecek bilgilerle, yan etki oluşacağının düşünülmesi önlenmeli, hastaların endişeleri en aza indirilmelidir. Bu önlemler tedaviye uyumu artırır (94).

❖ *Doktora güvenmeme ve ilaç tedavisini anlamama:* Hekimler için reçete düzenlemek hasta ile yapılan görüşmelerin ileri aşamasıdır. Hastayla yapılan görüşme genellikle reçetenin verilmesi ile sonlandırılmaktadır. Görüşme sonlandırılmadan önce hekimin reçetede ilaçlarla ilgili gerekli bilgileri verip, hastanın anlayıp anlamadığını sorgulaması da gerekmektedir. Hekimin yoğun çalışma temposundan dolayı bazen görüşmeyi daha fazla uzatmamak, hatta bir an evvel sonlandırmak için hastayı reçete yazarak göndermesi, akılcı olmayan ilaç reçete edilmesi ve kullanılması olarak değerlendirilebilir (7,95).

İlaçlarla İlgili Nedenler

❖ *İlaç tedavisini anlamama:* Tedaviye uyum için hangi ilacın nasıl ve ne zaman kullanılacağı, ne kadar devam edeceği ve ne zaman tedaviyi bırakacağı, hangi durumlarda ilaç dozunun artırılıp-azaltılacağı vs. gibi bilgiler hastalar tarafından bilinmelidir. Kısa süreli tedavilerde bilgi vermek uyumu artırarak ilaç kullanmamayı önleyebilir.

❖ *İlacın sevilmemesi:* Bazı ilaçların tatları acı, bazılarının ise kokusu kötü olduğundan hastalar tarafından sevilmez. İlacı kullanmadaki fiziksel sorunlar (ilaç kutusunun zor açılması vs) ilaç almayı engelleyebilir. Her zaman kullandığı ilacın muadili yazıldığı veya eczacı tarafından verildiğinde, daha önceki kullanımlarda ilacın etkisi hissedilmediğinde veya başkası tarafından etkisiz olduğu söylendiğinde hastalar tarafından ilacın etkisiz olduğu düşünülebilir. Bu da ilacın sevilmemesine, dolayısıyla kullanılmamasına neden olabilir.

❖ *İlaç kullanımıyla ilgili yanlış kanılar:* Ülkemizde enjektabl ilaçların oral ilaçlardan, oral ilaçların inhalasyon yoluyla kullanılan ilaçlardan vs daha etkili olduğu gibi yanlış kanılar bulunmaktadır.

❖ *Gerçek yan etkiler:* Daha önce de söylendiği gibi tedaviyi bırakmanın en sık nedenlerindedir. Bazen doktor tarafından da ilacın bırakılmasını veya

değiştirilmesini gerektirir. Oral antikoagülan tedavisine bağlı kanama olması, antibiyotik kullanımına bağlı önlenemeyen ishaller, teofilin kullanımına bağlı çarpıntının ötesinde aritmi oluşması, steroid kullanımına bağlı hipergliseminin kontrol altına alınamaması gibi durumlar örnek olarak verilebilir. Böyle durumlarda hastanın kendisi tedaviyi terk edecektir. Hastalara tedaviye başlamadan önce yan etkiler yönünden risk değerlendirmesi yapılmalı, bu tür yan etki geliştiğinde ne yapması-yapmaması gerektiği anlatılmalıdır. Tedavinin devamı için ilaç rejimi değiştirilmelidir.

❖ *Sağlık personeli-hasta işbirliği*: Uzun süreli veya hayat boyu ilaç kullanımı hasta için can sıkıcıdır. Bu can sıkıcı duruma bir de yan etkinin eklenmesi durumu daha içinden çıkılmaz hale sokabilir. Hastaları bu can sıkıcı durumdan çıkarmak için iyi bir iletişim sağlanmalıdır. İşbirliğini artırmak için her hastaya eğitim verilmelidir. Ülkemizdeki hasta başına ayrılan muayene süreleri göz önünde bulundurulduğunda, hastaların bir program dâhilinde, gruplar halinde, etkin bir sağlık personeli tarafından eğitilmesi daha gerçekçidir.

❖ *Kullanma-bilgilendirme kılavuzu hazırlanması*: Warfarin, teofilin gibi terapötik doz aralığı dar olan ilaçlar için bilgilendirme broşürü hazırlanmalıdır. Bu broşürlerde prospektüs bilgilerinin yanı sıra ilacın etkileşime girdiği besinler, diğer ilaçlar, yapılabilecek ve yapılamayacaklar tek tek belirtilmelidir. Yine bu broşürlerde hastanın kolaylıkla ulaşabileceği adres ve telefon bilgileri mutlaka bulunmalıdır (96).

Özşahin KA ve ark.'larının aile sağlığı merkezlerine başvuran 792 hastada ilaç kullanmama sebeplerini sordukları bir çalışmada; %42'sinin ilaç kullanmayı istemediği, %38'inin medya etkisi, %34'ünün unuttuğu için ilaçlarını kullanmadıkları raporlanmıştır (97).

2.5. Hastaların Tedaviye Uyumu

DSÖ kronik hastalıklarda uzun dönemli tedavilerde uyum oranının gelişmiş ülkelerde ortalama %50 civarında olduğunu ve sonuç olarak tedaviye devamın azalmasının ciddi bir sağlık sorunu olduğunu, mortalite ile arasında ciddi bir ilişki olduğunu yayınlamıştır (98-100).

Tedaviye uyumsuzluk kasıtlı ya da kasıtsız olmak üzere ikiye ayrılır.

1. *Kasıtsız uyumsuzluk*: Unutkanlıktan kaynaklanan yanlış anlama ve karışıklık içeren durumlarda görülür.
2. *Kasıtlı uyumsuzluk*: Hastanın kendi seçimi ile reçete üzerine müdahale vardır (98-100).

Uluslararası Farmakoekonomi Toplum Araştırma Kurumu “adherence (bağlılık)” ve “compliance (uyum)” ı benzer olarak tanımlar ki bu tanım, tedaviyi söylenen dozda, söylenen aralıkta, söylendiği süre içerisinde almayı kapsar. Bu şekilde tedaviye uyum sağlandıkça etkisinin de aynı boyutta arttığı gözlenmektedir. Kendi kendine ilaç kullanımında uyumsuzluk (yüksek doz ya da tarif edilenden az kullanma ya da kendi kendine göre bir kısmını kullanıp bir kısmını kullanmama) ilaç kullanımına dair çalışmalardaki en büyük sıkıntılardandır (101).

Bütün olarak bakıldığında, ilaç tedavisine uyumu etkileyen çok sayıda etken vardır. Uyum oranlarını negatif yönde etkileyenler; ilaç kullanmayı istememek, ileri yaş, sosyal izolasyon, aşırı fakirlik, ileri yaşta birden fazla kronik hastalık olması, hastanın eğitim düzeyi, hastalığı hakkındaki bilgisi, hastalığın seviyesi ve bu konuda hastaya verilen sosyal desteğin azlığı olarak tanımlanabilir. Sonuç olarak tedaviye uyum ya da uyumsuzluk kompleks bir davranış şekli olmaktadır (101).

İlaç tedavisine uyumsuzluk, hastalığın kötü yönetimine, daha fazla hastanede kalım oranlarına, daha erken kayıplara ve hatta ölüm oranlarının artışına neden olabilmektedir. Düşük maliyetli, hastalarda tedaviye uyumu artırmak üzere geliştirilmiş görüşme ve müdahaleler uygulanılarak, hastalıkların mortalite ve morbidite oranlarındaki kötüleşmelerden kurtulabilir (102).

Örneğin, Paterson DL ve ark.’larının çalışmasında HIV için antiretroviral tedavide ilaca uyum düzeyi arttıkça hastalığın gelişiminin %95 yavaşladığını göstermişlerdir (103). Sackett DL ve ark.’larının çalışmasında antihipertansiflerin tarif edildiği şekilde kullanımı ile kan basıncında %80 oranında kontrolün sağlandığı (104) ve yine WuJR ve ark.’larının çalışmasında kalp yetmezliğinde ilaca uyumun artışıyla %80 oranında sağkalım sürelerinin uzadığı görülmüştür (105). Bu nedenle ilaca uyumu artırıcı girişimler hem tedavinin etkinliğini sağlamada hem de maliyetini düşürmede oldukça faydalı olacaktır.

2.6. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı ve Sonuçları

Akılcı olmayan ilaç kullanım şekilleri; ilaçların gereksiz ve aşırı kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, klinik kılavuzlara uymayan tedavi seçimi, yeni çıkan ilaçların uygunsuz kullanımı, gereksiz antibiyotik tüketimi, uygunsuz kişisel tedavilere başvurulması, uygunsuz vitamin kullanımı, bilinçsiz bitkisel ürünlerin ve gıda takviyelerinin kullanımı, ilaç-ilaç ve besin-ilaç etkileşimlerinin ihmal edilmesi ve ilaç kullanırken özensiz davranılması (doz, süre, uygulama yolu vb.) olarak sayılabilir (106).

Akılcı olmayan ilaç kullanımları nedeniyle toplumsal açıdan birçok sorun ortaya çıkmaktadır (107).

Bu sorunlar arasında kalitedeki azalmaya bağlı olarak ilaç tedavisi sonrasında morbidite ve mortalitede artış oluşması, maddi kaynakların yanlış kullanılması nedeniyle temel ilaçların dahi temin edilmesinde sıkıntılar yaşanması ve tedavi maliyetlerinin artması sonucunda acil ve temel ilaçlara karşı meydana gelen direnç sayılabilir. Hastaların ilaç bağımlısı haline gelmeleri ve ihtiyaç olmadığı halde artmış ilaç talebi toplumsal açıdan önemli problemlerdir. İlaçların gerektiğinden çok ya da yanlış şekillerde kullanılması, hem hasta güvenliğini riske atmakta, hem de kaynakların boşa harcanmasına yol açmaktadır. AOİK nedeniyle ortaya çıkan sorunları kısaca şu şekilde sıralayabiliriz;

- ❖ Hastaların tedaviye uyumunun bozulması ya da azalması
- ❖ İlaç etkileşimleri sebebiyle istenmeyen sonuçların ortaya çıkması
- ❖ Bazı ilaçlara karşı direnç gelişimi ve mikrobiyal direnç artışı
- ❖ Hastalık sürelerinin uzaması
- ❖ Hastalığın tekrarlaması
- ❖ Hastanede yatış sürelerinin uzaması
- ❖ Yan etkilerin artması
- ❖ Tedavide başarının azalması
- ❖ Hastalarda tedaviye olan güvenin azalması
- ❖ Fiyatları nedeniyle ilaçların temin edilebilirliğinin azalması
- ❖ Tedavi maliyetlerinin artması (108,109)

2.7. Dünyada ve Ülkemizde Akılcı İlaç Uygulamaları

Dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde, akılcı ilaç kullanım durumunu incelemeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır. İlaç kullanımının özel dikkat gerektirdiği çocuk, hamile ve karaciğer veya böbrek fonksiyon bozukluğu gibi kronik sistemik hastalığı olan kişilerde akılcı ilaç kullanımı konuları incelenirken, en çok da yaşlı hastalarda polifarmasi konusunun üzerinde durulmuştur (110,111).

Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması için DSÖ tarafından çeşitli öneriler geliştirilmiştir. Bunlar arasında; ilaç kullanım politikalarının düzenlenmesi için ulusal düzeyde multidisipliner bir kurumun kurulması, temel ilaç listelerinin oluşturulması, klinik rehberlerin hazırlanması, bölgelerde ve hastanelerde ilaç kurullarının kurulması, sürekli tıp eğitiminin bağlayıcı şekilde uygulanması, mezuniyet öncesi probleme dayalı farmakoterapi eğitimine yer verilmesi, idare, denetim ve geribildirim sisteminin oluşturulması, halkın ilaçlar hakkında eğitilmesi, ilaçlara dair tarafsız bilginin temin edilmesi, uygun ve uygulanan bir yasal düzenlemenin hayata geçirilmesi, uygun olmayan finansal teşviklerin önlenmesi, ilaçların ve personelin sürekli mevcudiyeti için gerekli harcamaların hükümetçe yapılması yer almaktadır (112).

Akılcı ilaç kullanımıyla ilgili sağlık mensuplarına, özellikle de hekimlere gerek mezuniyet öncesi gerekse hizmet içi çeşitli eğitim programları düzenlenmiştir. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine DSÖ'nün "temel ilaçların kullanımına yönelik eylem planı" doğrultusunda probleme dayalı rasyonel farmakoterapi eğitimi interaktif metotlar ile verilmektedir. Bu eğitimi alanlarla almayanların karşılaştırıldığı bir çalışmada, alanların uygun ilaç seçimi, tedavi süresi, endikasyonlar konusunda daha başarılı oldukları görülmüştür (113).

Ülkemizde ise AİK ile ilgili yürütülen çalışmalar yaklaşık 20 yıldır devam etmektedir. Bunların neticesinde 12 Ekim 2010'de "Akılcı İlaç Kullanım Birimi" kurulmuştur. "Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu" bünyesinde "Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi" faaliyet göstermektedir. Birim tarafından konu ile ilgili illerde etkinlikler düzenlenmekte, Ekim 2014'ten itibaren internet sitesi üzerinden aylık e-bülten yayınlanmakta, kılavuzlar, rehberler, eğitim

amaçlı sunumlar, videolar, ses dinletileri ve anketler kullanıma sunulmaktadır. Bunlar arasında “Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Akılcı İlaç Kullanımı Kitapları, Birinci Basamakta Akılcı Reçete Yazımı, Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı, Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı, Hekimlerin Akılcı Reçeteleme Yaklaşımı, Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Halk Eğitimi kitapları, Hastane Hekim, Eczacı, Hemşire ve yatan hasta anketleri” yer almaktadır. Bunların dışında fakültelerde öğrenim görmekte olan öğrencilerin akılcı ilaç kullanımı hususunda dikkatlerini çekmek ve akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması, sağlık çalışanlarında ve toplumda akılcı ilaç kullanımı hakkında farkındalık oluşturulması için yenilikçi projeler /çözümler üretmelerinin sağlanması amacıyla 2016’da “Akılcı İlaç Kullanımı Proje Yarışması” organize edilmiştir. İl sağlık müdürlüklerinde, il içi koordinasyonun sağlanması amacıyla “Akılcı İlaç Kullanımı İl Temsilcisi” bulunmaktadır. Ayrıca hastanelerde hizmet kalite standartları gereği; planlama yapmak ve faaliyetlerde bulunmak üzere “Akılcı İlaç Kullanım Ekipleri” oluşturulmuştur. Akılcı ilaç kullanımını artıracak eylemlerin yürütülmesi için işbirliği ve koordinasyonun sağlanması; hekim, eczacı, yardımcı sağlık personeli, topluma ve ilaç sektörüne yönelik akılcı ilaç kullanımı doğrultusunda davranış değişikliği oluşturma amacı ve etki edilen taraflarda akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, farkındalık ve bilinç seviyelerini yükseltme amacı ile “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” düzenlenmiştir. Bu planda; akılcı ilaç kullanımına dair mevcutta yürütülen ve ileride yapılması planlanan eylemler tek çatı altında birleştirilmiş, her faaliyetle ilgili sorumlu taraflar ve işbirliği yapılacak taraflar tespit edilmiştir. Planda 6 başlık altında 20 stratejik hedef 99 faaliyet hedeflenmiştir. Plan doğrultusunda öncelikli faaliyet alanı olarak “Akılcı Antibiyotik Kullanımı” belirlenmiştir. Bu kapsamda güney bölgesindeki iller başta olmak üzere ülkemizde yoğun olarak bir dizi faaliyet yürütülerek antibiyotik kullanımının azaltılması konusunda başarılı sonuçlar elde edilmesi üzerine Sağlık Bakanlığı tarafından bu planın devamı niteliğinde “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022” çalışması başlatılmıştır (95,114).

Sağlık Bakanlığı tarafından, 2010 yılı itibari ile “İlaç Takip Sistemi” ve kare kod uygulaması başlatılmıştır. Sistemin hedefleri, “farmakovijilans, sahte ilaçlardan

ve sahte ambalajlardan korunma, politika oluşturmaya esas olarak veri oluşturma ve artı faydalar” olarak belirlenmiştir (115). Hastane işleyişinin akılcı ilaç kullanımı ilkeleri kapsamında yürütülmesini sağlamak için ve akılcı ilaç kullanımı konusunda (sağlık hizmeti sunucularında ve vatandaşlarda) farkındalığın oluşmasına yönelik çalışmaların planlanması için Sağlık Bakanlığı tarafından “Hastane Hizmet Kalite Standartları; Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Kılavuz” yayınlanmıştır (106).

2.8. Aile Hekimliği ve Akılcı ilaç

Aile hekimi, tanımı gereği birinci basamakta kişi merkezli ve aile temelli toplum yönelimli bir sağlık hizmet sunumundan sorumludur. Aile hekimi bu hizmeti bir ekiple birlikte verir ve ekibin yönetiminden sorumludur.

Aile hekiminden disiplinin tanımlanan özelliklerini ve yeterliliklerini hekimlik pratiğine aktarması beklenir. Akılcı ilaç kullanım ilkeleri doğrultusunda hareket eden hekim ilacın “doğru endikasyonda, doğru dozda, doğru uygulama yoluyla, doğru sürede, doğru kişide/toplulukta” uygulanmasına itina gösterir; ilaç tercihinde “etkililik, güvenlilik, uygunluk ve maliyet” özelliklerini göz önünde bulundurur.

Aile hekimi; toplum yönelimli ve birey merkezli yaklaşımıyla, sunmakta olduğu bütüncül, kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti anlayışı ile bu ilkelerin uygulanmasında özel bir konumdadır.

Teşhis, ilaç tedavisine karar verme, doğru ilacın reçete edilerek hastanın/yakınının bilgilendirilmesi, tedavinin takibinin akılcı ilaç kullanım ilkeleri doğrultusunda uygulanması aile hekiminin sorumluluğundadır. Aile hekiminin kişiyi merkeze alan yaklaşımı, onu tanı ve tedavi süreçlerinin ortak katılımcısı yapması AİK'nin tedavi ilkeleriyle tam olarak örtüşmektedir. Akılcı ilaç kullanımı doğrultusunda ilaç seçimi, “etkililik, güvenlilik, uygunluk ve maliyet” kriterleri göz önünde bulundurularak yapılır. İlgili endikasyon için önceden tedavisini belirlemiş olan hekim, her hastası için bunların uygunluğunu tekrar ele alır, böylece o kişiye ve o duruma özel bireysel ilaç/tedavi seçimi yapmış olur. Aile hekiminin hastasıyla olan sürekliliğe dayanan ilişkisi ilacın dozu, süresi ve kullanım talimatları hakkında

hastayı yeterli düzeyde bilgilendirmesine ve ilacın doğru sürede kullanılması sürecini de izlemesine olanak tanır (116).

Ülkemizde ve dünyada akılcı ilaç kullanımı konusundaki iyileştirme çalışmalarının merkezinde birinci basamak hekimi yer almaktadır. Aile hekimleri akılcı ilaç kullanımı uygulamalarının yaygınlaştırılmasına katkıda bulunacak en güçlü gruptur. Bu nedenle, akılcı ilaç kullanımına dair eğitimin hem uzmanlık eğitimi, hem de sürekli mesleki gelişim faaliyetleri ile entegre edilmesi ve aile hekiminin akılcı ilaç kullanımı konusunda desteklenmesi gerekmektedir (117).



GEREÇ VE YÖNTEM

1. Araştırma Tipi

Araştırmanın tasarım tipi kesitsel-analitiktir.

2. Araştırma Evreni

Araştırmanın evreni İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Karşıyaka 17 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan ve veri toplama sürecinde aile sağlığı merkezine başvuran bireylerden oluşmuştur.

3. Örneklem Büyüklüğü ve Seçimi

Örneklem büyüklüğü hesaplamasında NCSS-Power Analysis and Sample Size® (PASS) 2007 yazılımı kullanıldı. Daha önce yapılan bir çalışmanın verileri kullanılarak (doktor tavsiyesi olmadan soğuk algınlığı ilacı kullananların SOY puan ortalaması $13,36 \pm 4,88$, kullanmayanların $14,37 \pm 3,89$) ve dağılımın 1:2 olacağı öngörülerek 312 kişi olarak hesaplandı. Örneklem hacmi yüzde 20 artırılarak minimum 374 kişiye ulaşılması hedeflendi. Veri toplama tarihi olarak belirlenen 02.01.2019 - 29.04.2019 tarihleri arasında eğitim aile sağlığı merkezine başvuran ve araştırmaya dâhil olma kriterlerini taşıyan 402 kişi araştırmanın örneklemini oluşturdu.

4. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri

- ❖ 02.01.2019 – 29.04.2019 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Karşıyaka 17 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurmuş olmak
- ❖ 18-65 yaş arasında olmak
- ❖ Okuryazar olmak
- ❖ Herhangi bir sağlık kurumunda çalışmıyor olmak
- ❖ Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak

- ❖ Yazılı ve sözlü onam vermiş olmak

5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- ❖ Anket sorularını ve/veya ölçek maddelerini eksik cevaplamak

6. Veri toplama

Veri toplama araçları olarak bireylerin sosyodemografik özelliklerinin ve ilaç kullanım alışkanlıklarının sorgulandığı bir adet anket formu ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini tespit etmeye yönelik “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32)” kullanıldı (Ek 1) (Ek 2). Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilerden anket formunu ve ölçeği eksiksiz doldurmaları istenmiştir.

Anket formunda bireylerin cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, meslekleri, sosyal güvenceleri, gelir düzeyleri, gelir-gider dengeleri, gazete-kitap okuma alışkanlıkları, sağlık durumlarına ilişkin algıları, kronik hastalıkları, hastalık durumunda ilk başvurdukları sağlık merkezleri ve ilaç kullanım alışkanlıkları sorgulandı. İlaç kullanım alışkanlıklarını belirleme doğrultusunda sorulan sorularda; doktora danışmadan ilaç kullanma durumları ve en sık kullandıkları ilaçlar, çevre tavsiyesi ile ilaç kullanma ve çevreye ilaç tavsiye etme durumları, reçete edilen ilacı kullanma durumları ve bitirmeden bırakma sebepleri, ilaçla ilgili bilginin edinildiği kaynak, ilaç kullanma talimatını okuma durumları, ilaç kullanırken dikkat edilen konular, hekim tarafından reçete edilen ilaçtan fayda görmediklerini düşündükleri zaman izledikleri yol, evde ilaç bulundurma durumları ve en sık bulundurdukları ilaçlar sorgulanmıştır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32 (TSOY-32)

TSOY-32 ölçeği Okyay ve ark. tarafından geliştirilip, geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) Çalışması Kavramsal Çerçevesi temelinde geliştirilen 32 maddelik likert özellikte yeni bir sağlık okuryazarlığı değerlendirme ölçeğidir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili iki boyut (tedavi ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili dört bilgi edinme sürecini (ulaşma, anlama,

değerlendirme ve kullanma/uygulama) içermektedir. İki temel boyut ve dört süreci içeren 2x4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen maddeler Tablo 2'de sunulmuştur. Her madde “çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok” şeklinde derecelendirilmiştir (68).

Tablo 2. TSOY-32'nin iki temel boyut ve dört süreci içeren 2x4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen maddeler

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

(Kaynak: Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. 1st ed. Okyay P, Abacıgil F, editors. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016)

7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişkenler

Çalışmanın bağımlı değişkenleri ilaç kullanım alışkanlıklarının dağılımı ile TSOY-32 ölçeğinden elde edilen sağlık okuryazarlığı düzeyidir.

Bağımsız değişkenler

Çalışmanın bağımsız değişkenleri sosyodemografik değişkenler ile ilaç kullanım alışkanlıklarını yansıtan değişkenlerdir.

8. İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler IBM Statistical Program for Social Sciences (SPSS) Statistics® v17.0 paket programına girilerek analiz edildi. Tüm istatistiksel analizlerde $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

Çalışmanın tanımlayıcı analizlerinde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, 1.-3.çeyrek değeri ve en küçük-en büyük değer; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde dağılımları kullanıldı.

Yaş durumu, karşılaştırmalarda kullanılmak üzere; ortanca yaş olan 40,5 yaşa göre “≤40,5 yaş” ve “>40,5 yaş” olmak üzere iki kategoriye ayrıldı. Eğitim durumu ise “lise ve altı” ve “üniversite ve üstü” olmak üzere iki kategoriden oluşan bir değişken olarak karşılaştırmalara dahil edildi.

Analizlerde karşılaştırılmak üzere; bireyler ilaç kullanım alışkanlıklarına göre iki kategorik gruba ayrıldı. Sorgulanan ilaç kullanım alışkanlığına “evet, sıklıkla” ve “evet, nadiren” cevaplarını veren bireyler bir kategorik grubu (*evet*); “hayır, hiçbir zaman” cevabını veren bireyler diğer kategorik grubu (*hayır*) oluşturdu.

Bireylerin TSOY-32 ölçeğinden elde ettikleri genel indeks puanı ve alt boyut puanları hesaplanırken çok kolay-4, kolay-3, zor-2 ve çok zor-1 puan olarak kabul edildi. Genel indeks puanı ve alt boyut puanları aşağıdaki formül kullanılarak hesaplandı;

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

TSOY-32 ölçeğinden minimum sıfır maksimum elli puan alınmaktadır. Sıfır en düşük sağlık okuryazarlığını, elli puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir.

Sağlık okuryazarlığı kategorileri oluşturulurken;

- ❖ 0-25 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı,
- ❖ >25-33 puan: sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı,
- ❖ >33-42 puan: yeterli sağlık okuryazarlığı,
- ❖ >42-50 puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı olmak üzere dört grupta sınıflandırıldı (13).

Bağımsız gruplarda ortalamaların karşılaştırılmasında Student T Testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiye Ki Kare Testi ile bakıldı.

9. Etik Onay

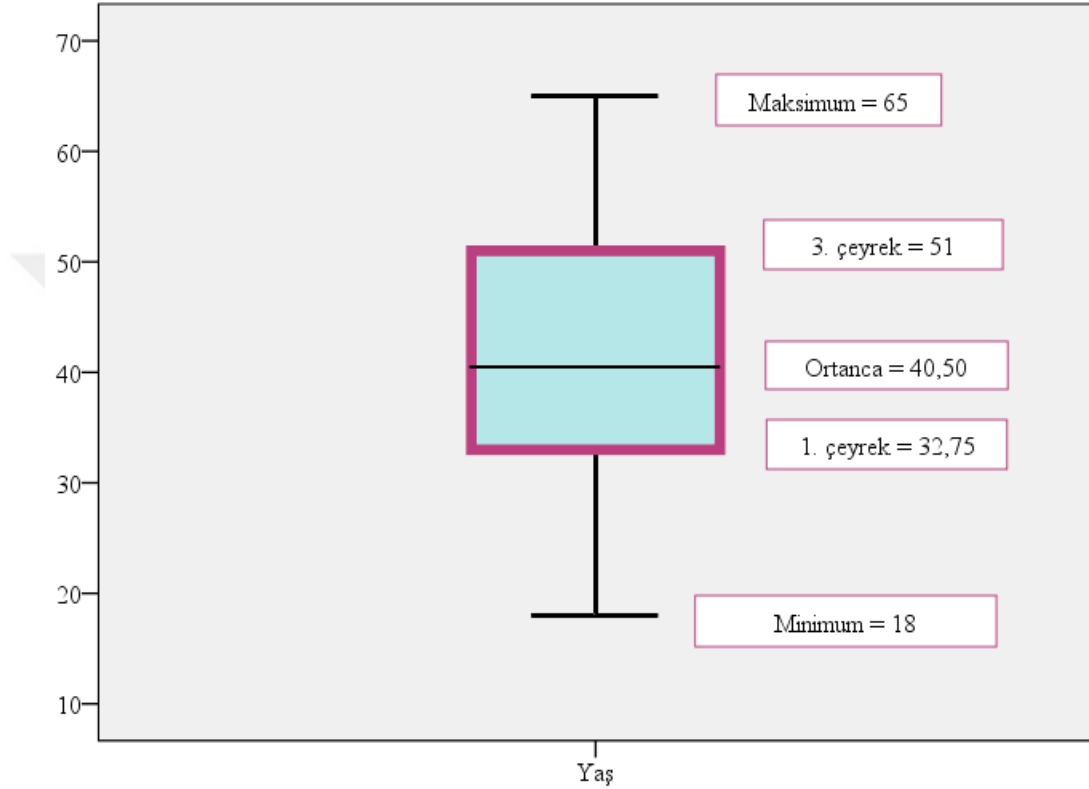
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.11.2018 tarihli ve 398 sayılı karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek 3). Çalışmanın İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Karşıyaka 17 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmesi için İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 4). TSOY-32 ölçeğinin kullanılması için gerekli izin elektronik posta yoluyla Pınar Okyay'dan alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu okuyup imzalamaları istenmiştir (Ek 6).



BULGULAR

1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya toplam 402 gönüllü katılmış olup, yaş ortalamaları $41,15 \pm 11,58$ (ortanca=40,5) bulunmuştur (Şekil 3).



Şekil 3. Araştırma grubunun minimum, maksimum, 1.-3.çeyrek ve ortanca yaşları

Araştırmaya grubundaki bireylerin %52,2'si (n=210) kadın, %47,8'i (n=192) erkektir.

Eğitim durumu dağılımına bakıldığında, araştırma grubundaki bireylerin yarısından fazlasının üniversite mezunu (%53,2) (n=214) olduğu görülmektedir.

Araştırma grubundaki bireyler meslek/çalışma özelliklerine göre değerlendirildiğinde yaklaşık yarısının ev hanımlarından (%24,6) (n=99) ve emekli bireylerden (%21,1) (n=85) oluştuğu görülmektedir.

Araştırma grubunun tamamına yakınının (%96,8) (n=389) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında bir sosyal güvenceye sahip olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyi dağılımları incelendiğinde araştırma grubunun yaklaşık üçte biri (%35,8) (n=144) aylık gelirlerinin 3500 TL ve üstünde olduğunu beyan ederken, gelir-gider dengeleri sorulduğunda yarıdan fazlası (%59,2) (n=238) gelirlerinin giderlerine denk olduğunu beyan etmiştir.

Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur.



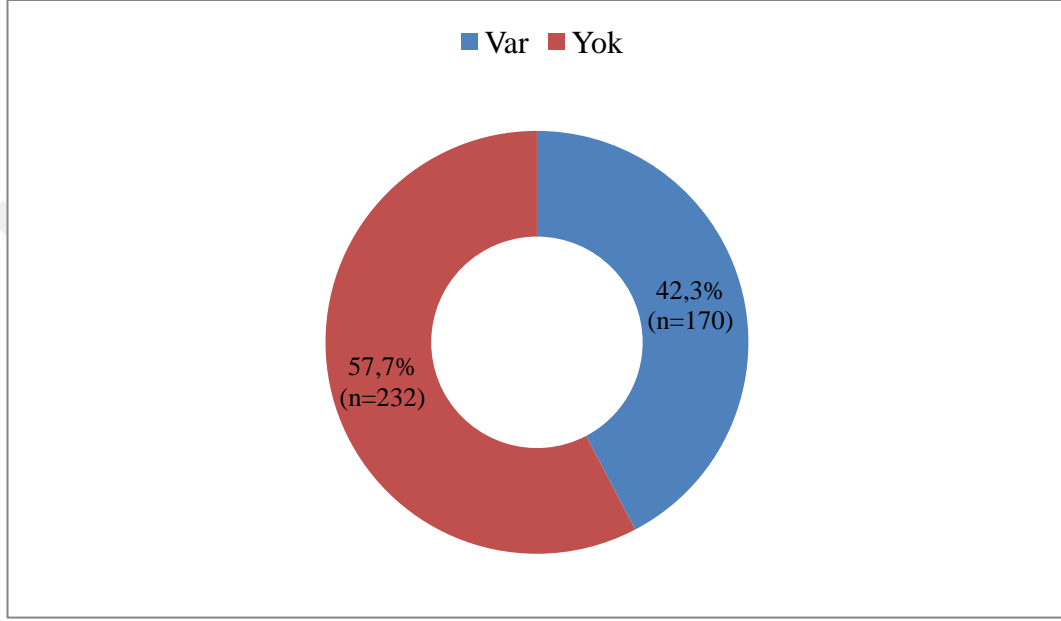
Tablo 3. Araştırma grubunun sosyodemografik ve ekonomik özelliklerinin dağılımı

Sosyodemografik özellik	n	%
Cinsiyet		
Kadın	210	52,2
Erkek	192	47,8
Eğitim durumu		
Okuryazar	3	0,7
İlkokul	37	9,2
Ortaokul	17	4,2
Lise	131	32,6
Üniversite ve üzeri	214	53,2
Meslek/çalışma durumu		
Ev hanımı	99	24,6
İşçi	60	14,9
Emekli	85	21,1
Öğrenci	20	5,0
Memur	58	14,7
Esnaf	24	6,5
Serbest çalışan	35	13,2
Soysal güvence		
SGK (SSK, Bağkur, Emekli Sandığı)	389	96,8
Yeşilkart	2	0,5
Özel sigorta	6	1,5
Yok	5	1,2
Gelir düzeyi		
999 TL ve altı	14	3,5
1000 – 1499 TL arası	35	8,7
1500 – 2499 TL arası	98	24,4
2500 – 3499 TL arası	111	27,6
3500 TL ve üstü	144	35,8
Gelir-gider dengesi		
Geliri giderinden az	125	31,1
Geliri giderine denk	238	59,2
Geliri giderinden fazla	39	9,7
Toplam	402	100

2. Sağlık Durumuyla İlgili Bulgular

Araştırmaya dâhil edilen bireylerin %42,3'ünün (n=170) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir.

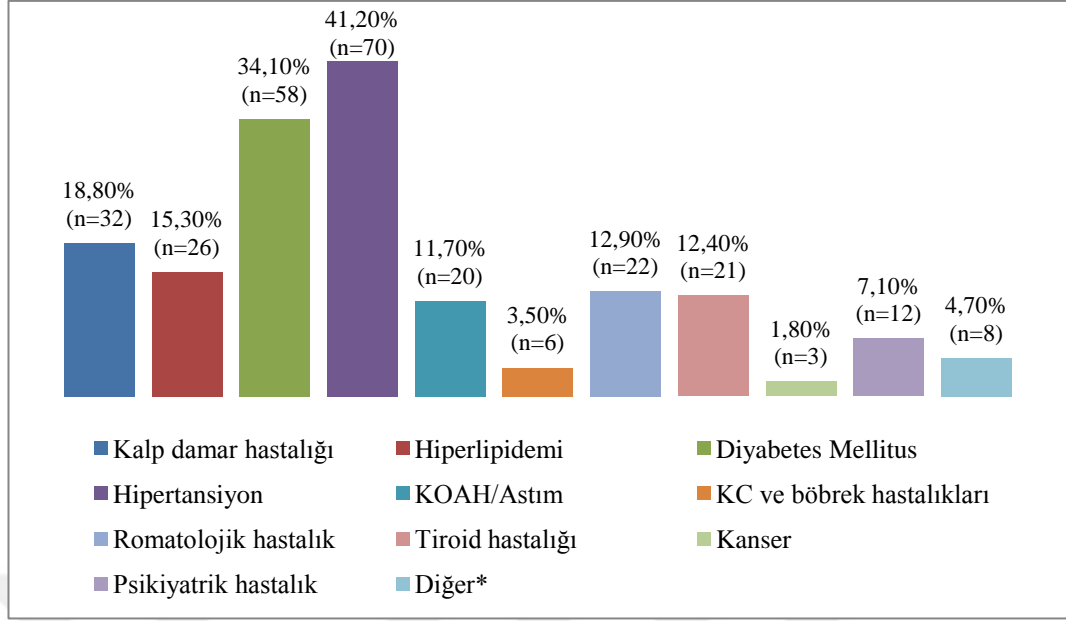
Araştırma grubunun kronik hastalık varlığına göre dağılımı Şekil 4'te sunulmuştur.



Şekil 4. Araştırma grubunun kronik hastalık varlığına göre dağılımı

Araştırma grubundaki bireylerde en sık görülen kronik hastalığın %41,2 (n=70) ile hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Hipertansiyonu sırasıyla diyabetes mellitus (%34,1) (n=58) ve kalp damar hastalıkları (%18,8) (n=32) takip etmiştir.

Araştırma grubunda mevcut olan kronik hastalıkların dağılımı Şekil 5'te sunulmuştur.

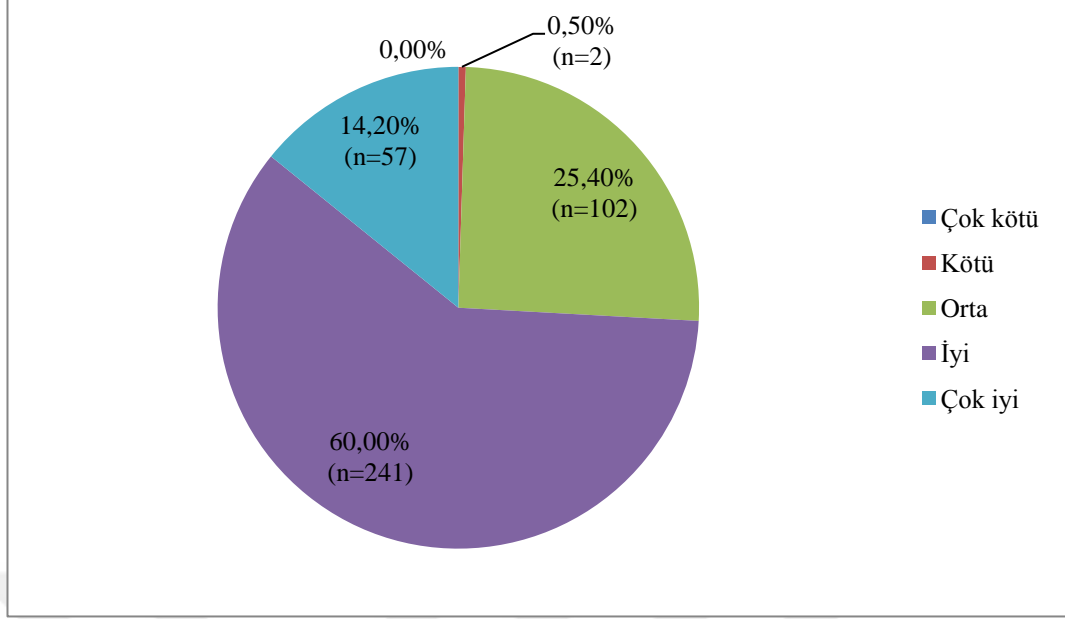


Şekil 5. Araştırma grubunda mevcut olan kronik hastalıkların dağılımı

*Üç kişide kronik ürtiker, bir kişide benign prostat hastalığı, bir kişide çölyak hastalığı, bir kişide multipl skleroz, bir kişide polikistik over hastalığı, bir kişide kontakt dermatit saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin genel sağlık durumlarıyla ilgili algıları sorgulandığında %60'ının (n=241) sağlık durumlarını "iyi" olarak nitelendirdiği görülürken; sağlık durumunu "kötü" ve "çok kötü" olarak nitelendiren 59 kişinin (%14,7) bulunduğu saptanmıştır.

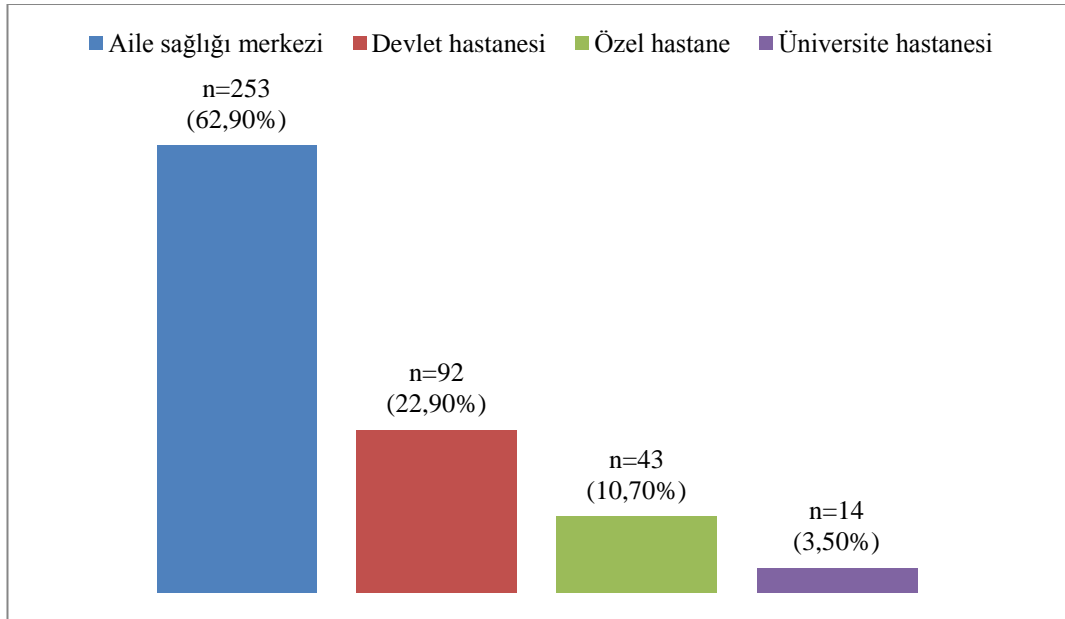
Araştırma grubunun genel sağlık durumlarıyla ilgili algılarının dağılımı Şekil 6'da sunulmuştur.



Şekil 6. Araştırma grubunun genel sağlık durumlarıyla ilgili algılarının dağılımı

Araştırmaya dâhil edilen bireylere hastalanma durumunda ilk başvurdukları yerler sorulduğunda %62,9'unun (n=253) ilk olarak aile sağlığı merkezine başvurduğu saptanmıştır.

Araştırma grubunun hastalandıklarında ilk başvurdukları yerlerin dağılımı Şekil 7'de sunulmuştur.



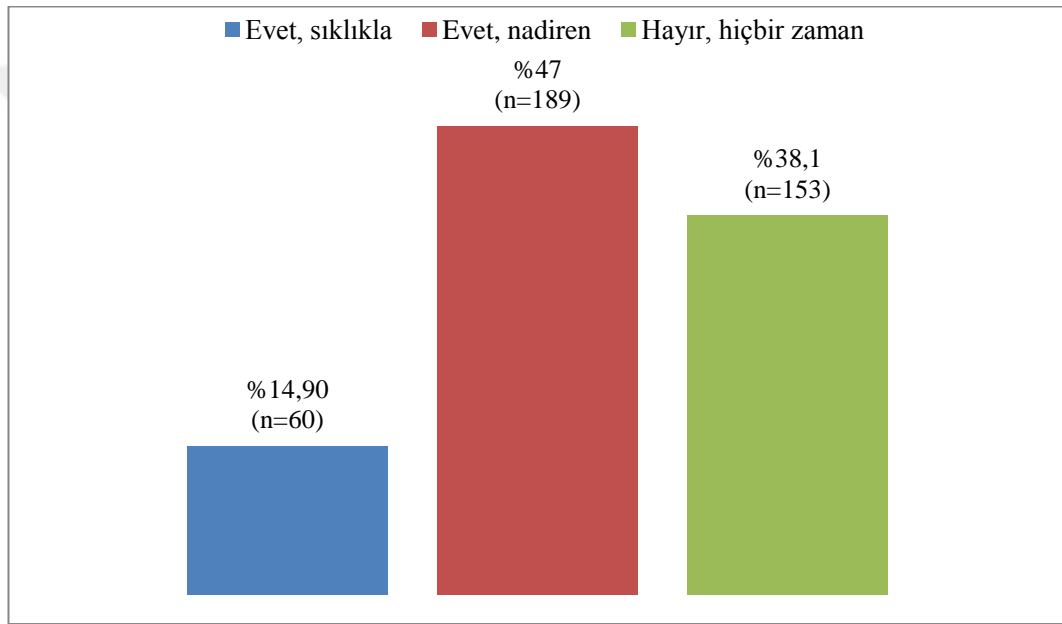
Şekil 7. Araştırma grubunun hastalandıklarında ilk başvurdukları yerlerin dağılımı

3. İlaç Kullanım Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

3.1. Doktora danışmadan ilaç kullanım durumu

Doktora danışmadan ilaç kullanma durumları sorulduğunda; 402 kişinin %47'si (n=189) nadiren, %14,9'u (n=60) sıklıkla doktora danışmadan ilaç kullandığını beyan etmiştir.

Araştırma grubunda doktora danışmadan ilaç kullanım durumunun dağılımı Şekil 8'de sunulmuştur.

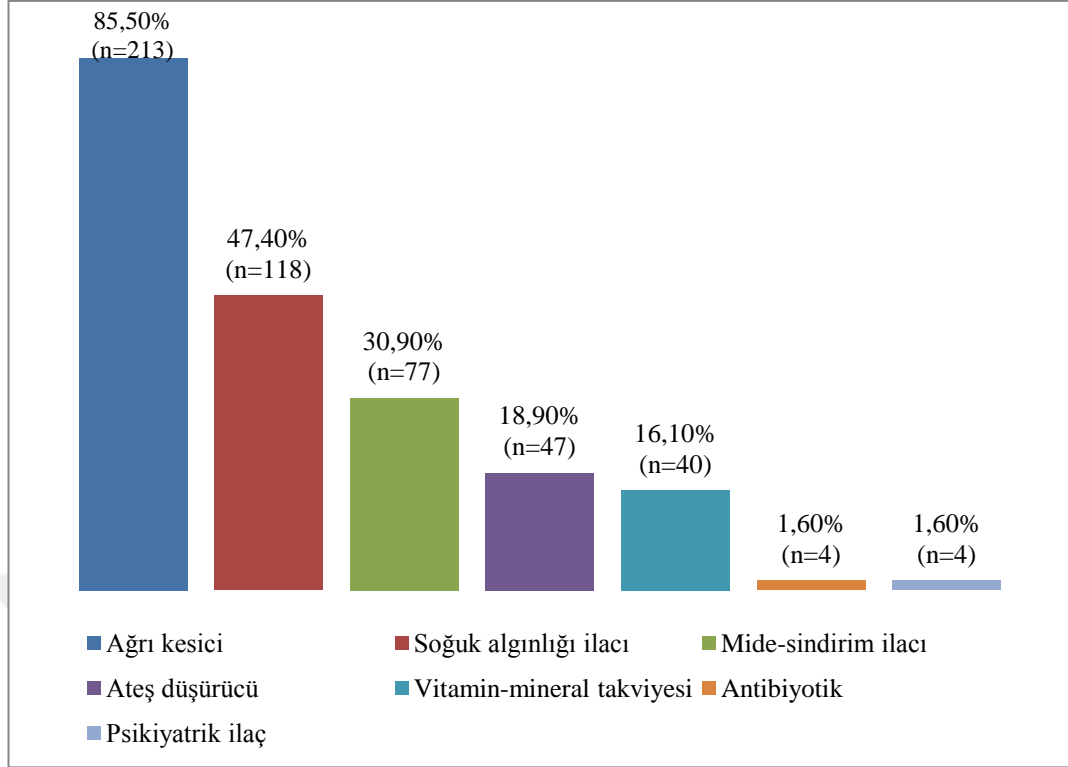


Şekil 8. Araştırma grubunda doktora danışmadan ilaç kullanım durumunun dağılımı

3.2. Doktora danışılmadan en sık kullanılan ilaç grupları

Doktora danışmadan en az bir ilaç kullandığını belirten 249 kişinin en sık kullandıkları ilaç grupları sorgulandığında; ilk üç sırada ağrı kesicilerin (%85,5) (n=213), soğuk algınlığı ilaçlarının (%47,4) (n=118) ve mide sindirim sistemi ilaçlarının (%30,9) (n=77) yer aldığı saptanmıştır.

Araştırma grubunda doktora danışılmadan en sık kullanılan ilaç gruplarının dağılımı Şekil 9'da sunulmuştur.

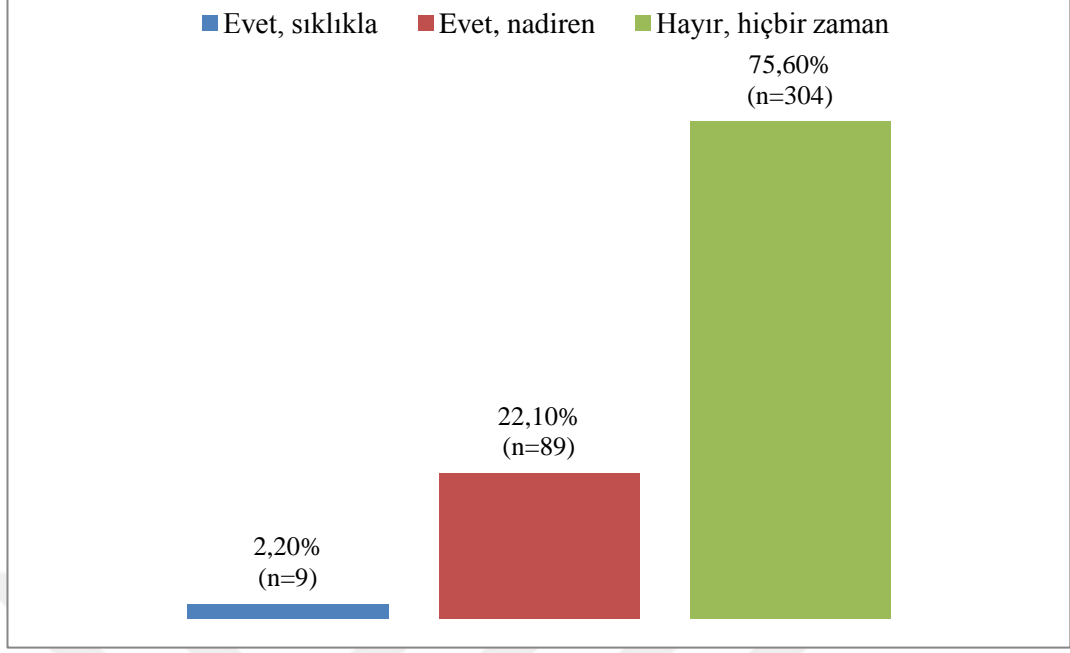


Şekil 9. Araştırma grubunda doktora danışılmadan en sık kullanılan ilaç gruplarının dağılımı

3.3. Çevre tavsiyesi ile ilaç kullanım durumu

Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma durumları sorgulandığında; araştırmaya katılan 402 bireyin %75,6'sı (n=304) hiçbir zaman kullanmadığını beyan etmiştir.

Araştırma grubunun çevre tavsiyesi ile ilaç kullanım durumlarının dağılımı Şekil 10'da sunulmuştur.

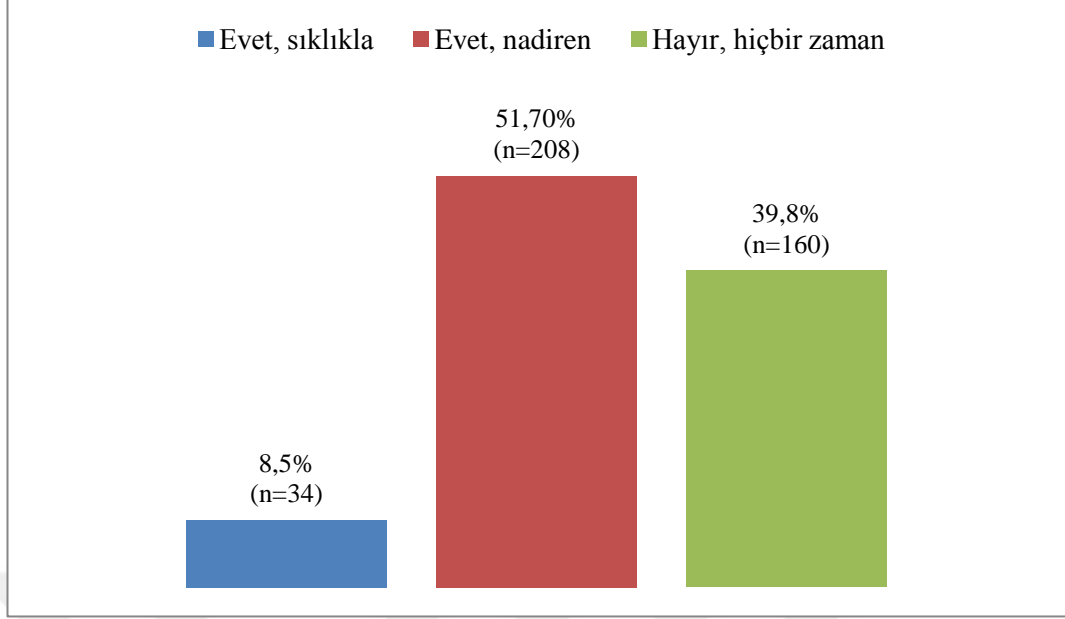


Şekil 10. Araştırma grubunun çevre tavsiyesi ile ilaç kullanım durumlarının dağılımı

3.4. Doktor tarafından reçete edilen ilacı kullanma durumu

Doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumu sorgulandığında; araştırmaya katılan 402 bireyin %51,7'si (n=208) nadiren bitirmeden bıraktığını, %8,5'i (n=34) sıklıkla bitirmeden bıraktığını belirtmiştir.

Araştırma grubunun reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumunun dağılımı Şekil 11'de sunulmuştur.



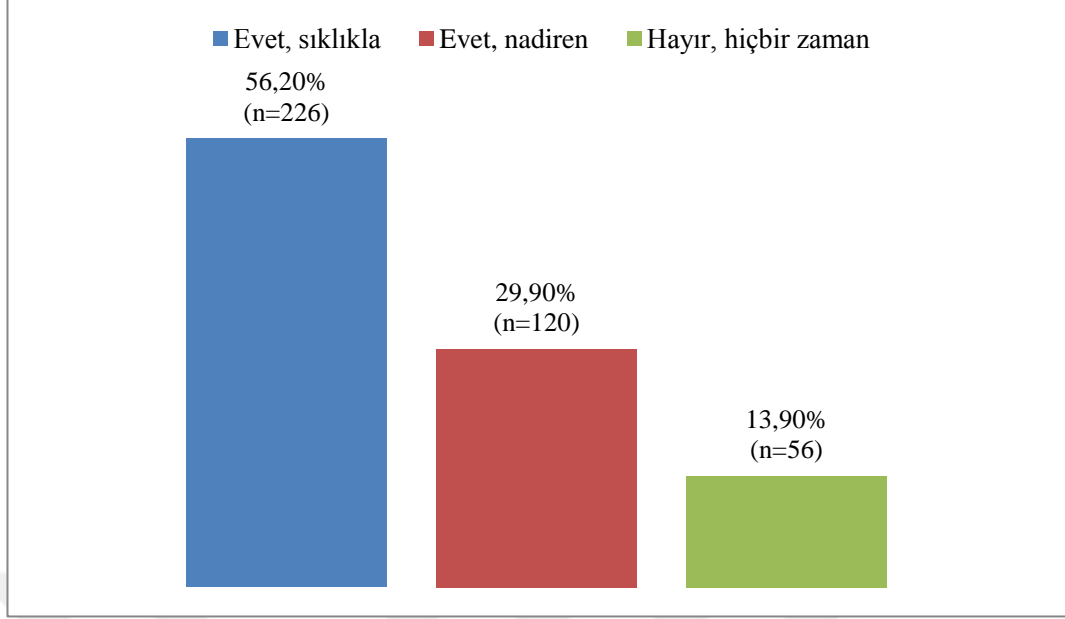
Şekil 11. Araştırma grubunun reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumunun dağılımı

Reçete edilen ilacı bitirmeden bıraktığını belirten 242 kişiye bitirmeden bırakma sebepleri sorulduğunda; %75,9'u (n=183) iyileşme, %36,1'i (n=87) fazla ilaç içmek istememe, %14,9'u (n=36) fayda görmediğini düşünme, %13,7'si (n=33) unutkanlık ya da kullanmaktan sıkılma, %2,5'i (n=6) alerji, %0,4'ü (n=1) diğer (yan etki görülmesi) sebebiyle bıraktıklarını belirtmişlerdir.

3.5. İlaç kullanma talimatını okuma durumu

Kullanılan ilaçların kullanma talimatını (prospektüs) okuma alışkanlığı sorulduğunda; araştırmaya katılan 402 bireyin %56,2'si (n=226) sıklıkla okuduğunu belirtmiştir.

Araştırma grubunun ilaç kullanma talimatını okuma durumunun dağılımı Şekil 12'de sunulmuştur.



Şekil 12. Araştırma grubunun ilaç kullanma talimatını okuma durumunun dağılımı

3.6. İlaç kullanırken dikkat edilen hususlar

Araştırma grubunda ilaç kullanılırken en sık dikkat edilen hususun ilacın miktarı olduğu bulunurken; en az dikkat edilen hususun diğer ilaçlara birlikte kullanımı olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin ilaç kullanırken dikkat ettikleri hususlar Tablo 4'te sunulmuştur.

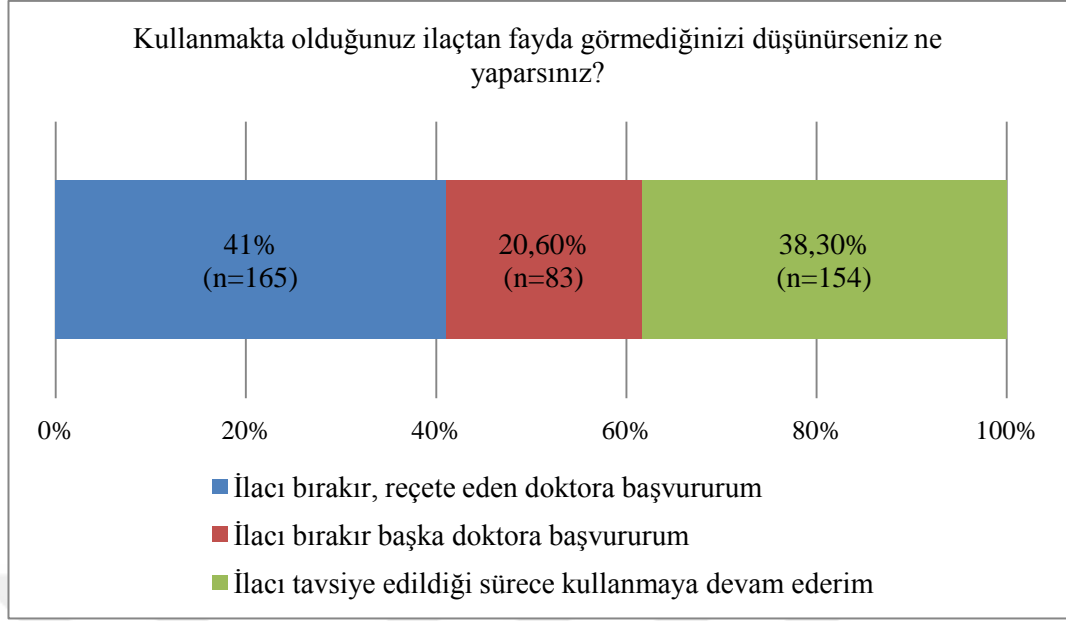
Tablo 4. İlaç kullanırken dikkat edilen hususlar

	Evet dikkat ederim % (n)	Bazen dikkat ederim % (n)	Hayır dikkat etmem % (n)	Toplam % (n)	
İlaç kullanırken dikkat edilen hususlar	Aç/tok iken alımına dikkat eder misiniz?	%97,5 (392)	%2,5 (10)	%0 (0)	%100 (402)
	Saatine dikkat eder misiniz?	%79,4 (319)	%19,7 (79)	%1 (4)	%100 (402)
	Miktarına dikkat eder misiniz?	%98,5 (396)	%0 (0)	%1,5 (6)	%100 (402)
	Diğer ilaçlarla birlikte kullanımına dikkat eder misiniz?	%47,5 (191)	%25,6 (103)	%26,9 (108)	%100 (402)
	Son kullanma tarihine dikkat eder misiniz?	%75,9 (305)	%19,4 (78)	%16,7 (19)	%100 (402)

3.7. İlaçtan fayda görülmediği düşünüldüğünde izlenen yol

“Kullanmakta olduğunuz ilaçtan fayda görmediğinizi düşünürseniz ne yaparsınız?” sorusuna araştırma grubundaki her beş bireyin dördü “ilacı bırakır, reçete eden doktora başvururum” ya da “ilacı tavsiye edildiği sürece kullanmaya devam ederim” cevaplarını vermiştir.

Araştırma grubunun ilaçlardan fayda görmediklerini düşündüklerinde izledikleri yolların dağılımı Şekil 13’te sunulmuştur.

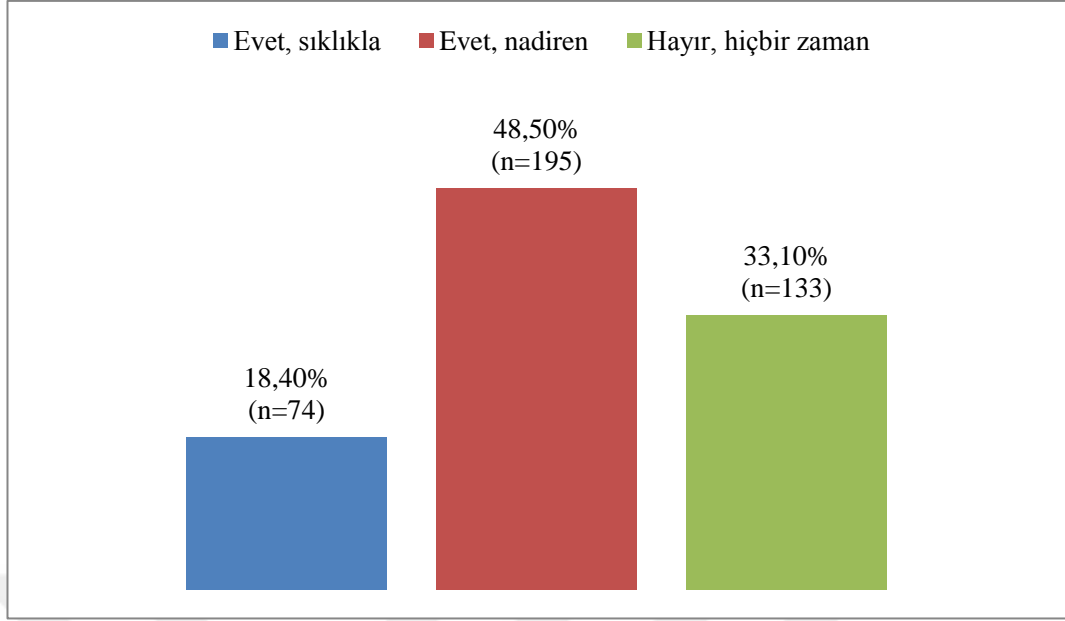


Şekil 13. Araştırma grubunun ilaçlardan fayda görmediklerini düşündüklerinde izledikleri yolların dağılımı

3.8. Evde ilaç bulundurma durumu

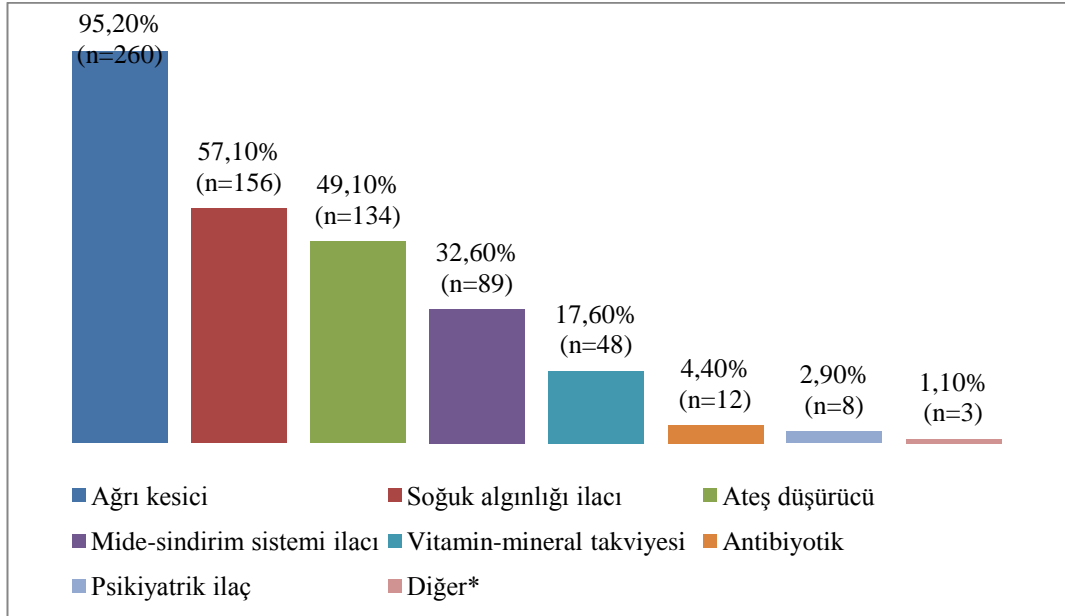
“Evde bulunsun diye ilaç yazdırır veya eczaneden alır mısınız?” sorusuna; araştırmaya katılan 402 bireyin %18,4’ü (n=74) sıklıkla, %48,5’i (n=195) nadiren bulundururum cevabını vermiştir.

Araştırma grubunun evde ilaç bulundurma durumunun dağılımı Şekil 14’de sunulmuştur.



Şekil 14. Araştırma grubunun evde ilaç bulundurma durumunun dağılımı

Evde en az bir ilaç bulundurduğunu belirten 269 kişiye en sık bulundurdukları ilaç grupları sorulduğunda; ilk üç sırada ağrı kesicilerin (%95,2) (n=260), soğuk algınlığı ilaçlarının (%57,1) (n=156) ve ateş düşürücülerin (%49,1) (n=134) yer aldığı saptanmıştır (Şekil 15).



Şekil 15. Evde en sık bulundurulan ilaç gruplarının dağılımı

*Probiyotik kapsül, antiinflamatuar topikal jel, antihistaminik tablet

4. İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi

4.1. Doktora danışmadan ilaç kullanım durumu

Cinsiyet ile doktora danışmadan ilaç kullanma durumu karşılaştırıldığında; kadınların %65,7'si, erkeklerin %57,8'i doktora danışmadan ilaç kullandıklarını belirtmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,103$).

Araştırma grubunda doktora danışmadan ilaç kullanma durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Araştırma grubunda doktora danışmadan ilaç kullanma durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması

		Doktora danışmadan ilaç kullanma			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Cinsiyet	Kadın	138 (%65,7)	72 (%34,3)	210 (%100)	0,103
	Erkek	111 (%57,8)	81 (%42,2)	192 (%100)	
	Toplam	249 (%61,9)	153 (%38,1)	402 (%100)	

Ortanca yaşa göre iki kategoriye ayrılan çalışma grubunda 40,5 yaş ve altı olanların %60,7'sinin, 40,5 yaş üzeri olanların %63,2'sinin doktora danışmadan ilaç kullandıkları görülmekte olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,608$).

Araştırma grubunda doktora danışmadan ilaç kullanma durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Araştırma grubunda doktora danışmadan ilaç kullanma durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması

		Doktora danışmadan ilaç kullanma			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Yaş	≤40,5 yaş	122 (%60,7)	79 (%39,3)	201 (%100)	0,608
	>40,5 yaş	127 (%63,2)	74 (%36,8)	201 (%100)	
	Toplam	249 (%61,9)	153 (%38,1)	402 (%100)	

Eğitim durumuna göre doktora danışmadan ilaç kullanma durumu karşılaştırıldığında; lise ve altı mezunu bireylerin %80,3'ü doktora danışmadan ilaç kullandıklarını belirtirken, üniversite ve üstü mezunu bireylerin %45,8'i doktora danışmadan ilaç kullandıklarını belirtmiş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Araştırma grubunda doktora danışmadan ilaç kullanma durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Araştırma grubunda doktora danışmadan ilaç kullanma durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması

		Doktora danışmadan ilaç kullanma			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Eğitim	Lise ve altı	151 (%80,3)	37 (%19,7)	188 (%100)	0,000
	Üniversite ve üstü	98 (%45,8)	116 (%54,2)	214 (%100)	
	Toplam	249 (%61,9)	153 (%38,1)	402 (%100)	

4.2. Çevre tavsiyesi ile ilaç kullanım durumu

Cinsiyete göre akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumu karşılaştırıldığında; kadınların %77,1'i, erkeklerin %74'ü akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ile ilaç kullanmadıklarını belirtmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,458$).

Araştırma grubunda akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Araştırma grubunda akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması

		Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanımı			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Cinsiyet	Kadın	48 (%22,9)	162 (%77,1)	210 (%100)	0,458
	Erkek	50 (%26)	142 (%74)	192 (%100)	
	Toplam	98 (%24,5)	304 (%75,6)	402 (%100)	

Yaş gruplarına göre akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumu karşılaştırıldığında; 40,5 yaş ve altı olanların %77,1'inin, 40,5 yaş üzeri olanların %74,1'inin akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanmadıkları görülmekte olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,562$).

Araştırma grubunda akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Araştırma grubunda akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması

		Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanımı			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Yaş	≤40,5 yaş	46 (%22,9)	155 (%77,1)	201 (%100)	0,562
	>40,5 yaş	52 (%25,9)	149 (%74,1)	201 (%100)	
	Toplam	98 (%24,4)	304 (%75,6)	402 (%100)	

Eğitim durumuna göre akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumu karşılaştırıldığında; lise ve altı mezunu bireylerin %42'sinin, üniversite ve üstü mezunu bireylerin ise %8,9'ünün arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullandıkları görülmekte olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Araştırma grubunda akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Araştırma akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması

		Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanımı			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Eğitim	Lise ve altı	79 (%42)	109 (%58)	188 (%100)	0,000
	Üniversite ve üstü	19 (%8,9)	195 (%91,1)	214 (%100)	
	Toplam	98 (%24,4)	304 (%75,6)	402 (%100)	

4.3. Doktor tarafından reçete edilen ilacı kullanma durumu

Cinsiyete göre doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumu karşılaştırıldığında; kadınların %60'ı, erkeklerin %60,4'ü doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bıraktıklarını belirtmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,932).

Araştırma grubunda doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Araştırma grubunda doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması

		Doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Cinsiyet	Kadın	126 (%60)	84 (%40)	210 (%100)	0,932
	Erkek	116 (%60,4)	76 (%39,6)	192 (%100)	
	Toplam	242 (%60,2)	160 (%39,8)	402 (%100)	

Yaş gruplarına göre doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumu karşılaştırıldığında; 40,5 yaş ve altı olanların %61,2'sinin, 40,5 yaş üzeri olanların %59,2'sinin doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bıraktıkları görülmekte olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,684$).

Araştırma grubunda doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12. Araştırma grubunda doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması

		Doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Yaş	≤40,5 yaş	123 (%61,2)	78 (%38,8)	201 (%100)	0,684
	>40,5 yaş	119 (%59,2)	82 (%40,8)	201 (%100)	
	Toplam	242 (%60,2)	160 (%39,8)	402 (%100)	

Eğitim durumuna göre doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumu karşılaştırıldığında; lise ve altı mezunu bireylerin %71,3'ünün, üniversite ve üstü mezunu bireylerin %50,5'inin doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bıraktıkları görülmekte olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Araştırma grubunda doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13. Araştırma grubunda doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması

		Doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Eğitim	Lise ve altı	134 (%71,3)	54 (%28,7)	188 (%100)	0,000
	Üniversite ve üstü	108 (%50,5)	106 (%49,5)	214 (%100)	
	Toplam	242 (%60,2)	160 (%39,8)	402 (%100)	

4.4. İlaç kullanma talimatını okuma durumu

Cinsiyete göre kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumu karşılaştırıldığında; kadınların %84,3'ü, erkeklerin %88'i ilaçların kullanma talimatını okuduklarını belirtmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,280).

Araştırma grubunda kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14. Araştırma grubunda kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması

		Kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Cinsiyet	Kadın	177 (%84,3)	33 (%15,7)	210 (%100)	0,280
	Erkek	169 (%88)	23 (%12)	192 (%100)	
	Toplam	346 (%60,2)	56 (%13,9)	402 (%100)	

Yaş gruplarına göre kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumu karşılaştırıldığında; 40,5 yaş ve altı olanların %91'inin, 40,5 yaş üzeri olanların %81,1'inin ilaçların kullanma talimatını okudukları görülmekte olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,004).

Araştırma grubunda kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. Araştırma grubunda kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması

		Kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Yaş	≤40,5 yaş	183 (%91)	18 (%9)	201 (%100)	0,004
	>40,5 yaş	163 (%81,1)	38 (%18,9)	201 (%100)	
Toplam		346 (%86,1)	56 (%13,9)	402 (%100)	

Eğitim durumuna göre kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumu karşılaştırıldığında; lise ve altı mezunu bireylerin %75,5'inin, üniversite ve üstü mezunu bireylerin ise %95,3'ünün ilaçların kullanma talimatını okudukları görülmekte olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Araştırma grubunda kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16. Araştırma grubunda kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması

		Kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Eğitim	Lise ve altı	142 (%75,5)	46 (%24,5)	188 (%100)	0,000
	Üniversite ve üstü	204 (%95,3)	10 (%4,7)	214 (%100)	
	Toplam	346 (%86,1)	56 (%13,9)	402 (%100)	

4.5. Evde ilaç bulundurma durumu

Cinsiyete göre evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumu karşılaştırıldığında; kadınların %71'inin, erkeklerin %62,5'inin evde ilaç buldukları görülmekte olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,074).

Araştırma grubunda evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 17. Araştırma grubunda evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması

		Evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Cinsiyet	Kadın	149 (%71)	61 (%29)	210 (%100)	0,072
	Erkek	120 (%62,5)	72 (%37,5)	192 (%100)	
	Toplam	269 (%66,9)	133 (%33,1)	402 (%100)	

Yaş gruplarına göre evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumu karşılaştırıldığında; 40,5 yaş ve altı olanların %91,5'inin, 40,5 yaş üzeri olanların %90,5'inin evde ilaç bulundurdukları görülmekte olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,458$).

Araştırma grubunda evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18. Araştırma grubunda evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumunun yaş gruplarına göre karşılaştırılması

		Evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Yaş	≤40,5 yaş	131 (%65,2)	70 (%34,8)	201 (%100)	0,458
	>40,5 yaş	138 (%68,7)	63 (%31,3)	201 (%100)	
	Toplam	269 (%66,9)	133 (%33,1)	402 (%100)	

Eğitim durumuna göre evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumu karşılaştırıldığında; lise ve altı mezunu bireylerin %83,5'inin, üniversite ve üstü mezunu bireylerin ise %52,3'ünün evde ilaç bulundurdukları görülmekte olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Araştırma grubunda evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması Tablo 19'da sunulmuştur.

Tablo 19. Araştırma grubunda evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma durumunun eğitim durumuna göre karşılaştırılması

		Evde bulunsun diye ilaç yazdırma ya da eczaneden alma			p
		Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n (%)	
Eğitim	Lise ve altı	157 (%83,5)	31 (%16,5)	188 (%100)	0,000
	Üniversite ve üstü	112 (%52,3)	102 (%47,7)	214 (%100)	
	Toplam	269 (%66,9)	133 (%33,1)	402 (%100)	

5. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Bulgular

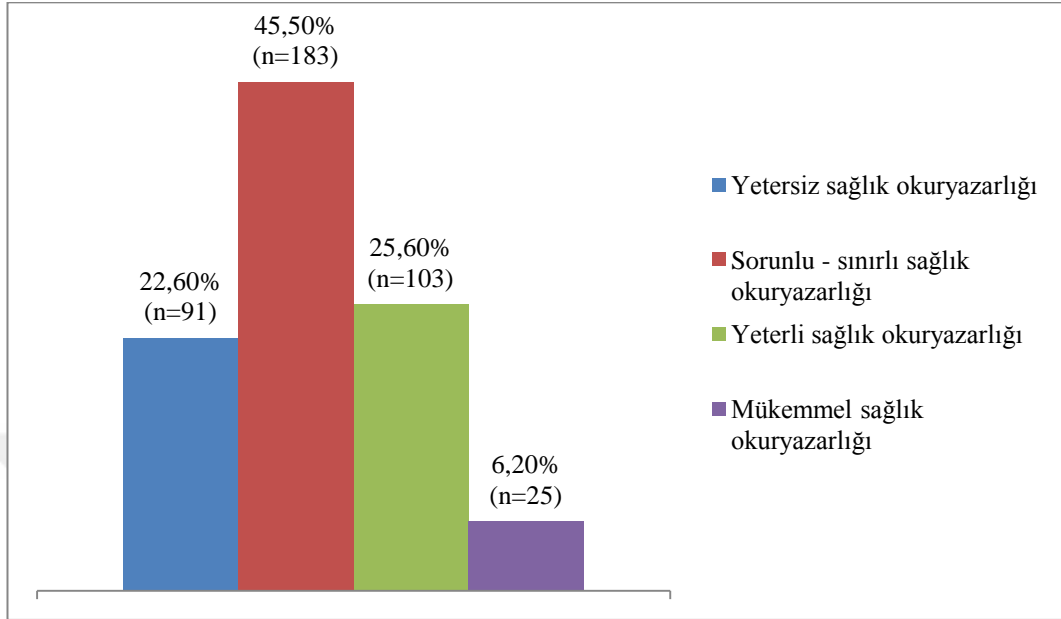
Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların TSOY-32 ölçeği kullanılarak belirlenen genel indeks puanı ortalaması $30,39 \pm 7,82$ olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan indeksin ortanca, 1.-3.çeyrek, minimum ve maksimum değerleri Tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20. Araştırma grubunun ortanca, 1.-3.çeyrek, minimum ve maksimum TSOY-32 genel indeks puanları

Ortalama \pm Standart sapma	Ortanca	1.-3.çeyrek	Min - Max
$30,39 \pm 7,82$	30,73	26,04 – 34,90	5,21 – 50,00

Araştırmaya dâhil edilen 402 kişinin üçte ikisinin yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorilerinde oldukları belirlenmiştir. Mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip kişilerin oranı %6,2 iken yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip kişilerin oranı %25,6 saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlığı kategorilerine göre dağılımı Şekil 16'da sunulmuştur.



Şekil 16. Araştırma grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlığı kategorilerine göre dağılımı

Sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum indeks değerleri Tablo 21'te sunulmuştur.

Tablo 21. Çalışma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum indeks değerleri

Boyut	Ortalama ± Standart sapma	Ortanca	Min - Max
Genel indeks puanı	30,40±7,82	30,73	5,21 – 50,00
Tedavi ve hizmet	31,82±7,76	32,29	7,29 – 50,00
Bilgiye ulaşma	32,47±8,62	33,33	8,33 – 50,00
Bilgiyi anlama	34,01±9,01	33,33	8,33 – 50,00
Bilgiyi değerlendirme	25,39±10,50	25,00	4,17 – 50,00
Bilgiyi kullanma/uygulama	35,43±8,37	33,33	4,17 – 50,00
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	28,96±8,69	29,17	3,13 – 50,00
Bilgiye ulaşma	30,53±9,99	33,33	0,00 – 50,00
Bilgiyi anlama	31,49±9,34	33,33	4,17 – 50,00
Bilgiyi değerlendirme	26,49±11,16	25,00	2,08 – 50,00
Bilgiyi kullanma/uygulama	27,34±9,30	29,17	4,17 – 50,00
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	31,50±8,34	33,33	8,33 – 50,00

Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	32,75±8,27	33,33	4,17 – 50,00
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	25,94±9,96	27,08	2,08 – 50,00
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	31,39±7,77	31,25	2,08 – 50,00

Tablo 21'e göre araştırma grubunun "tedavi ve hizmet" alt boyutunun ortalaması 31,82±7,76, "hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi" alt boyutunun ortalaması ise 28,96±8,69 olarak hesaplanmıştır. "Tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/uygulama" alt boyutu en yüksek ortalamaya sahip iken, "tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme" alt boyutu en düşük ortalamaya sahiptir. "Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama" alt boyutu ortalaması 32,75±8,27 iken; "bilgiye ulaşma" 31,50±8,34, "bilgiyi kullanma/uygulama" 31,39±7,77 ve "bilgiyi değerlendirme" 25,94±9,96'dır.

6. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının cinsiyete göre ortalama puanları ve standart sapmaları Tablo 22'de görülmektedir.

Tablo 22. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının cinsiyete göre ortalama puanları ve standart sapmaları

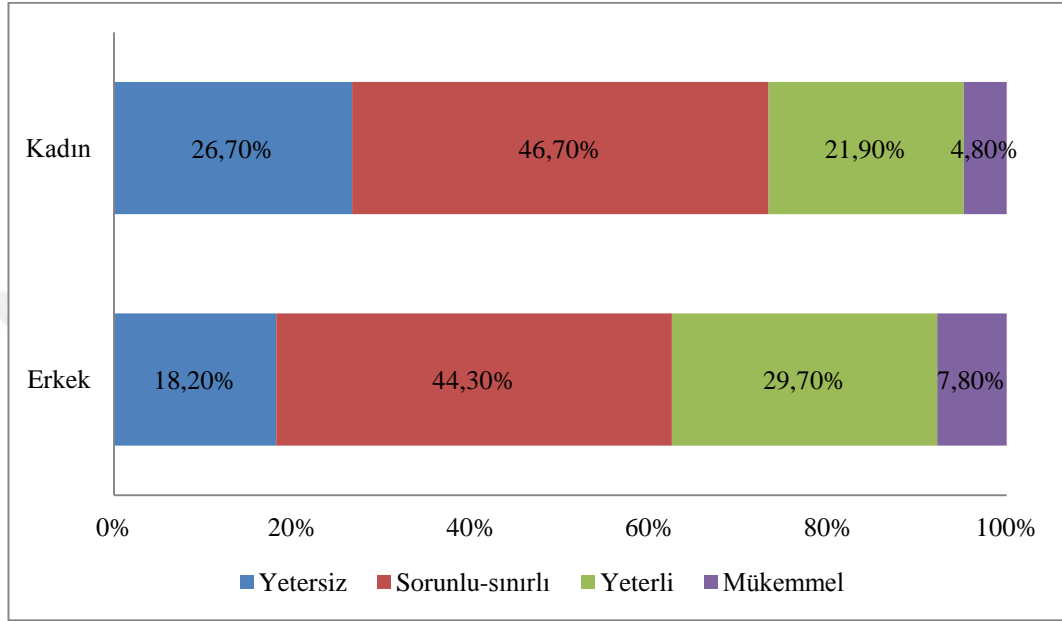
Boyut	Kadın	Erkek	P
	Ortalama ± Standart sapma	Ortalama ± Standart sapma	
Genel indeks puanı	29,84±7,56	31,01±8,07	0,135
Tedavi ve hizmet	31,45±7,65	32,23±7,89	0,318
Bilgiye ulaşma	32,28±8,93	32,67±8,29	0,654

Bilgiyi anlama	33,29±9,02	34,79±8,96	0,097
Bilgiyi değerlendirme	24,86±10,35	25,98±10,66	0,288
Bilgiyi kullanma/uygulama	35,38±8,20	35,48±8,57	0,900
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	28,22±8,37	29,78±8,98	0,072
Bilgiye ulaşma	29,82±9,76	31,32±10,20	0,134
Bilgiyi anlama	30,58±9,23	32,49±9,38	0,040
Bilgiyi değerlendirme	25,14±11,41	27,97±10,72	0,011
Bilgiyi kullanma/uygulama	27,34±8,61	27,34±10,02	0,998
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	31,05±8,28	31,99±8,40	0,262
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	31,93±8,11	33,64±8,36	0,039
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	25,00±9,96	26,97±9,88	0,047
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	31,36±7,27	31,42±8,29	0,942

Tablo 22'ye göre sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ve tüm alt boyut puanları erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir. İstatistiksel olarak anlamlı farkın ise “hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi-bilgiyi anlama (p=0,040)”, “hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi-bilgiyi değerlendirme (p=0,011)”, “sağlıkla ilgili bilgiyi anlama (p=0,039)” ve “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme (p=0,047)” alt boyutlarında bulunduğu görülmektedir. Hem erkeklerde (35,48±8,57) hem de kadınlarda (35,38±8,20) en yüksek puan ortalaması “tedavi ve hizmet-bilgiyi

kullanma/uygulama” alt boyutu için hesaplanmıştır. En düşük puanlar ise her iki cinsiyette de “tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme” alt boyutunda gözlenmiştir.

Araştırma grubunda cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı kategorileri Şekil 17’de sunulmuştur.



Şekil 17. Araştırma grubunda cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı kategorileri

Şekil 17’ye göre kadınların dörtte birinin sağlık okuryazarlığının yetersiz, yarısına yakınının sorunlu-sınırlı, %26,7’sinin yeterli ya da mükemmel düzeyde olduğu görülmektedir. Erkeklerin sağlık okuryazarlığı kategorileri incelendiğinde ise; %37,5’inin yeterli ya da mükemmel olduğu, %44,3’ünün sorunlu-sınırlı, %18,2’sinin yetersiz olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının yaş gruplarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları Tablo 23’te görülmektedir.

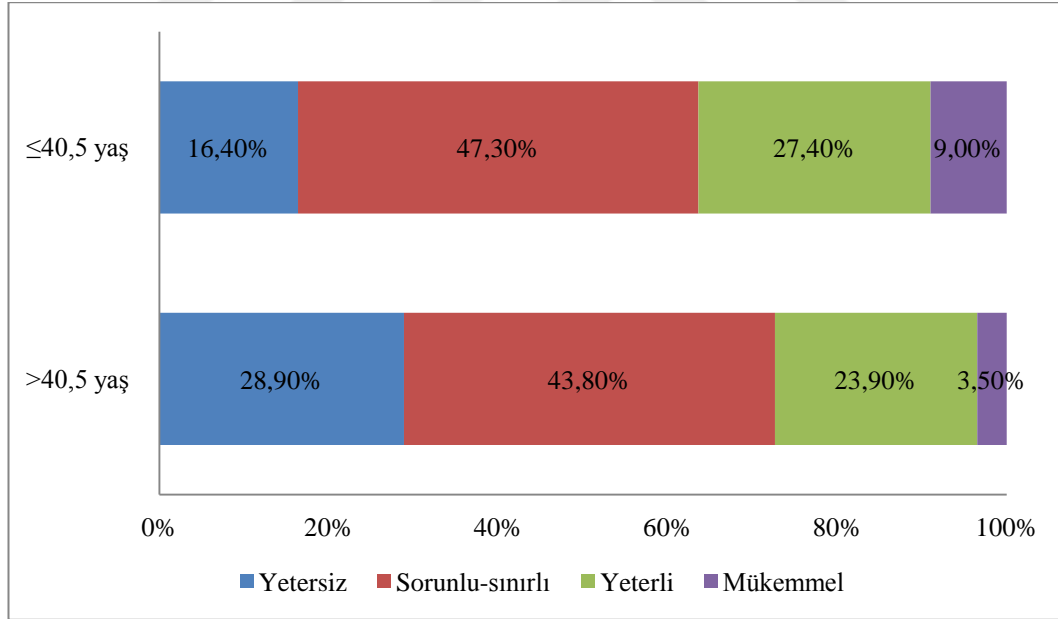
Tablo 23. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının yaş gruplarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları

Boyut	≤40,5 yaş	>40,5 yaş	p
	Ortalama ± Standart sapma	Ortalama ± Standart sapma	
Genel indeks puanı	31,27±7,98	29,52±7,58	0,025
Tedavi ve hizmet	32,72±7,60	30,93±7,84	0,020
Bilgiye ulaşma	33,48±8,07	31,45±9,05	0,018
Bilgiyi anlama	34,81±9,16	33,21±8,82	0,076
Bilgiyi değerlendirme	26,06±10,32	24,73±10,66	0,206
Bilgiyi kullanma/uygulama	36,55±8,35	34,31±8,25	0,07
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	29,81±9,19	28,11±8,09	0,050
Bilgiye ulaşma	31,65±10,05	29,42±9,82	0,024
Bilgiyi anlama	32,28±9,50	30,70±9,12	0,091
Bilgiyi değerlendirme	27,65±11,78	25,33±10,41	0,037
Bilgiyi kullanma/uygulama	27,67±9,92	27,01±8,64	0,475
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	32,57±8,00	30,43±8,54	0,010
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	33,54±8,39	31,95±8,08	0,054
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	26,86±10,26	25,03±9,58	0,066

Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	32,11±7,98	30,66±7,49	0,061
---	------------	------------	-------

Tablo 23’te görüldüğü gibi ortanca yaşa göre iki kategoriye ayrılan çalışma grubunda 40,5 yaş ve altı olanların ortalama genel indeks puanı (31,27±7,98), 40,5 yaş üzeri olanlara (29,52±7,58) göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,025). Her iki yaş grubunda da en yüksek ortalamaya sahip alt boyut “tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/uygulama”dır. En düşük ortalama ise her iki yaş grubu için de “tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme” alt boyutu için hesaplanmıştır. Dokuz alt boyutta yaş grupları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tüm alt boyutlarda yaşı 40,5 ve altı olanlar için ortalama puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunda yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri Şekil 18’de sunulmuştur.



Şekil 18. Araştırma grubunda yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri

Şekil 18’e göre yaşı 40,5 ve altında olanların %16,4’ünün sağlık okuryazarlığı yetersiz iken, %36,4’ünün yeterli ya da mükemmeldir. 40,5 yaş üstünde olanların ise %28,9’unun sağlık okuryazarlığı yetersizdir.

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının eğitim düzeyine göre ortalama puanları ve standart sapmaları Tablo 24’te görülmektedir.

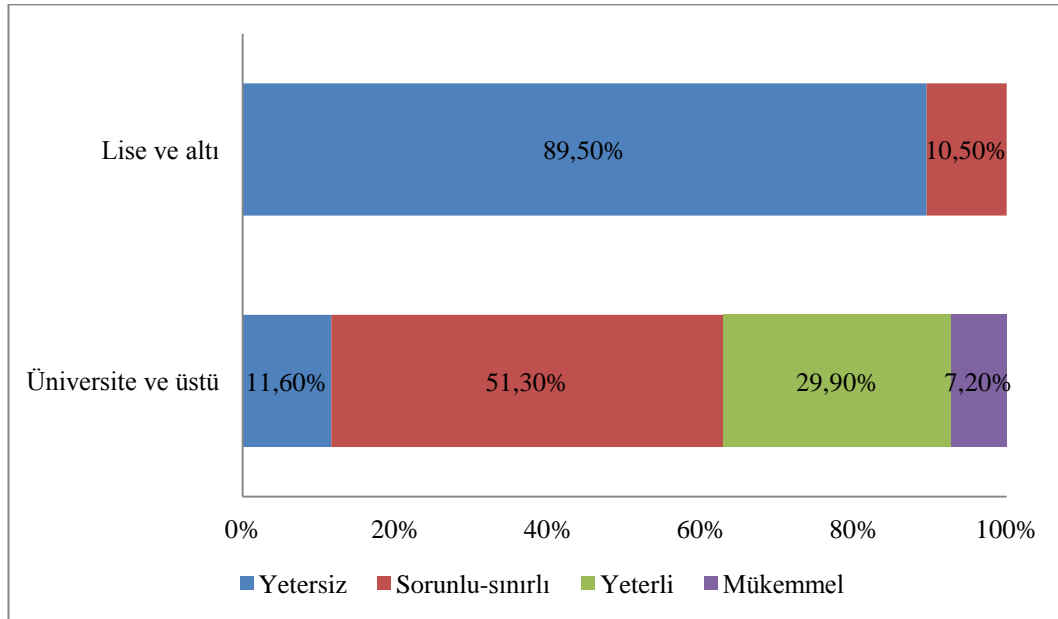
Tablo 24. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının eğitim düzeyine göre ortalama puanları ve standart sapmaları

Boyut	Lise ve altı	Üniversite ve üstü	p
	Ortalama ± Standart sapma	Ortalama ± Standart sapma	
Genel indeks puanı	25,93±6,63	34,31±6,60	0,000
Tedavi ve hizmet	27,59±6,53	35,54±6,81	0,000
Bilgiye ulaşma	28,75±7,89	35,73±7,90	0,000
Bilgiyi anlama	30,03±7,56	37,50±8,75	0,000
Bilgiyi değerlendirme	20,21±8,84	29,95±9,71	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	31,36±7,57	38,40±7,35	0,000
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	24,27±7,35	33,09±7,63	0,000
Bilgiye ulaşma	25,27±8,87	35,16±8,53	0,000
Bilgiyi anlama	27,48±8,55	35,01±8,56	0,000
Bilgiyi değerlendirme	20,79±9,67	31,50±9,93	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	23,56±8,03	30,67±9,08	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	27,00±7,54	35,45±6,89	0,000

Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	28,76±7,37	36,25±7,39	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	20,50±8,14	30,72±8,91	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	27,46±6,91	34,84±6,79	0,000

Tablo 24’te görüldüğü gibi eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanların ortalama genel indeks puanı (34,31±6,60), lise ve altı olanlara (25,93±6,63) göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,000). Her iki eğitim grubunda da en yüksek ortalama sahip alt boyut “tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/ uygulama”dır. En düşük ortalama ise her iki eğitim grubu için de “tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme” alt boyutu için hesaplanmıştır. Tüm alt boyutlarda eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tüm alt boyutlarda eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanlar için ortalama puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunda eğitim düzeyine göre sağlık okuryazarlığı kategorileri Şekil 19’da sunulmuştur.



Şekil 19. Araştırma grubunda eğitim düzeyine göre sağlık okuryazarlığı kategorileri

Şekil 19'a göre eğitim düzeyi lise ve altı olan bireylerin tümünün sağlık okuryazarlığının yetersiz ve sorunlu-sınırlı olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanların ise %11,6'sının sağlık okuryazarlığının yetersiz, %51,3'ünün sorunlu-sınırlı ve %37,1'inin yeterli ya da mükemmel olduğu belirlenmiştir.

7. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İlaç Kullanım Alışkanlıklarını Yansıtan Değişkenlerle İlişkisi

7.1. Doktora danışmadan ilaç kullanım durumu

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının doktora danışmadan ilaç kullanma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları Tablo 25'te görülmektedir.

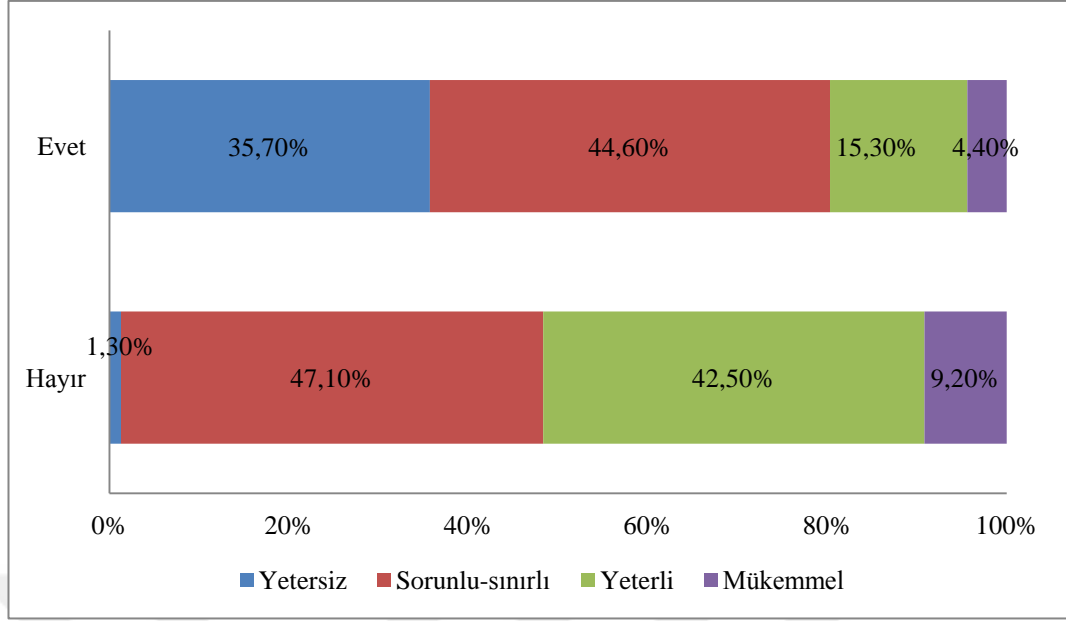
Tablo 25. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının doktora danışmadan ilaç kullanma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları

Boyut	Doktora danışmadan ilaç kullanma		P
	Evet	Hayır	
	Ortalama ± Standart sapma	Ortalama ± Standart sapma	
Genel indeks puanı	27,82±7,87	34,59±5,63	0,000
Tedavi ve hizmet	29,39±7,58	35,78±6,31	0,000
Bilgiye ulaşma	30,24±8,79	36,08±6,98	0,000
Bilgiyi anlama	31,49±8,88	38,10±7,64	0,000
Bilgiyi değerlendirme	22,86±10,45	29,52±9,22	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	32,98±8,09	39,41±7,22	0,000
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	26,24±8,82	33,39±6,35	0,000

Bilgiye ulaşma	27,53±10,28	35,43±7,20	0,000
Bilgiyi anlama	29,25±9,45	35,13±7,92	0,000
Bilgiyi değerlendirme	23,36±11,48	31,59±8,45	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	24,83±9,36	31,43±7,62	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	28,88±8,56	35,76±5,85	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	30,37±8,32	36,61±6,56	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	23,11±10,04	30,56±7,91	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	28,91±7,77	35,42±5,84	0,000

Tablo 25’te görüldüğü gibi doktora danışmadan ilaç kullanmadığını belirten bireylerin ortalama genel indeks puanı (34,59±5,63), doktora danışmadan ilaç kullandığını belirten bireylere (27,82±7,87) göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,000). Her iki grupta da en yüksek ortalamaya sahip alt boyut “tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/ uygulama”dır. En düşük ortalama ise her iki grup için de “tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme” alt boyutu için hesaplanmıştır. Tüm alt boyutlarda doktora danışmadan ilaç kullanma durumu ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tüm alt boyutlarda doktora danışmadan ilaç kullanmayanlar için ortalama puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunun doktora danışmadan ilaç kullanma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri Şekil 20’de sunulmuştur.



Şekil 20. Araştırma grubunun doktora danışmadan ilaç kullanma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri

Şekil 20'ye göre doktora danışmadan ilaç kullandığını belirten bireylerin beşte dördünün sağlık okuryazarlığının yetersiz ve sorunlu-sınırlı olduğu saptanmıştır. Doktora danışmadan ilaç kullanmadığını belirten bireylerin ise %1,3'ünün sağlık okuryazarlığının yetersiz, %47,1'inin sorunlu-sınırlı ve %51,7'sinin yeterli ya da mükemmel olduğu belirlenmiştir.

7.2. Çevre tavsiyesi ile ilaç kullanım durumu

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları Tablo 26'da görülmektedir.

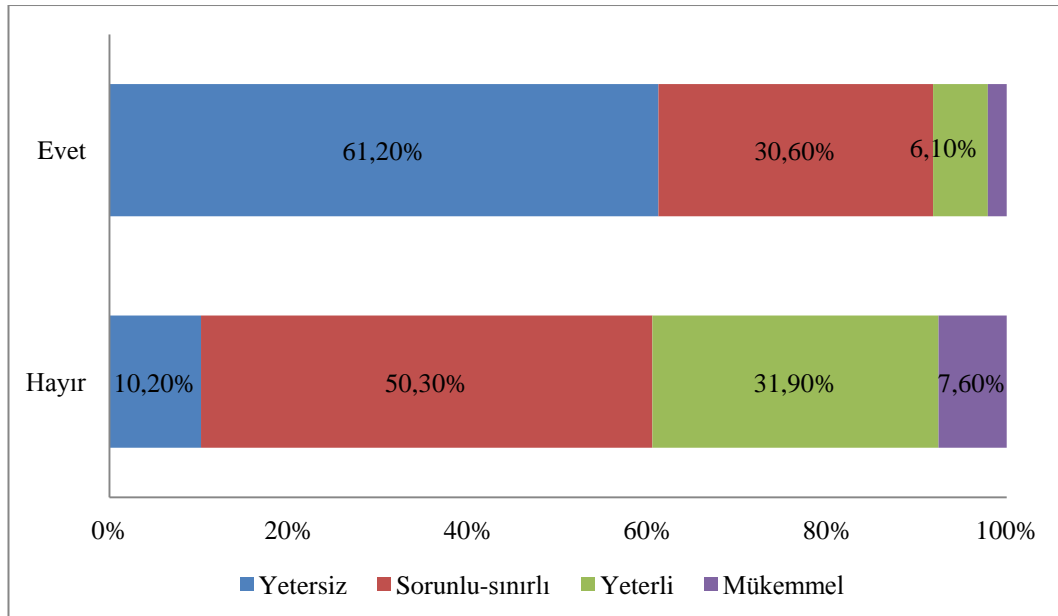
Tablo 26. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanım durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları

Boyut	Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanımı		P
	Evet	Hayır	
	Ortalama ± Standart sapma	Ortalama ± Standart sapma	
Genel indeks puanı	23,92±6,90	32,48±6,91	0,000
Tedavi ve hizmet	26,02±8,71	33,89±6,85	0,000
Bilgiye ulaşma	22,45±9,31	34,54±7,50	0,000
Bilgiyi anlama	28,23±8,02	35,87±8,53	0,000
Bilgiyi değerlendirme	18,03±9,19	27,77±9,78	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	29,34±7,40	37,39±7,70	0,000
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	22,43±7,34	31,07±8,02	0,000
Bilgiye ulaşma	22,79±8,72	33,03±9,06	0,000
Bilgiyi anlama	25,98±8,83	33,26±8,80	0,000
Bilgiyi değerlendirme	19,43±10,63	28,77±10,36	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	21,51±8,22	29,22±8,85	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	24,40±7,88	33,78±7,11	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	27,10±7,66	34,57±7,62	0,000

Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	18,73±8,99	28,27±9,12	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	25,43±6,96	33,31±7,01	0,000

Tablo 26’da görüldüğü gibi akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanmadığını belirten bireylerin ortalama genel indeks puanı (32,48±6,91), kullandığını belirten bireylere (23,92±6,90) göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,000). Her iki grupta da en yüksek ortalamaya sahip alt boyut “tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/uygulama”dır. En düşük ortalama ise her iki grup için de “tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme” alt boyutu için hesaplanmıştır. Tüm alt boyutlarda akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma durumu ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tüm alt boyutlarda akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanmayanlar için ortalama puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunun akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri Şekil 21’de sunulmuştur.



Şekil 21. Araştırma grubunun akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri

Şekil 21'e göre akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullandığını belirten her on bireyden dokuzunun sağlık okuryazarlığının yetersiz ve sorunlu-sınırlı olduğu saptanmıştır. Doktor tavsiyesi haricinde kullanmadığını belirten bireylerin ise %10,2'sinin sağlık okuryazarlığının yetersiz, %50,3'ünün sorunlu-sınırlı ve %3,5'inin yeterli ya da mükemmel olduğu belirlenmiştir.

7.3. Doktor tarafından reçete edilen ilacı kullanma durumu

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları Tablo 27'de görülmektedir.

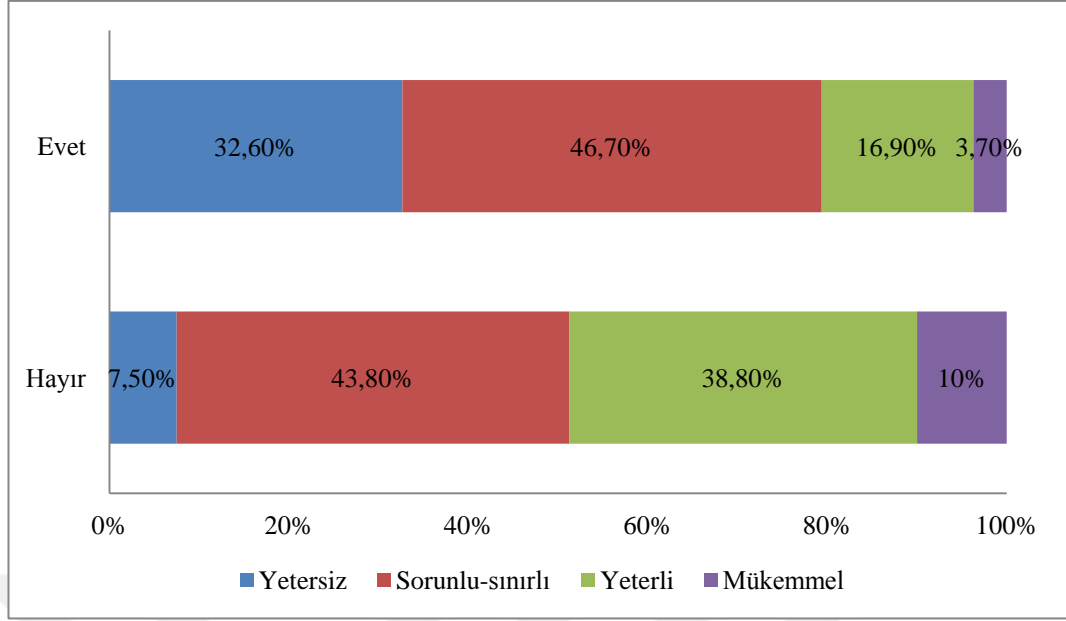
Tablo 27. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları

Boyut	Doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma		P
	Evet	Hayır	
	Ortalama ± Standart sapma	Ortalama ± Standart sapma	
Genel indeks puanı	27,92±7,64	34,14±6,51	0,000
Tedavi ve hizmet	29,48±7,69	35,36±6,44	0,000
Bilgiye ulaşma	29,98±8,78	36,22±6,85	0,000
Bilgiyi anlama	31,71±9,29	37,47±7,35	0,000
Bilgiyi değerlendirme	22,81±10,21	29,30±9,73	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	33,42±8,34	38,46±47	0,000
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	26,36±8,50	32,91±7,41	0,000

Bilgiye ulaşma	27,84±10,33	34,61±7,88	0,000
Bilgiyi anlama	29,10±9,73	35,10±7,38	0,000
Bilgiyi değerlendirme	23,71±10,99	30,70±10,07	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	24,78±9,17	31,22±8,08	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	28,91±8,45	35,42±6,44	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	30,41±8,50	36,29±6,48	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	23,26±9,67	30,00±8,98	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	29,10±7,49	34,84±6,87	0,000

Tablo 27’de görüldüğü gibi doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakmadığını belirten bireylerin ortalama genel indeks puanı (34,14±6,51), bitirmeden bıraktığını belirten bireylere (27,92±7,64) göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,000). Her iki grupta da en yüksek ortalama sahip alt boyut “tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/ uygulama”dır. En düşük ortalama ise her iki grup için de “tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme” alt boyutu için hesaplanmıştır. Tüm alt boyutlarda doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumu ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tüm alt boyutlarda doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakmayanlar için ortalama puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunun doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri Şekil 22’de sunulmuştur.



Şekil 22. Araştırma grubunun doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri

Şekil 22'ye göre doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bıraktığını belirten her on bireyin yedisinin sağlık okuryazarlığının yetersiz ve sorunlu-sınırlı olduğu saptanmıştır. Doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakmadığını belirten bireylerin ise %7,5'inin sağlık okuryazarlığının yetersiz, %43,8'inin sorunlu-sınırlı ve %48,8'inin yeterli ya da mükemmel olduğu belirlenmiştir.

7.4. İlaç kullanma talimatını okuma durumu

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının kullandıkları ilaçların kullanma talimatını okuma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları Tablo 28'te görülmektedir.

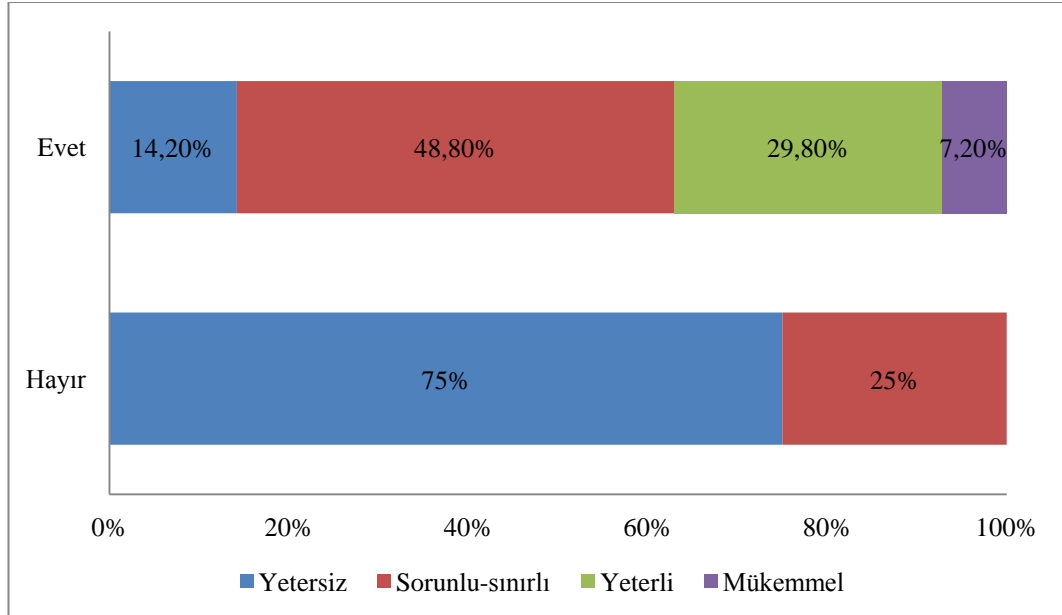
Tablo 28. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları

Boyut	Kullanılan ilacın kullanma talimatını okuma		P
	Evet	Hayır	
	Ortalama ± Standart sapma	Ortalama ± Standart sapma	
Genel indeks puanı	31,84±6,99	21,44±6,66	0,000
Tedavi ve hizmet	33,33±6,97	22,51±5,67	0,000
Bilgiye ulaşma	34,04±7,67	22,72±7,79	0,000
Bilgiyi anlama	35,67±8,12	23,74±7,36	0,000
Bilgiyi değerlendirme	26,99±10,05	15,55±7,47	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	36,62±7,69	28,05±8,65	0,000
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	30,35±7,93	20,37±8,26	0,000
Bilgiye ulaşma	32,20±9,15	20,24±8,79	0,000
Bilgiyi anlama	32,86±8,57	22,99±9,43	0,000
Bilgiyi değerlendirme	27,84±10,48	18,15±11,74	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	28,52±8,80	20,09±9,06	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	33,12±7,25	21,46±7,58	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	34,27±7,39	23,36±7,20	0,000

Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	27,41±9,38	16,86±8,56	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	32,57±7,06	27,07±8,00	0,000

Tablo 28’te görüldüğü gibi kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuduğunu belirten bireylerin ortalama genel indeks puanı (31,84±6,99), kullanma talimatını okumadığını belirten bireylere (21,44±6,66) göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,000). Her iki grupta da en yüksek ortalamaya sahip alt boyut “tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/ uygulama”dır. En düşük ortalama ise her iki grup için de “tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme” alt boyutu için hesaplanmıştır. Tüm alt boyutlarda kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuma durumu ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tüm alt boyutlarda kullanılan ilaçların kullanma talimatını okuyanlar için ortalama puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunun kullanılan ilacın kullanma talimatını okuma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri Şekil 23’te sunulmuştur.



Şekil 23. Araştırma grubunun kullanılan ilacın kullanma talimatını okuma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri

Şekil 23'e göre kullanılan ilacın kullanma talimatını okumadığını belirten bireylerin tamamının sağlık okuryazarlığının yetersiz ve sorunlu-sınırlı olduğu saptanmıştır. Kullanma talimatını okuduğunu belirten bireylerin ise %14,2'sinin sağlık okuryazarlığının yetersiz, %48,8'inin sorunlu-sınırlı ve %37'sinin yeterli ya da mükemmel olduğu belirlenmiştir.

7.5. Evde ilaç bulundurma durumu

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının evde bulunsun diye ilaç yazdırma veya eczaneden alma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları Tablo 29'da görülmektedir.

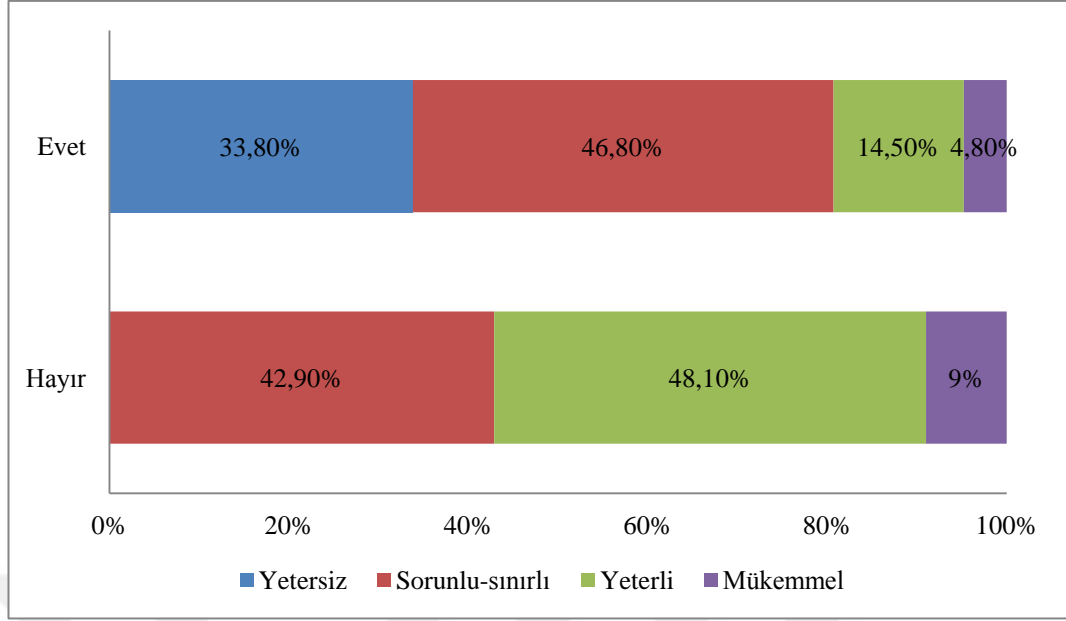
Tablo 29. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının evde bulunsun diye ilaç yazdırma veya eczaneden alma durumlarına göre ortalama puanları ve standart sapmaları

Boyut	Evde bulunsun diye ilaç yazdırma veya eczaneden alma		P
	Evet	Hayır	
	Ortalama ± Standart sapma	Ortalama ± Standart sapma	
Genel indeks puanı	27,97±7,80	35,30±5,10	0,000
Tedavi ve hizmet	29,55±7,65	36,43±5,69	0,000
Bilgiye ulaşma	30,50±8,88	36,43±6,48	0,000
Bilgiyi anlama	31,54±8,90	39,00±6,94	0,000
Bilgiyi değerlendirme	22,88±10,43	30,48±8,66	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	33,27±8,20	39,79±6,89	0,000
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	26,39±8,78	34,16±5,66	0,000

Bilgiye ulaşma	27,83±10,37	36,00±6,33	0,000
Bilgiyi anlama	28,98±9,49	36,56±6,56	0,000
Bilgiyi değerlendirme	23,61±11,34	32,33±8,14	0,000
Bilgiyi kullanma/uygulama	25,15±9,51	31,77±7,04	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	29,17±8,55	36,22±5,40	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	30,26±8,21	37,78±5,72	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	23,24±9,99	31,41±7,33	0,000
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	29,22±7,82	35,78±5,49	0,000

Tablo 29’da görüldüğü gibi evde bulunsun diye ilaç yazdırmadığını veya eczaneden almadığını belirten bireylerin ortalama genel indeks puanı (35,30±5,10), evde bulunsun diye ilaç yazdığını veya eczaneden aldığını belirten bireylere (27,97±7,80) göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,000). Her iki grupta da en yüksek ortalamaya sahip alt boyut “tedavi ve hizmet-bilgiyi kullanma/ uygulama”dır. En düşük ortalama ise her iki grup için de “tedavi ve hizmet-bilgiyi değerlendirme” alt boyutu için hesaplanmıştır. Tüm alt boyutlarda evde bulunsun diye ilaç yazdırma veya eczaneden alma durumu ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tüm alt boyutlarda evde bulunsun diye ilaç yazdırmayanlar veya eczaneden almayanlar için ortalama puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunun evde bulunsun diye ilaç yazdırma veya eczaneden alma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri Şekil 24’te sunulmuştur.



Şekil 24. Araştırma grubunun evde bulunsun diye ilaç yazdırma veya eczaneden alma durumlarına göre sağlık okuryazarlığı kategorileri

Şekil 24'e göre evde bulunsun diye ilaç yazdığını veya eczaneden aldığını belirten bireylerin beşte dördünün sağlık okuryazarlığının yetersiz ve sorunlu-sınırlı olduğu saptanmıştır. Evde bulunsun diye ilaç yazdımadığını veya eczaneden almadığını belirten bireylerin hiçbirinde yetersiz sağlık okuryazarlığı bulunmazken; %57,1'inde yeterli ya da mükemmel sağlık okuryazarlığı olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı durumları ile ilaç kullanım alışkanlıklarının ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesinin amaçlandığı bu çalışma; 18-65 yaş arası 402 bireye sosyodemografik özelliklerin ve ilaç kullanım alışkanlıklarının sorgulandığı bir adet anket formu ve TSOY-32 ölçeği (68) uygulanarak yürütülmüştür.

Eğitim aile sağlığı merkezine başvuran yetişkinlerden oluşan araştırma grubumuzdaki bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, çoğunluğunun orta yaş grubunda bulunduğu, cinsiyet dağılımlarının birbirine benzer olduğu, yarıdan fazlasının üniversite mezunu olduğu ve yaklaşık yarısının ev hanımlarından ve emekli bireylerden oluştuğu görülmektedir. Sağlık durumları açısından incelendiklerinde ise her beş bireyin ikisinde en az bir kronik hastalığın bulunduğu tespit edilmiştir.

1. İlaç kullanım Alışkanlıkları

Katılımcılara doktora danışmadan ilaç kullanma durumları sorulduğunda, %61,9'u doktora danışmadan ilaç kullandıklarını belirtmiştir. Bu alışkanlığa sahip bireylerin oranı Özkan ve ark.'nın çalışmasında %31,9, Uskun ve ark.'nın çalışmasında %42,9, Karataş ve ark.'nın çalışmasında %46,9, Pınar ve ark.'nın çalışmasında %57,2, Baybek ve ark.'nın çalışmasında %61,6, Özçelikay ve ark.'nın çalışmasında %75,5 olarak bulunmuştur (13,14,87,118-120). Bu değişkenlik, doktora danışmadan ilaç kullanma alışkanlığının çeşitli sosyodemografik özelliklerden önemli oranda etkilendiği önermesini güçlendirmektedir. Birçok ülkede yapılan araştırmaların sonuçlarına göre, sağlık sorunlarının %60-80'inin bireylerce kendi kendine tedavi edildiği görülmüştür. Bu durum akılcı ilaç kullanım ilkeleri ile bağdaşmamaktadır (11).

Çalışmada doktora danışılmadan en sık kullanılan ilk üç ilaç grubu; ağrı kesiciler (%85,5), soğuk algınlığı ilaçları (%47,4) ve mide sindirim sistemi ilaçları (%30,9) olarak saptanırken, doktora danışmadan antibiyotik kullanım oranının %1,6 olduğu görülmüştür. Ağrı kesicilerin eczanelerden reçete olmadan da edinilebilmesi

sebebiyle en sık kullanılan ilaç grubu olması beklenen bir durumdur. Yapılan son düzenlemeler ile ülkemizde antibiyotiklerin reçetesiz temin edilemiyor olmasının, çalışma grubumuzdaki bireylerde doktor önerisi haricinde kullanımlarını önemli oranda düşürdüğü görülmektedir. Baybek ve ark. ile Pınar ve ark.'nın çalışmalarında da benzer olarak sırasıyla %92,4 ve %98,4 ile en sık ağrı kesicilerin kullanıldığı saptanırken; bu çalışmadan farklı olarak antibiyotik kullanım oranları (sırasıyla %16,3, %34,3) daha yüksek saptanmıştır (13,118). Bilgili ve ark.'nın Ankara'da sağlık ocağı bölgesinde yaptıkları araştırmada ise ağrı kesicilerin %83,1, antibiyotiklerin %40,3 oranında kullanıldığı saptanmıştır (121).

Çalışma grubundaki bireylerin yaş ve cinsiyet özellikleri ile doktora danışmadan ilaç kullanma durumları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde ise lise ve altı eğitim almış bireylerin anlamlı farkla üniversite ve üstü mezunu bireylere göre daha sık doktora danışmadan ilaç kullandıkları görülmüştür. Akıcı ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde eğitim seviyesi düşük bireylerde tedaviye uyumun yetersiz olduğu bildirilmiştir (122). Pınar ve ark.'nın çalışmasında ise eğitim seviyesi yükseldikçe doktora danışmadan ilaç kullanım sıklığının arttığı bildirilmiştir (13). Eğitim düzeyi yüksek bireylerin çalışmamız bulgusunda da olduğu gibi ilaç kullanımında daha rasyonel davranmaları beklenen bir durumdur.

Katılımcıların %24,3'ünün akraba, arkadaş, komşu tavsiyesi ile ilaç kullandığı görülmüştür. Özkan ve ark.'nın çalışmasında görüşülen kişilerin bu çalışmaya benzer şekilde %25,6'sının akraba, arkadaş, komşu tavsiyesi ile ilaç kullandığı belirtilirken, Karataş ve ark.'nın çalışmasında bu oran %14,8, Pınar ve ark.'nın çalışmasında ise %8 olarak bulunmuştur (13,120,123).

Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesi ile ilaç kullanma durumu cinsiyet ve yaş özelliklerinden etkilenmezken; eğitim durumuna göre incelendiğinde ise doktora danışmadan ilaç kullanımında olduğu gibi gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Lise ve altı eğitim almış bireylerin anlamlı farkla üniversite ve üstü mezunu bireylere göre daha sıklıkla çevre tavsiyesi ile ilaç kullandıkları görülmüştür. Kadınların, televizyonda gündüz kuşağında yayınlanan programlardan etkilenip doktora

danışmadan daha sık ilaç kullanmaları beklenirken çalışmamız sonuçları bu düşünceyi destekler şekilde çıkmamıştır. Pınar ve ark.'nın çalışmasında eğitim durumu ile akraba, arkadaş, komşu tavsiyesi ile ilaç kullanma durumu arasında ilişki bulunmazken, Özkan ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise çalışmamıza benzer şekilde okuryazar olmayanların lise ve üzeri eğitim almış olanlara oranla tavsiye ile ilaç kullanma oranı yüksek bulunmuştur (13,123).

Katılımcılara doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumları sorulduğunda %60,2'si bitirmeden bıraktığını belirtmiş olup en sık belirtilen bırakma sebebinin iyileştiğini düşünme olduğu görülmüştür. Baybek ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde, kişilerin %65,8'i bazen tedaviyi erken bıraktıklarını; en sık sebebin ise iyileşme olduğunu belirtmişlerdir (118). Doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumu yaş ve cinsiyet özelliklerinden etkilenmezken; eğitim durumu lise ve altı olan bireylerin, üniversite ve üstü mezunlara göre daha sıklıkla reçete edilen ilaçları bitirmeden bıraktıkları tespit edilmiştir. Pınar ve ark.'nın çalışmasında ise bireylerin %48'i reçete edilen antibiyotiği bitirmeden bıraktıklarını ve bunların da %58,3'ü iyileştiği için bıraktıklarını ifade ederken; bireylerin cinsiyet ve eğitim durumu özellikleri ile ilacı bitirmeden bırakma durumları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (13). Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışı olan ilacı bitirmeden bırakma alışkanlığının eğitim düzeyi düşük bireylerde daha yaygın şekilde görülmesi beklenen bir durumken, literatürde sıklıkla görünen iyileşmeye bağlı ilaç bırakma davranışının bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki yetersizliklerine bağlı olabileceği gibi tedavileri konusunda hastaların hekimler tarafından yeterince bilgilendirilmemelerine ve tedavi süreçlerinin takip edilmemelerine de bağlı olabilir.

Çalışma grubundaki bireylere kullandıkları ilaçların kullanma talimatını (prospektüs) okuma alışkanlıkları sorulduğunda %86,1'i okuduklarını ifade etmiştir. Kullanma talimatı okuma alışkanlığının cinsiyetten etkilenmediği saptanırken; yaşı 40,5 ve altı olan bireylerin, yaşı 40,5 üstünde olan bireylere göre anlamlı farkla daha sık okudukları görülmüştür. Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde ise üniversite ve üstü mezunlarının, eğitim durumu lise ve altı olan bireylere göre daha sıklıkla kullanma talimatı okudukları saptanmıştır. Pınar ve ark.'nın çalışmasında da

bireylerin %72'si kullanılan ilacın kullanma talimatını okuduklarını belirtmiş olup, bu çalışmaya benzer şekilde cinsiyete göre kullanma talimatını okuma alışkanlığı arasında fark saptanmazken, bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça okuma alışkanlıklarının da arttığı tespit edilmiştir. Oğuz ve ark.'nın çalışmasında ise yatan hastalara ilaçla ilgili bilgiyi nereden alırsınız diye sorulduğunda hastaların %47,6'sı kullanma talimatına başvurduklarını belirtmiştir (124). Oğuz ve ark.'nın çalışmasındaki düşük kullanma talimatı okuma yüzdesinin çalışma gruplarının eğitim durumu dağılımının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışma bulgumuz değerlendirildiğinde; 40,5 yaş ve altı bireylerin, 40,5 yaş üstü bireylere göre daha yüksek eğitim düzeylerine sahip oldukları göz önünde bulundurulunca kullanma talimatı okuma alışkanlığının hem yaş hem de eğitim durumu özelliklerinden birlikte etkilenmesi beklenen bir sonuçtur.

Araştırmaya katılan bireylerin %66,9'u evde bulunsun diye ilaç yazdırdıklarını ve/veya eczaneden aldıklarını ifade etmiştir. Çalışma grubumuzda evde ilaç bulundurma davranışının konuyla ilgili yapılan diğer araştırmaların çalışma gruplarına göre daha sık olduğu görülmüştür. Karataş ve ark.'nın çalışma grubundaki bireylerin %34,4'ü evde bulunsun diye ilaç yazdırdığını belirtirken, Pınar ve ark.'nın çalışma grubunda bu oran %28,9 olarak saptanmış ve ayrıca kadınların erkeklere oranla daha çok ilaç yazdırdığı görülmüştür (13, 120). Aile içinde sağlıkla ilgili konularda genellikle evin annesi ve hanımı rolünde olarak kadınların daha çok sorumluluk aldıkları gözlenmektedir. Buna istinaden başta çocuklarının sağlık sorunlarına hazırlıklı olabilmek adına bu çalışmada da kadınların erkeklere oranla evde bulunsun diye daha sık ilaç yazdırma tutumu gösterebilecekleri düşünülmekteydi ancak çalışmada hem cinsiyetler hem de yaş grupları arasında anlamlı fark görülmemiştir. Eğitim durumuna göre incelendiğinde; lise ve altı mezunu bireylerin üniversite ve üstü mezunu bireylere göre daha çok ilaç yazdırdıkları ve/veya eczaneden aldıkları belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalara göre evde ilaç bulundurma alışkanlığının bu çalışmada daha sık saptanması çalışmanın bir aile sağlığı merkezinde yürütülmüş olmasından kaynaklanmış olabilir. Hekime ilaç yazdırma davranışı (talebi) ikinci ve üçüncü basamak sağlık

hizmetlerinin sunulduğu kurumlarla karşılaştırıldığında aile sağlığı merkezlerinde daha yaygın şekilde gözlenmektedir.

Evde ilaç bulundurduğunu belirten kişilere en sık buldukları ilaç grupları sorulduğunda; ilk üç sırada ağrı kesicilerin (%95,2), soğuk algınlığı ilaçlarının (%57,1) ve ateş düşürücülerin (%49,1) yer aldığı saptanmıştır. Pınar ve ark.'nın çalışmasında da evde en sık buldurulan ilk üç ilacın ağrı kesiciler, ateş düşürücüler ve soğuk algınlığı ilaçları olduğu görülürken, bunları %18 ile antibiyotiklerin izlemiş olması dikkat çekmektedir (13). Bu çalışmada ise bireylerin yalnız %4,4'ünün evde antibiyotik bulundurduğu saptanmıştır.

2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığının ülkemiz koşullarında ölçülmesi için, kavramsal çerçeveye dayanan ve ülkemiz sağlık hizmeti sunumlarına daha gerçekçi yaklaşan bir model ile geliştirilen TSOY-32 (68) ölçeğinden elde edilen çalışma sonuçlarımıza göre bireylerin sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalaması $30,39 \pm 7,82$ olarak bulunmuştur. Çalışma grubundaki bireylerin %68,1'inin yetersiz ya da sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu görülmüştür. Okyay ve ark.'nın TSOY-32 ölçeği ile yaptıkları çalışmada da sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ortalaması 29,7 iken yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip birey yüzdesi 67 olarak bulunmuştur. Tanrıöver ve ark.'nın yürüttükleri çalışmada ise sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ortalaması 30,4, yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı olan bireylerin yüzdesi 64,6 olarak bulunmuştur (6,68). Her iki çalışmadan da elde edilen bulgular bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Özdemir ve ark.'nın bir aile hekimliği kliniğine başvuran hastalar üzerinde NVS ölçeği kullanılarak yürüttükleri çalışmada bireylerin %72,9'unun sağlık okuryazarlığının yeterli olmadığı tespit edilmiştir (63). Mut tarafından aile hekimliği polikliniğine başvuran bireyler üzerinde TSOY-32 ölçeği ile yürütülen çalışmada ise sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ortalaması 28,9 bulunurken, bireylerin %80,9'unun yetersiz ya da sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır (125). Özdemir ve ark.'nın çalışmasında ve Mut'un çalışmasında; Okyay ve ark.'nın çalışmasına, Tanrıöver ve ark.'nın

çalışmasına ve bu çalışmaya göre bireylerde daha yetersiz sağlık okuryazarlığının saptanmış olması, çalışma gruplarının hastaneye başvuran bireylerden oluşmasına bağlanabilir. Belçika’da yapılan bir araştırmada düşük sağlık okuryazarlığının hastane başvurularını artırdığının belirlenmiş olması bu durumu desteklemektedir (126). Ayrıca hem bu çalışmanın hem de Okyay ve ark. ve Tanrıöver ve ark. tarafından yürütülen çalışmaların çalışma grupları; eğitim düzeyi daha yüksek bireylerden oluşmaktadır. Bu durum; çalışma gruplarındaki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de daha yüksek saptanmasının sebebi olabilir.

Avrupa’da yürütülen HLS-EU çalışmasında sekiz ülkenin tümünde sağlık okuryazarlığı ortalama indeks puanı bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya göre en düşük sağlık okuryazarlığına sahip ülkeler Bulgaristan ve İspanya olarak belirlenmiş; yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyleri sırasıyla %62,1 ve %58,3 olarak saptanmıştır (4). Amerika Birleşik Devletleri’nde 2003’te yürütülen “Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı” çalışmasının verilerine göre kişilerin %36’sının temel ve daha alt seviyede sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (20). Birleşik Krallık’ta 2007 yılında yapılan çalışmanın sonuçlarına göre bireylerin yetersiz veya marjinal sağlık okuryazarlığı düzeyi %11,4 olarak tespit edilmiştir (46). Tayvan’da 2015 yılında yürütülen çalışmada ise sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalaması 34,4 olarak saptanmıştır (127). Bu çalışmalarda bireylerin sağlık okuryazarlığı durumlarının daha iyi olması eğitim durumu dağılımlarının daha iyi olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada sağlık okuryazarlığının alt boyutları incelendiğinde “Tedavi ve hizmet” alt boyutunun ortalama puanının, genel indeks puan ortalamasından yüksek; “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” alt boyutunun ortalama puanının ise genel indeks puan ortalamasından düşük olduğu görülmektedir. “Bilgiyi değerlendirme” sürecinin ise en düşük puan ortalamasına sahip alt boyut olduğu görülmüştür. Bu bulguların, Mut tarafından ve Okyay ve ark. tarafından TSOY-32 ölçeği ile yürütülen çalışmaların sonuçları ile uyumlu olduğu görülmüştür (68,125). HLS-EU konsorsiyumunun ve Tanrıöver ve ark.’nın yürüttükleri çalışmalarda üç alt boyutta (tedavi hizmetleri, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi) değerlendirilen sağlık okuryazarlığının en yüksek ortalama indeks puanına sahip

boyutu “tedavi hizmetleri” olup bu çalışma ile uyumludur. “Hastalıklardan korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” alt boyutları TSOY-32 ölçeğinde birleştirilmiş olduğundan HLS-EU konsorsiyumunun ve Tanrıöver ve ark.’nın çalışmalarıyla karşılaştırılması mümkün olmamıştır (4,6).

Çalışmada sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ve tüm alt boyut puanları anlamlı fark bulunmamakla birlikte erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Avrupa’da sekiz ülkede yürütülen HLS-EU çalışmasının sonuçlarına göre ise kadınlarda sağlık okuryazarlığının daha iyi düzeyde olduğu saptanırken çalışmamıza benzer şekilde cinsiyetin sağlık okuryazarlığı için zayıf bir belirleyici olduğu raporlanmıştır (4). Okyay ve ark.’nın çalışmasında ve Güney Kore, İtalya ve Birleşik Krallık’ta yürütülen çalışmalarda da çalışmamız bulgularına benzer olarak sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı tespit edilmiştir (68,128–130). Mut tarafından ve Özdemir ve ark. tarafından yürütülen çalışmalarda ise erkeklerin sağlık okuryazarlığının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (63,125). Yapılan araştırmalarda cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında farklı ilişkilerin raporlanması, çalışmaların yürütüldüğü bölgelerin farklı sosyokültürel ve demografik özelliklere sahip olmasından kaynaklanabilir. Kadınların toplumsal alanda daha fazla yer bulduğu bölgelerde sağlık okuryazarlığı durumlarının daha iyi olacağı düşünülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalaması yaş gruplarına göre incelendiğinde; 40,5 yaş ve altı bireylerde, 40,5 yaş üstü bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Özdemir ve ark.’nın çalışmasında da 45 yaş ve üstü bireylerde sağlık okuryazarlığı puanlarının anlamlı farkla düşük olduğu tespit edilmiştir (63). Tanrıöver ve ark.’nın ve Okyay ve ark.’nın çalışmalarında da yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı puanlarının anlamlı olarak düştüğü görülmüştür (6,68). Avrupa’da yürütülen çalışmalarda ise yaş ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır (4,126,129,131). Sırbistan’da yürütülen bir çalışmada 44 yaş üstü bireylerde sağlık okuryazarlığı puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (132). Amerika Birleşik Devletleri’nde 2003’te yürütülen çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaş arttıkça düştüğü; özellikle 65 yaş ve üstü bireylerde düşüşün daha belirgin olduğu tespit edilmiştir (20). Güney Kore’de

yapılan çalışmada da yaş arttıkça anlamlı olarak sağlık okuryazarlığının düştüğü görülmüştür (128). Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığında düşüş olması; yaşın ilerlemesiyle sosyal yaşamdan uzaklaşılması, teknoloji ve ulaşım araçlarının kullanımının azalması ve aile üyelerinin yardımına bağımlı olunması gibi nedenlere bağlanabileceği belirtilmiştir (125). Ayrıca ülkemiz genelinde değerlendirme yapılacak olursa; genç ve orta yaştaki bireylerin daha ileri yaştaki bireylere göre eğitim düzeylerinin daha yüksek olması, yaş düştükçe sağlık okuryazarlığının artmasını açıklayabilir.

Bu çalışmada bireylerin eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının da anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Tanrıöver ve ark.'nın ve Okyay ve ark.'nin yürüttükleri çalışmalarda da bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlıklarının da anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir (6,68). Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika, Asya ve Avustralya'da yürütülen çalışmalarda da benzer ilişki tespit edilmiştir (4,20,126,128,129,133,134). Akbolat ve ark.'ı tarafından yürütülen çalışmada ise bireylerin eğitim düzeyi ile genel, iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlıkları arasında negatif ve anlamlı korelasyon bulunmuştur (135). Tayvan'da yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (127). Eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif korelasyon raporlayan çalışma sayısının daha fazla olduğu görünse de eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de yüksek olmasının mutlak bir gereklilik olmadığı da unutulmamalıdır (34).

3. Sağlık Okuryazarlığı ve İlaç Kullanım Alışkanlığı

Bu çalışmanın amaçlarından biri de araştırmaya dâhil edilen bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilaç kullanım alışkanlığını yansıtan değişkenlerle ilişkisini incelemektir. Bu doğrultuda yapılan analizlerde bireylerin aşağıdaki ilaç kullanım tutumları değerlendirilmiştir;

- ❖ Doktora danışmadan ilaç kullanım durumu
- ❖ Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesi ile ilaç kullanım durumu
- ❖ Doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bırakma durumu
- ❖ Kullanılan ilacın kullanma talimatını okuma durumu

❖ Evde ilaç bulundurma durumu

Çalışma grubundaki bireylerin ilaç kullanım alışkanlıklarını yansıtan yukarıdaki değişkenlere göre sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalamaları ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda kuvvetli fark olduğu belirlenmiştir. Doktora danışmadan ilaç kullandığını belirten; akraba, arkadaş, komşu tavsiyesi ile ilaç kullandığını belirten; doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bıraktığını belirten; kullanılan ilacın kullanma talimatını okumadığını belirten ve evde bulunsun diye ilaç yazdıran ve/veya eczaneden satın alan bireylerin genel indeks ve tüm alt boyut puan ortalamaları, bu tutumlarının olmadığını belirten bireylere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Konuyla ilgili yerli ve yabancı literatür araştırıldığında bireylerin ilaç kullanım alışkanlıklarını yansıtan değişkenler ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Yılmaz ve ark.'nın, çalışmamızdan farklı bir sağlık okuryazarlığı değerlendirme ölçeği kullanarak bir üniversite hastanesinde yürüttükleri çalışmada da bu çalışmaya benzer şekilde bireylerin ilaç kullanım alışkanlıkları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada; doktora danışmadan ilaç kullandığını belirten bireylerin, ilaç kullanma talimatını okumayanların ve doktora danışmadan ilaç dozlarını değiştirenlerin daha düşük sağlık okuryazarlığı ortalama puanlarına sahip olduğu görülmüştür (136). Kayseri'de bir ölçek aracılığı ile bireylerin ilaca uyum özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise bu çalışmadan farklı olarak sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerin ilaca uyumlarının daha yüksek olduğu (ölçekten daha yüksek ilaca uyum puanı aldıkları) tespit edilmiştir (137). Bununla birlikte çalışma gruplarındaki bireylerde kronik hastalık sayısı arttıkça da bireylerin ilaca uyumunun yükseldiği göz önünde bulundurulursa, ilaca uyumu yüksek bireylerin sağlık okuryazarlığının düşük saptanması bu çalışma için beklenen bir sonuçtur (137). Kronik hastalığa sahip kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğu bilinmektedir (35,36).

Bu çalışmanın amaçlarından biri bireylerin ilaç kullanım alışkanlıklarına göre sağlık okuryazarlığı durumları arasında bir farkın olup olmadığını belirlemektir. Fark saptanması halinde “bireyler, sağlık okuryazarlıklarının yükselmesi ile ilaç kullanımı

konusunda da daha akılcı tutumda davranış göstereceklerdir” önermesinin sunulabilirliği araştırılmak istenmiştir. Bu çalışma sonucuna göre fark saptanmıştır. Dolayısı ile bu çalışma bulguları doğrultusunda böyle bir önermenin sunulması yanlış olmayacaktır. Bununla birlikte, yukarıda da belirtildiği gibi konuyla ilgili yapılmış yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Çalışma bulgularımızın desteklenmesi ve tartışılması için konuyla ilgili yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma grubundaki bireylerin yüksek oranda doktora danışmadan ilaç kullandıkları görülmüştür. Doktora danışmadan en sık kullanılan ilaç gruplarının ağrı kesiciler, soğuk algınlığı ilaçları ve mide-sindirim ilaçları olduğu belirlenmiştir. Antibiyotik kullanım oranının ise düşük saptanması sevindirici olmuştur. Çalışmamız bulguları değerlendirildiğinde, gereksiz antibiyotik kullanımı hususunda toplum ve sağlık çalışanları düzeyinde yapılan ülke genelindeki çalışmaların sonuç verdiği görülmektedir.

Ülkemizde antibiyotiklerin akılcı kullanımı konusunda yürütülen etkin düzenlemelerin ve çalışmaların özellikle ağrı kesicilerin akılcı kullanımının yaygınlaştırılması hususunda da yürütülmesi yerinde olacaktır. Bireyler arasında, ağrı kesici ilaçlar, mide-sindirim ilaçları, soğuk algınlığı ilaçları gibi ilaç gruplarının kullanımı masum olarak değerlendirilebilmektedir. Her ilaç; endikasyonu dâhilinde ve sağlık profesyonellerinin önerileri doğrultusunda tüketilmelidir. Bireylerin yaş durumları, mevcut hastalıkları, karaciğer ve böbrek fonksiyonları, sürekli ilaç kullanma durumları gibi özelliklerinin öncelikle hekimler tarafından göz önünde bulundurulmaları gerekirken; bireylerin de bu sayılan hususların farkında olmaları sağlanıp akılcı ilaç kullanımı konusunda azami özen ve sorumluluğu göstermeleri teşvik edilmelidir.

Çevre tavsiyesi ile ilaç kullanma, reçete edilen ilaçları doktora danışmadan bırakma, evde ilaç bulundurma tutumlarının da bireyler arasında yaygın olarak görüldüğü saptanmıştır. Katılımcıların ilaç kullanma talimatı okuma alışkanlıkları incelendiğinde ise büyük çoğunluğunun okuduğu tespit edilmiştir.

Araştırma grubundaki bireylerin tamamına yakını ilacın açken/tokken kullanımına ve miktarına dikkat ederken, diğer ilaçlarla birlikte kullanımı hususuna yarısından azının özen göstermesi dikkat çekmiştir. Bu noktada bireylere ilaç kullanma talimatı okuma alışkanlığının kazandırılması ve başta toplumda yaygın olarak kullanılan ve kronik hastalarca sürekli kullanılan ilaçlar olmak üzere etkileşme gösteren ilaç grupları hakkında bireylerin hekimlerce her fırsatta bilgilendirilmesi önem arz etmektedir.

Çalışmada incelenen ilaç kullanım davranışlarının, bireylerin eğitim durumlarından önemli oranda etkilendiği saptanmıştır. Eğitim düzeyi lise ve altı olan bireylerin ilaç kullanımı hususunda daha fazla irrasyonel tutum sergiledikleri görülmüştür. Eğitim düzeyi düşük kişiler başta olmak üzere bireylerin akılcı ilaç kullanımı hususunda bilinçlenip davranış değişikliği oluşturabilmeleri için akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma politikaları geliştirilmelidir. Bu doğrultuda; çeşitli basılı materyaller, yazılı ve görsel basında eğitici yayınlar, sürdürülebilir halk eğitimleri ile bireylerin konu hakkındaki bilgilerinin artırılması hedeflenmelidir. Hekimler ve sağlık çalışanları için ise akılcı ilaç kullanımı konusunda periyodik hizmet içi eğitim programları hazırlanıp sağlık mensuplarının eğitim kaliteleri artırılmalıdır. Hekimler, kanıta dayalı olarak hazırlanmış klinik rehberlerin kılavuzunda akılcı ilaç kullanım ilkeleri doğrultusunda hareket etmelidir. Bireylerin sağlık sistemine ilk giriş noktaları olma özelliğini taşıyan aile hekimleri başta olmak üzere tüm hekimlerin hastaları ile yaptıkları her görüşmede akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda onlara yol gösterip farkındalıklarını artırmaları önem arz etmektedir.

Çalışma grubundaki bireylerin gelişmiş ülkelerdeki bireylere göre daha düşük sağlık okuryazarlığına sahip oldukları görülmüştür. Her on bireyin yedisinin sağlık okuryazarlığı durumlarının yetersiz veya sınırlı olduğu saptanmıştır. Çalışmada bireylerin eğitim durumlarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesinde önemli bir etken olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçlarına göre bireylerin eğitim düzeylerinin yükseltilmesi ile hem daha akılcı ilaç kullanım tutumu gösterecek olmalarının hem de sağlık okuryazarlığı durumlarının iyileşeceği çıkarımlarını yapmak yanlış olmayacaktır.

Çalışmada, ilaç kullanımında irrasyonel tutum gösterdiği belirlenen bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu netice, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilmesinin, onları daha akılcı ilaç kullanım davranışları göstermeleri yönünde destekleyebileceğini göstermektedir. Bunun yanında konuyla ilgili benzer tasarımda yapılmış çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma ile bireylerin ilaç kullanım alışkanlıklarına göre sağlık okuryazarlıkları karşılaştırıldığında, ilaç kullanımında irrasyonel tutum sergileyenlerin çok kuvvetli bir anlamlılık ilişkisi ile daha düşük sağlık

okuryazarlığına sahip oldukları gösterilmiş olmakla birlikte konuyla ilgili daha fazla çalışmanın yapılması gerektiğini belirtmek isteriz.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık düzeyinin yükseltilmesinde sağlık okuryazarlığını ve akılcı ilaç kullanımını anahtar rollerden görmektedir. Bireylerin sağlığa ve sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, sağlığın tanıtımında ve geliştirilmesinde sunulmak istenen bilgileri doğru anlaması, bunları yorumlayabilip, bilginin toplumun her düzeyine aktarılması için iletişim kanallarını çalıştırması ve sağlık hizmeti sunucularına doğru yerde, doğru zamanda, doğru sıklıkta ve etkili başvuru yapabilmesinin yolu yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığından geçmektedir. Dolayısıyla toplum ve birey sağlığının geliştirilmesi hedefiyle bu iki konuya yönelik kapsamlı bir politika uygulanması yerinde olacaktır. Bu doğrultuda, bireylerin de aktif şekilde katılımının sağlanacağı ve belirli aralıklarla tekrarlanacak eğitim süreçlerinin geliştirilmesi yararlı olacaktır. Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin genel okuryazarlıklarının da düşük olabileceği göz önünde bulundurularak yapılacak eğitimlerin yalın ve anlaşılabilir bir şekilde planlanması gerekmektedir. Aynı doğrultuda hazırlanacak görsel materyallerde sunulacak sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılır ve göze çarpacak şekilde düzenlenmesi gerekir. Yazılı-görsel basın, internet ve sosyal medya kullanılarak daha geniş kitlelere ulaşılması hedeflenebilir. Medya ve internetteki her iki konuyla da ilgili yanıltıcı bilgi sunucularının denetlenip daha sağlıklı bilgilerin bireylere aktarılması sağlanmalıdır. Tüm bu düzenlemelerde, toplumun da sürece dâhil edilmesi, iletilecek bilgilerin daha anlaşılır bir şekilde sunulmasına katkı sağlayacaktır.

Birey eğitiminin yanında hekimler ve yardımcı sağlık personellerinin de hem akılcı ilaç kullanımını hem de sağlık okuryazarlığı hakkındaki farkındalıklarının ve bilgilerinin artırılmasına yönelik hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımını hakkında bilgi ve donanım sahibi olan sağlık sunucularının, konuyla ilgili bilgi ve tecrübelerini bireylerle daha sağlıklı şekilde paylaşabilmeleri için; sağlık sunucuları ve bireyler arasındaki iletişimin geliştirilmesine yönelik yapılacak düzenlemeler de toplumun sağlık okuryazarlığının ve ilaç kullanım davranışlarının geliştirilmesinde yardımcı olacaktır.

Ortaöğrenimden başlamak üzere öğrencilerin ders müfredatlarında sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim programlarının yer alacağı düzenlemelerin yapılmasının da sürece destek vereceği düşünülmektedir.

Akılcı ilaç kullanımını ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin ülke geneline yayılacak araştırma grupları ile daha geniş kitleler düzeyinde tespit edilmesi önerilmektedir. Böylelikle, sağlığın geliştirilmesinde anahtar rolleri olan ve etkileşim içinde olan bu iki kavram hakkında toplumun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine yönelik atılacak iyileştirici adımlar için daha sağlıklı ipuçları elde edilebilir, daha etkili çözümler üretilmesinin yolu açılabilir.



**18-65 YAŞ ARASI KİŞİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİNİN VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN
AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÜZERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÖZET

AMAÇ: Bireylerin sağlık okuryazarlığı durumları ile ilaç kullanım alışkanlıklarının saptanıp, bunların temel sosyodemografik özellikler ile ilişkisinin belirlenmesi ve bireylerin ilaç kullanım alışkanlıklarını yansıtan değişkenler ile sağlık okuryazarlığı durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Tasarım tipi kesitsel analitik olan çalışmanın evreni İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Karşıyaka 17 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne veri toplama sürecinde başvuran bireylerden oluşmuştur. Örneklem büyüklüğü bir istatistik yazılımı aracılığıyla minimum 374 kişi olarak hesaplanmış ve araştırmaya dâhil olma kriterlerini taşıyan 402 kişi örneklem grubunu oluşturmuştur. Bireylerin sosyodemografik özelliklerini ve ilaç kullanım alışkanlıklarını belirleme amacıyla bir adet anket formu ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin tespiti amacıyla Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32) kullanılmıştır. Veriler bireylerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri sosyodemografik değişkenler ile ilaç kullanım alışkanlıklarını yansıtan değişkenler iken; bağımlı değişkenleri ise ilaç kullanım alışkanlıklarının dağılımı ile sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Bağımsız gruplarda ortalamaların karşılaştırılmasında Student T Testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiye Ki Kare Testi ile bakılmıştır. Çalışma izni için etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya dâhil edilen bireylerden bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır.

BULGULAR: Yaş ortalamaları $41,15 \pm 11,58$ olarak saptanan bireylerin %52,2'sinin kadınlardan oluştuğu, %53,2'sinin üniversite mezunu olduğu, %24,6'sının ev hanımı ve %21,1'inin emekli olduğu saptanmıştır. Bireylerin %61,9'u doktora danışmadan ilaç kullandıklarını belirtmiştir. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesi ile ilaç kullandığını belirten bireylerin oranı %24,3 saptanmıştır. Yüzde 60,2'si doktor tarafından reçete edilen ilacı bitirmeden bıraktığını belirtmiştir. Kullanma talimatı (prospektüs) okuma

alışkanlığı olan bireylerin oranı %86,1 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %66,9'u evde bulunsun diye ilaç yazdırdıklarını ve/veya eczaneden aldıklarını belirtmişlerdir. Bireylerin ilaç kullanım davranışları yaş ve cinsiyet özelliklerinden etkilenmezken, lise ve altı mezunu bireylerin, üniversite ve üstü mezunlara göre daha sıklıkla irrasyonel ilaç kullanım tutumlarının olduğu belirlenmiştir. TSOY-32 ortalama genel indeks puanı $30,39 \pm 7,82$ bulunmuştur. Bireylerin %45,5'inin sağlık okuryazarlığı sorunlu-sınırlı saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalaması yaş ve eğitim özelliklerinden etkilenmiştir. 40,5 yaş üstü bireylerin 40,5 yaş ve altı bireylere göre; lise ve altı mezunu bireylerin üniversite ve üstü mezunlara göre ortalamaları daha düşük bulunmuştur. İrrasyonel ilaç kullanım davranışları olan bireylerin sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

SONUÇ: Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük bulunmuştur. Bununla birlikte irrasyonel ilaç kullanım davranışlarının da yaygın olduğu görülmüştür. Birey ve toplum sağlığının gelişmesi için anahtar rolde olan bu iki kavramın özellikle bireylerin eğitim durumlarından etkilendiği görülmüştür. Birbirleri ile de etkileştiği görülmüş olan bu kavramların toplumsal düzeyde geliştirilmelerine yönelik etkin politikaların ve düzenlemelerin planlanması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, akılcı ilaç kullanımı

**EVALUATION OF HEALTH LITERACY LEVEL AND THE EFFECT OF
HEALTH LITERACY LEVEL ON RATIONAL USE OF MEDICINE
AMONG INDIVIDUALS AGED 18-65 YEARS**

SUMMARY

AIM: The aim of this study was to determine the health literacy status and drug use habits of individuals, their relationship with the basic sociodemographic characteristics and to evaluate the relationship between the variables that reflect the drug use habits of individuals and their health literacy status.

MATERIALS and METHODS: The design of the study was cross-sectional analytical. The population of the study consisted of individuals who applied to İzmir Kâtip Çelebi University Karşıyaka 17th Education Family Health Center during data collection process. The sample size was calculated as 374 people by means of a statistical software and 402 people who met the criteria for inclusion in the study constituted the sample group. One questionnaire form in order to determine the sociodemographic characteristics and drug use habits of individuals and a scale named TSOY-32 for the purpose of determining the level of health literacy of individuals were used. Data were collected by face to face interviews with individuals. While the independent variables of the study were sociodemographic variables and variables reflecting drug use habits; dependent variables were the distribution of drug use habits and health literacy level determined by the TSOY-32 scale. Student T Test was used to compare the mean values in independent groups. The relationship between categorical variables was examined by Chi-square test. Ethical committee approval was obtained for the study permit. Informed voluntary consent form was obtained from the individuals included in the study.

RESULTS: It was found that 52,2% of the individuals whose mean age was $41,15 \pm 11,58$ were women, 53,2% were university graduates, 24,6% were housewives and 21,1% were retired. 61,9% of individuals stated that they used medication without consulting a doctor. The rate of individuals who stated that they were taking medication on the advice of relatives, friends and neighbors was found 24,3%. The rate of individuals who have the habit of reading drug prospectus was 86,1%. 66,9%

of the participants stated that they had prescribed medication and/or purchased them from the pharmacy for the purpose of stocking them at home. While the drug use behaviors of the individuals were not affected by age and gender characteristics, it was determined that individuals with high school or less graduation had more irrational drug use attitudes than university and higher graduates. Mean of general health literacy index score obtained from TSOY-32 scale was found to be $30,39 \pm 7,82$. 45,5% of individuals were problematic in health literacy. Mean of general health literacy index score was affected by age and educational characteristics. The mean scores of individuals over 40,5 years of age were lower than those of aged 40,5 and under. The mean scores of the individuals who graduated from high school and below were also lower than those of university and above graduates. General health literacy index scores of individuals with irrational drug use behaviors were significantly lower.

CONCLUSION: Health literacy levels of the individuals were found to be low. In addition, irrational drug use behaviors were also common among individuals. These two concepts, which play a key role in the development of individual and public health, are particularly influenced by the educational status of individuals. It is necessary to plan effective policies and regulations in order to develop these concepts which are also seen to interact with each other among the whole community.

Keywords: Health literacy, rational use of medicine

KAYNAKLAR

1. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion International 1998;13(4):349-64.
2. Nutbeam D. Health Literacy As a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. Health Promotion International. 2000;15: 259-67.
3. Sağlıkın Geliştirilmesi ve Teşviki Sözlüğü. [Internet]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/97897%2055%20903613_tur.pdf;jsessionid=21343DAC57A9AD84D82E944977EA5336?sequence=3
4. HLS-EU Consortium. Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. European Journal of Public Health. 2012; 25(6):1053–58.
5. Peerson A, Saunders M. Health Literacy Revisited: What Do We Mean and Why Does It Matter? Health Promotion International, 2009;3: 285-96.
6. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 2014.
7. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing Awareness of the Importance of Health Literacy in Individuals with COPD. 2013; 10(1):72-8.
8. Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an Epidemic of Limited Health Literacy: Weathering the Perfect Storm Journal of General Internal Medicine 2008;23: 1273-6.
9. Kanj M, Mitic W. Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document, 2009;16: 1-46.
10. Baur C. National Action Plan to Improve Health Literacy; U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. May 2010;7-8.
11. Le Grand A, Van Hogerzeil H, Haaijer-Ruskamp F. Intervention Research In Rational Use of Drugs: a Review. Health Policy Plan. 1999;14(2):89-102.
12. Sağır M, Parlakpınar H. Akılcı İlaç Kullanımı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3(2):32-5.ISSN: 2146-6696
13. Pınar N, Karataş Y, Bozdemir N, ve ark. Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları. TAF Prev Med Bull. 2013;12(6):636-9. DOI: 10.5455/pmb.1-1344333007

14. Mollahaliloğlu S, Özbay H, Özgen H, ve ark. Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003. Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; 2006. ISBN: 975-590-173-6
15. Şemin S. Rasyonel İlaç Kullanımı ve Sağlık, Sosyal ve Ekonomik Yönleriyle İlaç. Türk Tabipleri Birliği. Ankara. 1998:34-41.
16. Acar A, Yeğenoğlu S. Akılcı İlaç Kullanımı Penceresinden Farmakoekonomi ve Hastane Formüllerleri. Ankara Ecz. Fak. Derg. 2005;34(3):207-218.
17. Pınar N. Ülkemizde İlaç Harcamaları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012;19(1):59-65.
18. Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık Okur - Yazarlığı. TAF Prev Med Bull. 2014;13(4):321-6.
19. Çopurlar CK, Kartal M. What is Health Literacy? How to Measure It? Why is it Important? Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, . 2016;10(1): 40-7.
20. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy [Internet]. Vol. 6, U.S.Department of Education. 2006:1-59. Available from: <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>
21. Nutbeam D. The Evolving Concept of Health Literacy. Soc Sci Med [Internet]. 2008;67(12):2072-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
22. WHO, Health Promotion Track 2: Health Literacy and Health Behaviour [Internet]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
23. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. National Academies Press; 2004.
24. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer D S. Understanding Health Literacy: an Expanded Model. Health Promotion International, 2005; 20(2): 195-203.
25. Sørensen K, Broucke S Van den, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health [Internet]. 2012;12(80):1-13. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
26. Tokuda Y, Doba N, Butler J., Paasche O. Health Literacy and Physical and Psychological Wellbeing in Japanese Adults. Patient Educ Couns. 2009;75(3):411-7.

27. Andrus MR, Roth MT. Health Literacy: A Review. *Pharmacotherapy*. 2002;22(3):282–302.
28. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2010; 11-20.
29. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. MS. The Prevalence of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;20:175-184.
30. Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization Amongst The Elderly. *Social Science & Medicine*. 2008; 66: 1809-1816.
31. Morris NS, MacLean CD, Littenberg B. Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults with Diabetes. *The Diabetes Educator*. 2013; 39(5): 638-646.
32. Chiarelli L. The Impact of Low Health Literacy on Chronic Disease Prevention and Control. *Canadian Public Health Association Publication*; 2006.
33. Ussher M, Ibrahim S, Reid F, Shaw A and Rowlands G. Psychosocial Correlates of Health Literacy Among Older Patients with Coronary Heart Disease. *Journal of Health Communication: International Perspective*. 2010; 15(7): 788-804.
34. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Consumers, The Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety And Quality. Consultation Paper. Sydney, 2013.
35. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact Of Communicative And Critical Health Literacy On Understanding Of Diabetes Care And Self-Efficacy in Diabetes Management: Across-Sectional Study Of Primary Care in Japan, *BMC Family Practice*. 2013;14(40);1-9.
36. Agency for Healthcare Research and Quality Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Rockville; AHRQ Publication; 2011.
37. Baker D, Parker RM, Williams MV. Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. *J Gen Intern Med*. 1998 Dec; 13(12): 791–798.
38. Dageforde LA, Cavanaugh KL. Health Literacy Emerging Evidence and Applications in Kidney Disease Care. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2013;20(4):311-9.
39. Bains SS, Egede LE. Associations Between Health Literacy, Diabetes Knowledge, Self-Care Behaviors, and Glycemic Control in a Low Income Population with Type 2 Diabetes. *Diabetes Technol Ther*. 2011(3);13(3):335-41.

40. Joplin S, van der Zwan R, Joshua F, Wong PK. Medication Adherence in Patients with Rheumatoid Arthritis: the Effect of Patient Education, Health Literacy, and Musculoskeletal Ultrasound. *Biomed Res Int.* 2015;2015:150-58.
41. Al Sayah F, Majumdar SR, Johnson JA. Association of Inadequate Health Literacy with Health Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes and Depression: Secondary Analysis of a Controlled Trial. *Can J Diabetes.* 2015(8);39(4):259-65.
42. Williams MV, Baker DW, Parker RM and Nurss JR. Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease. A Study of Patients with Hypertension and Diabetes. *Archives of Internal Medicine*,1998;158(2): 166-72.
43. Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited Health Literacy is a Barrier to Colorectal Cancer Screening in England: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Prev Med.* 2014;61:100-5.
44. Shoou-Yih D, Tzu-I T, Yi-Wen T. Accuracy in self-reported health literacy screening: a difference between men and women in Taiwan. *BMJ Open* 2013; 3:e002928.
45. Safer, Richard S.,and Jann Keenan. "Health Literacy: the Gap Between Physicians and Patients." *Am Fam Physician*72.3 (2005): 463-468.
46. Von Wagner, Christian, et al. "Functional Health Literacy and Health-Promoting Behaviour in a National Sample of British adults." *Journal of Epidemiology and Community Health* 61.12 (2007): 1086-90.
47. World Health Organization. "Health Literacy: The Solid Facts. [Internet]. 2013. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
48. DeWalt, D. A.,&Hink, A. (2009). Health Literacy and Child Health Outcomes: a Systematic Review of the Literature. *Pediatrics*, 124(Supplement 3): 265-74.
49. Health Literacy and Child Health Promotion: Implications for Research, Clinical Care and Public Policy.
50. Maniaci MJ, Heckman MG, Dawson NL. Functional Health Literacy and Understanding of Medications at Discharge. *Mayo Clinic Proceeding*,2008; 85: 554-58.
51. Davis TC, Long SW, Jackson RH Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW et al. Rapid Estimate of Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. *The Annals of Family Medicine* 1993;25:391-5.

52. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss J R .The test of Functional Health Literacy in Adults (TOFLA): A New Instrument for Measuring Patient's Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine*,1995;10:537–42.
53. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP,et al: Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine* 2005; 3(6):514–22.
54. Mayer G, Villaire M, M. S. L. M. *Health Literacy in Primary Care: A Clinician's Guide* (Vol. 130). Springer Publishing Company 2007.
55. Pleasant A, Kuruvilla S. A Tale of Two Health Literacies: Public Health and Clinical Approaches to Health Literacy. *Health Promotion International*.2008; 23: 152-9.
56. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a Brief Test to Measure Functional Health Literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38(1):33-42.
57. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief Questions to Identify Patients with Inadequate Health Literacy. *Family Medicine* 2004; 36: 588-94.
58. Mancuso, Josephine M. Assessment and Measurement of Health Literacy: an Integrative Review of the Literature. *Nursing & Health Sciences*, 2009; 11(1): 77-89.
59. Nurss JR, Parker RM, Williams M., Baker DW. *TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults*. Peppercorn Books&Press. NC. 2001.
60. Murphy P, Davis T, Long S, Jackson R, Decker B. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): A Quick Reading Test for Patients. *J Read*. 1993;37:124–130.
61. Baker, DW. The Meaning and Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 2006; 21: 878–83.
62. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP,et al: Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine* 2005; 3(6):514–22.
63. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health Literacy Among Adults: A Study from Turkey. *Health Educ Res*. 2010;25(3):464-77.
64. Sezer A, Kadioğlu H, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17:3.
65. *Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs*. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*. 281(6):552–7.

66. Quick Guide to Health Literacy. 2012.
67. Canadian Council on Learning. Health Literacy in Canada: Initial Results from the International Adult Literacy and Skills Survey. September 2007.
68. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016.
69. Yilmazel G, Cetinkaya F. Health Literacy among School Teachers in Çorum, Turkey. East Mediterr Heal J = La Rev santé la Méditerranée Orient = al-Majallah al-şihhīyah li-sharq al-mutawassit [Internet]. 2015;21(8):598–605. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26446532>
70. Aile hekimliği/Genel pratisyenlik Avrupa tanımı. [Internet]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definiton%20Turkish%20version.pdf>
71. Cifuentes M, Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Albright K, Weiss BD et al. Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit. AHRQ Publication No. 15-0023-1-EF Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015.
72. De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide to Good Prescribing. WHO/Action Program on Essential Drugs, Geneva;1994.
73. Akalın HE. Farmakoekonominin Uygulanmasında İlaç Endüstrinin Rolü. ANKEM Dergisi. 2005;19: 199-200.
74. Akıcı A, Uğurlu MU, Kalaça S, Akıcı NG, Oktay Ş. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Tedavisinde Pratisyen Hekimlerin İlaç Seçiminin Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2004;13: 263-7.
75. Açıkkel CH. Akılcı İlaç Kullanımı. TAF Prev Med Bull. 2003;1: 5-6
76. S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı Sonuç Raporu, Ankara, 22-23 Aralık 2006: 9-20.
77. WHO (1985) Conference of Experts on the Rational Use of Drugs. World Health Organization, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI. 25-9.
78. Akıcı A, Altun R. Elektronik (e) Reçete Uygulaması ve Akılcı İlaç Kullanımına Katkısı. Türk Aile Hekimliği Derg. 2013;17(3):125-33.
79. Kalyoncu Nİ, Yarış E. Akılcı İlaç Kullanımında Hekim Sorumluluğu. Toplum ve Hekim. 2004;19(5):359-63.

80. T.C. Sağlık Bakanlığı, Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik. [Internet]. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspix?MevzuatKod=7.5.7514&MevzuatIliski=0>
81. Yarış E. Tezgah Üstü İlaç Satılması ve İlaçta Reklam İlişkisi. Toplum ve Hekim. 2004;19(5):369-72.
82. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Mevzuatı, Hasta Hakları Yönetmeliği. [Internet]. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmi Gazete Sayısı: 23420. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspix?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>
83. Yorulmaz F. Reçeteleme Kusurları Halk Sağlığını Olumsuz Etkiliyor. STED. 2003;12(6):218-21.
84. Vançelik S, Çalikoğlu O, Güraksın A, ve ark. Pratisyen Hekimlerin Reçete Yazımını Şekillendiren Faktörler ve Akılcı İlaç Kullanım Kriterlerini Önemsemeye Durumları. Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Dergisi. 2006;26(2):65-75.
85. Çalikoğlu O. Erzurum İl Merkezinde Çalışan Pratisyen Hekimler ile 20 Yaş ve Üzeri Kişilerin Akılcı İlaç Kullanım Boyutları ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Erzurum 2006.
86. Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş, Alkan A, Öncül HG. Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı. Akdağ R, Editör. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; 2011.
87. Özçelikay G. Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma. Ankara Ecz Fak Derg 2001; 30(2):9-18.
88. Taggart VS. Implementation of the Guidelines. Eur Respir Rev 1995;5: 112-5.
89. Özşeker F, Akkaya E, Dilek İ, Damadoğlu E. Tüberküloz Hastalarının Tedaviye Uyumu (Hasta Kompliyansı). Solunum Hastalıkları 2004; 15(2):109-15.
90. Canan Demirbağ B, Timur M. Bir Grup Yaşlıların İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2012; 11(1):1-8.
91. Altuğ Ş, Koçkar MC. Disfaji (Derleme). Yeni Tıp Dergisi 2008;25(2):76-9.
92. Vicki S. Conn, Maithe Enriquez, Todd M. Rupp, and Keith C. Chan. Cultural Relevance in Medication Adherence Interventions with Underrepresented Adults: Systematic Review and Meta-Analysis of Outcomes

93. Mohammadi Ease, Abedi HA, Gofranipour F, Jalali F. Partnership caring: a theory of high blood pressure control in Iranian hypertensives. *Int J Nurs Pract* 2002;8(6):324-9.
94. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva, WHO Publications, 2003.
95. “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” (Yayımlanmamış Rapor) [Internet]. Available from: <http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2014/11/aik-ulusal-eylem-planı.pdf>
96. Özkısa T, Abul Y, İlaç Kullanmama Nedenleri. *Türkiye Klinikleri Fam Med–Special Topics* 2013;3(4):97-101.
97. Özşahin KA, Haydardedeoğlu FE. Barriers to Drug Adherence. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* . 2016;10(2):58-62.
98. Easthall C, Song F, Bhattacharya D. A Meta-Analysis of Cognitive-Based Behaviour Change Techniques as Interventions to Improve Medication Adherence. *BMJ Open* 2013;3:e002749. doi:10.1136/bmjopen-2013-002749
99. Higgins JPT, Green S, eds. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. [Internet]. Available from: <http://handbook-5-1.cochrane.org/>
100. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR. A Meta-Analysis of the Association Between Adherence to Drug Therapy and Mortality. *BMJ* 2006;333:15.
101. Zedler BK, Kakad P, Colilla S, et al. Does Packaging with a Calendar Feature Improve Adherence to Self-Administered Medication for Long-Term Use? A Systematic Review. *Clinical Therapeutics*. 2011;33:1.
102. Azrin NH, Teichner G. Evaluation of an Instructional Program for Improving Medication Trials. *Am J Epidemiol*. 2000;152:780-87.
103. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection. *Ann Intern Med*. 2000;133:21-30.
104. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, et al. Randomised Clinical Trial of Strategies for Improving Medication Compliance in Primary Hypertension. *Lancet*. 1975;1:1205-07.
105. Wu JR, Moser DK, DeJong MJ, et al. Defining an Evidence-Based Cutpoint for Medication Adherence in Heart Failure. *Am Heart J*. 2009;157:285-291.
106. T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü. Hastane Hizmet Kalite Standartları; Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Kılavuz. [Internet]. Available from: <http://www.akilciilac.gov.tr/?p=431>

- 107.Kayaalp OS. Farmakolojiye Giriş, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji (Ed S. O. Kayaalp). 10. Baskı. Ankara: Hacettepe-Taş Kitapçılık Ltd. Şti.; 2002.
- 108.Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krähenbühl S. “Drug-Related Problems in Hospitals: A Review of the Recent Literature”, Drug Safety 2007; 30: 379-407.
- 109.Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı. “Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı”. SGK Yayın No: 93, Ankara, 2013.
- 110.Veehof L, Stewart R, Meyboom-de JB, Haaijer-Ruskamp F. Adverse Drug Reactions and Polypharmacy In The Elderly In General Practice. Eur J Clin Pharmacol. 1999 Sep;55(7):533-6.
- 111.Bjerrum L, Seggaard J, Hallas J, Kragstrup J. Polypharmacy: Correlations With Sex, Age and Drug Regimen. Eur J Clin Pharmacol. 1998;54:197-202. DOI: 10.1007/s002280050445
- 112.World Health Organization. WHO Policy Perspectives On Medicines. Promoting Rational Use Of Medicines: Core Components. Geneva Sept 2002.
- 113.De Vries T. Presenting Clinical Pharmacology and Therapeutics: Evaluation of a Problem Based Approach for Choosing Drug Treatments. Br J Clin Pharmac. 1993;35.
- 114.“Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022” Çalıştayı. [Internet]. Available from: <http://www.akilciilac.gov.tr/?p=4391>
- 115.T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, İlaç Takip Sistemi. [Internet]. Available from: <https://www.its.gov.tr/index.php?run=content&get=14&mp=3>.
- 116.Erdemir Y, Karaaslan Y, Dilmen U. Ankara'nın Bir Bölgesindeki Evlerde Fazla İlaçlar Üzerine Bir Çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999;12:171-4.
- 117.Akıcı A. Akılcı İlaç Kullanımı. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlere Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. Ankara; 2013. p. 2645.
- 118.Baybek H, Bulut D, Çakır A. Muğla Üniversitesi İdari Personelinin İlaç Kullanma Alışkanlıklarının Belirlenmesi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2005;15:53-67.
- 119.Uskun E, Uskun SB, Öztürk M, Kişioğlu AN. Sağlık Ocağına Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı. STED. 2004;13(12):451-4.

120. Karataş Y, Dinler B, Erdoğan T, Ertuğ P, Seydaoğlu G. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;37(1):1-8.
121. Bilgili N, Karatay G. Sait Yazıcı Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Bireylerin İlaç Tüketimi İle İlgili Bazı Uygulamalarının Belirlenmesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005: 39-48.
122. Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MÜ, ve ark. Patient Knowledge About Drugs Prescribed At Primary Healthcare Facilities. Pharmacoepidemiology And Drug Safety. 2004; 13:[871-6 pp.]. DOI: 10.1002/pds.1020
123. Özkan S, Özbay OD, Aksakal N, İlhan MN, Aycan S. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları. TAF Prev Med Bull. 2005;4(5):223-37.
124. Oğuz E, Alaşehirli B ve Demiryürek AT. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nde Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Davranışlarının Değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Harran University Medical Faculty) Cilt 12. Sayı 2,2015
125. Mut H. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. [Uzmanlık Tezi]. İzmir. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2017.
126. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2016;(April):jech-2015-206910. Available from: <http://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2015-206910>
127. Duong VT, Lin I-F, Sorensen K, Pelikan JM, Van Den Broucke S, Lin Y-C, et al. Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. Asia-Pacific J Public Heal [Internet]. 2015;27(8):871-80. Available from: <http://aph.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1010539515607962>
128. Jeong SH, Kim HK. Health Literacy and Barriers to Health Information Seeking: A Nationwide Survey in South Korea. Patient Educ Couns [Internet]. 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.015>
129. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: Insights from the Assessment of Health Literacy Skills in Italy. Health Policy [Internet]. 2016 Aug 24 [cited 2016 Sep 11]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27593949>

130. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health Literacy, Associated Lifestyle and Demographic Factors in Adult Population of an English City: a Cross-Sectional Survey. *Health Expect* [Internet]. 2016;n/a-n/a. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/hex.12440>
131. van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sørensen K, Uiters E. Health Literacy of Dutch Adults: a Cross Sectional Survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2013;13(1):179. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84874258144&partnerID=tZOtx3y1>
132. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, Vukovic D. Evaluation of a Health Literacy Screening Tool in Primary Care Patients: Evidence from Serbia. *Health Promot Int*. 2013;29(4):1–7.
133. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of Health Literacy Strengths and Weaknesses Across Socio-Demographic Groups: a Cross-Sectional Survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):678. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/678>
134. Konfino J, Mejía R, Majdalani MP, Pérez-Stable EJ. Health Literacy in Patients Attending a University Hospital. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2009;69(6):631–4. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4180496&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
135. Akbolat M, Kahraman G, Eriguc G, Saglam H. Does Patient-Physician Relationship Affect Health Literacy?: A Research in Sakarya Province. *TAF Prev Med Bull* [Internet]. 2016;15(4):354. Available from: <http://www.scopemed.org/?mno=217958>
136. Yılmaz C, Kıl A. Individuals' Health Literacy Level and Their Knowledge and Practices with Respect to Rational Drug Use. *Kontakt – Journal of Nursing and Social Sciences related to Health and Illness*. 2018;20(4):401-07 | DOI: 10.1016/j.kontakt.2018.08.001
137. Öztürk H. Kayseri'de Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Erişkin Hastaların İlaç Kullanım Davranışları ve Bunu Etkileyen Nedenlerin Belirlenmesi. [Uzmanlık Tezi]. Kayseri. T.C. Erciyes Üniversitesi; 2017.

EKLER

Ek 1:

Sosyodemografik Özelliklerin ve İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Anket Formu

Anket no:

Anket tarihi:

1. Cinsiyetiniz nedir?

- Kadın
- Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

3. Eğitim durumunuz nedir?

- Okuryazar değil
- Okuryazar
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite ve üzeri

4. Mesleğiniz?

- Ev hanımı
- İşçi
- Emekli
- Öğrenci
- Memur
- Esnaf
- Serbest çalışan
- Çiftçi
- Diğer (belirtiniz) ...

5. Sosyal güvenceniz?

- SGK (Emekli Sandığı, SSK, Bağkur)
- Yeşilkart
- Özel Sigorta
- Diğer (belirtiniz) ...
- Yok

6. Gelir düzeyinizi nasıl belirtirsiniz?

- 999 TL ve altı
- 1000 – 1499 TL arası
- 1500 – 2499 TL arası
- 2500 – 3499 TL arası
- 3500 TL ve üstü

7. Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Gelir giderden az
- Gelir gidere denk
- Gelir giderden fazla

8. Haftada kaç gün gazete okursunuz? ...

9. Bir yılda kaç kitap okursunuz? ...

10. Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok kötü
- Kötü
- Orta
- İyi
- Çok iyi

Lütfen arka sayfaya geçiniz...

11. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- Kalp – damar hastalığı
- Hiperlipidemi
- Diyabet
- Hipertansiyon
- KOAH
- Astım
- Böbrek hastalığı
- Karaciğer hastalığı
- İnme / felç
- Romatolojik hastalık
- Kanser
- Psikiyatrik hastalık
- Demans
- Diğer (belirtiniz) ...
- Yok

12. Hastalandığınızda genellikle ilk başvurduğunuz yer neresidir?

- Aile sağlığı merkezi
- Devlet hastanesi
- Özel hastane
- Üniversite hastanesi
- Eczane
- Diğer (belirtiniz) ...

13. Doktora danışmadan ilaç kullanır mısınız?

- Evet, sıklıkla
- Evet, nadiren
- Hayır, hiçbir zaman
(Cevabınız hayır, hiçbir zaman ise 15. soruya geçiniz)

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

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

15. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesi ile ilaç kullanır mısınız?

- Evet, sıklıkla
- Evet, nadiren
- Hayır, hiçbir zaman

16. Televizyon, radyo veya internetten öğrendiğiniz ilaçları doktor tavsiyesi haricinde kullanır mısınız?

- Evet, sıklıkla
- Evet, nadiren
- Hayır, hiçbir zaman

17. Çevrenizdekilere ilaç tavsiye ettiğiniz olur mu?

- Evet, sıklıkla
- Evet, nadiren
- Hayır, hiçbir zaman

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

- Evet, sıklıkla
- Evet, nadiren
- Hayır, hiçbir zaman
(Cevabınız hayırsa 20. soruya geçiniz)

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

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

Lütfen arka sayfaya geçiniz...

20. İlaçla ilgili bilgiyi kimden ya da nereden alırsınız? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Doktordan
- Eczacıdan
- Prospektüsünden okuyarak
- Diğer (belirtiniz) ...

21. Kullandığınız ilacın kullanma talimatını (prospektüs) okur musunuz?

- Evet, sıklıkla
- Evet, nadiren
- Hayır, hiçbir zaman

22. İlaç kullanırken aşağıdakilerden hangilerine dikkat edersiniz?

	EVET	HAYIR	BAZEN
Aç – tok iken alımına			
Saatine			
Miktarına			
Diğer ilaçlarla birlikte kullanımına			
Son kullanma tarihine			
Diğer			

23. Kullanmakta olduğunuz ilaçtan fayda görmediğinizi düşünürseniz ne yaparsınız?

- İlacı bırakır, reçete eden doktora başvururum
- İlacı bırakır, başka doktora başvururum
- İlacı tavsiye edildiği sürece kullanmaya devam ederim
- Diğer (belirtiniz) ...

24. Evde bulunsun diye ilaç yazdırır veya eczaneden alır mısınız?

- Evet, sıklıkla
- Evet, nadiren
- Hayır, hiçbir zaman

25. En sık hangi ilaçları evde bulundurursunuz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

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

Ek 2:

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ – 32

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

17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

Ek 3:

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Karar Formu
(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR)

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülseren PAMUK

Karar No: 398
Tarih : 14.11.2018

KARAR

18-65 Yaş Arası Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi adlı araştırma başvuru dosyanız kurumumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda kurum klinik izni alınması koşulu ile çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Başkan

Doç. Dr. Serdar BAYATA
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Yasemin TOKEM
Üye

Prof. Dr. Belde Kasap DEMİR
Üye

Doç. Dr. Özgür TOŞUN
Üye

(T. Katılmadı)

Doç. Dr. Aşlı BAYSAL
Üye

Uzm. Dr. Ayşenur ATAY
Üye

Dr. Mehmet ERTAN
Üye

Uzm. Dr. Doğu Barış KILIÇÇIOĞLU
Raporçör Üye

KARSI OY _____ :

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY
Non-Interventional Clinical Studies
Institutionel Review Board

To : Gülseren PAMUK, MD
From : Assoc. Prof. Orhan GÖKALP, MD, Chair
Date : 14.11.2018
IRB # : 398

Study Title : Evaluation of Health Literacy Level and The Effect of Health Literacy Level on Rational Use of Medicine Among Patients Aged 18-65 Years.

At its board meeting **14.11.2018** your submission for the above referenced research study has received review and approval from İzmir Kâtip Celebi Non-Interventional Clinical Studies Institutional Review Board.

Assoc. Prof. Orhan GÖKALP
Chair

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR / TÜRKİYE
Tel: 0 232 245 04 38 - 0 232 244 44 44 / 1234
Fax: 0 232 245 04 38
E-posta: ikcetik2@gmail.com

Ek 4:



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ BULUŞTIRICI
OLMAYAN HASTALIKLAR VE KRONİK DURUMLAR
BİRİNCİ SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT
BİRİMİ
18/01/2019 14.17 - 77597247 - 604.02 - E 41
60681398110

Sayı : 77597247-604.02
Konu : Öğretim Üyesi Dr. Gülseren
PAMUK'un Araştırma İzni

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı)

İlgi : AHMET OLCAY İŞVER'in 20/12/2018 tarihli ARAŞTIRMA İZİN DİLEKÇESİ (1
ADET DOSYA)

Izmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Gülseren PAMUK sorumluluğunda yapılmak istenen "18-65 Yaş Arası Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde oluşturulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılmak İstenen Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş olup komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

"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 Resmî Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 nci 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 Resmî Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "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 paylaşılamaz" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamayacağı hükmü yer almaktadır."

Izmir İl Sağlık Müdürlüğü 123/11 sokak,Poligon Mahallesi Karabağlar
Telefon: (0232) 248 33 10 Faks No:
e-Posta: duygu.ugurlu@sağlik.gov.tr İnternet Adresi: http://www.ism.gov.tr (0 232)
248 3310 - 1244 -bulasici.olmayan@sağlik.gov.tr
Evrakin elektronik imzalı sure ttc http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 02284029-18fb-40cf-aabd-d3ac4bacc39 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imz ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Duygu UĞURLU
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: 0232 2483310

"Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla çalışmanın yapılması uygun bulunmuştur" denilmektedir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğini Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Hakan BAYRAKCI
MÜDÜR a.
Başkan

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 123/11 Sokak,Poligon Mahallesi Karabağlar

Telefon: (0232) 248 33 10 Faks No:

e-Posta: duygu.ugurlu@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.ism.gov.tr> (0 232)

248 3310 - 1244 -bulasici.olmayan@isaglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 02284059-18fb-400f-aabd-d3ac4bacaa39 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre guvevli elektronik imzla imzalanmıştır.

Bilgi için: Duygu UĞURLU

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0232 2483310

Ek 5:

Kimden: olcay işler <olcayisler@hotmail.com>

Gönderme tarihi: Çarşamba, Aralık 26, 2018 8:52 ÖS

Kime: pinarokyay@hotmail.com

Konu: “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32” (izin)

Sayın hocam,

Ben İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan araştırma görevlisi Ahmet Olcay İşler. Uzmanlık tezim için yürütmeyi planladığım araştırmamda bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin tespiti konusunda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçeğe ihtiyacım bulunmaktadır. Araştırmamı izinleriniz olduğu takdirde tarafınızca geliştirilen “*Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32*” yi kullanarak yürütmek isterim.

Değerli ölçeğinizi çalışmamda kullanabilmem hususunda izinlerinizin beni çok mutlu edeceğini belirtmek ister ve saygılarımı sunarım.

Dr. Ahmet Olcay İşler
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Gönderen: Pinar Okyay <pinarokyay@hotmail.com>

Gönderildi: 27 Aralık 2018 Perşembe 06:06

Kime: olcay işler

Konu: Re: “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32” (izin)

Sevgili Olcay,

Ölçeği kullanmanız bizi mutlu eder.

Böylece amacına hizmet etmiş olur.

Süreçte desteğe ihtiyacın olursa lütfen yazmaktan çekinme.

Kolay gelsin.

Sevgilerimle.

Pınar

Ek 6:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı: 18-65 Yaş Arası Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın İçeriği: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Karşıyaka 17 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 18-65 yaş grubu bireylere sosyodemografik özelliklerin ve ilaç kullanım alışkanlıklarının sorulduğu anket ile "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32" uygulanması planlanmıştır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan anket 25 soru içermektedir. Anket, yüz yüze görüşme tekniği ile yapılacaktır.

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma ile araştırmaya dâhil edilen bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 374

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:

Herhangi bir ilaç ya da tedavi uygulaması yapılmayacaktır. Sadece araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formundaki soruların yanıtlanması ve "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği - 32" nin doldurulması istenmektedir. Ankette herhangi rencide edici soru bulunmamaktadır.

2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Çalışmamıza katılan gönüllü bireylerin sağlık okuryazarlığı kavramı hakkında bilgilendirilmesi ve ilaç kullanım tutumlarının belirlenip akılcı ilaç kullanımı hususunda farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Anket sorularının yanıtlanması sizin açınızdan herhangi bir risk taşımamaktadır.

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Çalışmamıza katılan bireylerle yapılacak görüşmelerimizin sonunda sağlık okuryazarlığının ve akılcı ilaç kullanımının önemi hakkında bilgi verilip, akılcı ilaç kullanımı kapsamında nelere dikkat edilmesi gerektiği hususunda önerilerde bulunulacaktır.

5.GEBELİK

Araştırmanın gebelik üzerine herhangi bir olumsuz etkisi bulunmamaktadır.

6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Araştırmada herhangi bir girişim ya da tedavi uygulanmayacaktır.

7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Anket sorularına uygunsuz ya da eksik cevap vermeniz durumunda araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir

8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Anket süresince veya sonrasında araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun yaşamanız durumunda aşağıdaki doktorlar ile irtibat kurabilirsiniz.

Dr. Öğr. Üyesi Gülseren Pamuk telefon: 0553 626 25 96

Dr. Ahmet Olcay İşler telefon: 0505 494 91 09

11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Anket ve ölçek uygulaması tarafınıza maddi ya da manevi bir zarar vermeyecektir. Soruların sizi rahatsız etmesi durumunda çalışmadan gönüllü olarak ayrılabilirsiniz. Çalışmada kalmanız için size herhangi bir zorlama yapılmayacaktır

12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

a.Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

b.Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

c.Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

d.Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

13.GİZLİLİK:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı- Soyadı:
Yaş ve Cinsiyeti:
İmzası:
Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;
Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:
İmzası:
Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Doktorun
Adı- Soyadı:
İmzası:
Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin
Adı- Soyadı:
İmzası:
Görevi:
Tarih: