

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİ VE BU DURUMUN AKILCI İLAÇ KULLANIMIYLA OLAN
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. ESMA YAĞIZ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2020

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYLERİ VE BU DURUMUN AKILCI İLAÇ KULLANIMIYLA OLAN
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. ESMA YAĞIZ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyiminden faydalanma şansı bulduğum, akademik gelişimim için her türlü kolaylığı sağlayan ve tezimin her aşamasında bana sabırla yol gösteren tez danışmanım, anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR'a,

Tezimin verilerini toplamada ve tez süresince desteğe ihtiyaç duyduğumda hoşgörüsüyle yardımcı olan meslektaşlarıma, asistanlığım boyunca keyifle vakit geçirdiğim bölüm arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca, her konuda sevgilerini ve desteklerini yanımda hissettiğim sevgili annem Ayşe BİLGİLİ'ye, kıymetli babam İbrahim BİLGİLİ'ye, her daim soluklarını ensemdede hissettiğim canım ablam ve kardeşime,

Her zaman şefkati ve sevgisiyle yanımda olan hayat arkadaşım Bayram'a,

Canıma can katan, gözümün nuru kızım Meyra'ya,

Teşekkürlerimi sunmaktan gurur ve mutluluk duyarım...

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı; Kocaeli Üniversitesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerini belirlemek ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı düzeyleriyle olan ilişkisini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tasarım tipi kesitsel-analitik olan araştırmanın evreni, çalışmanın yapıldığı 2019-2020 eğitim öğretim yılında Kocaeli Üniversitesi'nde okumakta olan üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında daha önce yapılan bir çalışmanın verileri kullanılarak minimum 500 kişiye ulaşılması hedeflendi ve araştırmaya dâhil olma kriterlerini taşıyan 684 kişi araştırmanın örneklemini oluşturdu. Veri toplama araçları olarak; katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri ile mevcut sağlık durumunun sorgulandığı kısa anket formu, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkiye Uyarlaması (ASOY-TR 47) ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği(AİKÖ) online anket yöntemiyle uygulandı. Çalışma onamı anket metninin önünde yer alan yazılı onam ile alındı. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinde Statistical Package for the Social Sciences 18 paket programı kullanıldı. Pearson ki kare, Mann Whitney-U ve One sample T-Test istatistiksel testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya yaşları 18 ila 39 arası, 355'i kadın 329'u erkek toplam 684 üniversite öğrencisi katılmış olup, genel yaş ortalaması $20,99\pm 2,17$ 'dir. Öğrencilerin %9,6'sının sağlık güvencesi yoktur ve %21,1'i sigara kullanmaktadır. Öğrencilerin %60'ı son bir yıl içinde acil servise başvurmuş ve bu başvuruların ancak %16'sı yatarak tedavi almayı gerektirmiştir. Katılımcıların ASOY-TR 47 ölçeği ortalama puanı $2,85\pm 0,47$ ve indeks puan ortalaması $30,89\pm 7,98$ olarak bulunmuş olup, bu puan sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisine karşılık gelmektedir. Öğrencilerin %21,2'sinin yetersiz, %44,9'unun sorunlu/sınırlı, %23,8'inin yeterli ve %9,9'unun mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların AİKÖ ortalama puanı $38,21\pm 3,95$ 'tir. Çalışmamızda 599 (%87,6) öğrencinin akılcı ilaç kullanımı bilgi seviyesi yüksek, 85 (%12,4) öğrencinin ise akılcı ilaç kullanımı bilgi seviyesi düşüktür. Kadınların, geliri yetenlerin, ailesinde sağlık personeli olanların, tıp ve sağlık bilimleri fakültelerinde okuyanların ve son bir yılda acil servise beşten daha az başvuranların AİKÖ puanları daha yüksektir.

SONUÇ: Her 3 üniversite öğrencisinden 2'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sorunlu/sınırlı olduğu saptanmıştır. Her 100 üniversite öğrencisinden 12'sinin (%12,4) akılcı ilaç kullanımı bilgi seviyesi düşüktür. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça, akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Sonuç olarak; üniversite öğrencilerinin büyük bir kısmının SOY konusunda, az da olsa göz ardı edilemeyecek bir kısmının AİK konusunda bilgilendirilmeye ihtiyacı vardır. Önceliğin sağlık okuryazarlığına verilmesi suretiyle her iki konuda da eş zamanlı, bütüncül ve etkili eğitim programları planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, akılcı ilaç kullanımı, ASOY-TR 47, AİKÖ, üniversite öğrencileri

ABSTRACT

AIM: The aim of this study is; to determine the health literacy levels of Kocaeli University students and their knowledge of rational drug use and to examine the relationship between their health literacy levels and their level of rational drug use.

MATERIALS AND METHODS: The universe of the research, whose design type is cross-sectional-analytical, consists of university students studying at Kocaeli University in the 2019-2020 academic year when the study was conducted. In calculating the sample size, it was aimed to reach a minimum of 500 people by using the data of a previous study, and 684 people who met the inclusion criteria were constituted the sample of the study. As data collection tools; short questionnaire that queried the current health status and demographic and socioeconomic characteristics of the participants, the European Health Literacy Scale Turkey Adaptation and Rational Drug Use Scale was applied to the online survey method. Study consent was obtained with the written consent given in front of the text of the questionnaire. Statistical Package for the Social Sciences 18 package program was used to evaluate the data obtained from the study. Pearson chi-square, Mann Whitney-U and One sample T-Test statistical tests were used. Statistical significance was evaluated as $p < 0.05$.

RESULTS: A total of 684 university students, 355 females, 329 males, between the ages of 18 and 39 participated in the study, and the general average age was 20.99 ± 2.17 . 9.6% of the students do not have health insurance and 21.1% smoke. 60% of the students applied to the emergency service in the last year and only 16% of these applications required inpatient treatment. The ASOY-TR 47 scale mean score of the participants was found to be 2.85 ± 0.47 and their index score as 30.89 ± 7.98 , which corresponds to the problematic / limited health literacy category. It was found that 21.2% of the students were insufficient, 44.9% problematic / limited, 23.8% sufficient and 9.9% had excellent health literacy. Participants' mean AİKÖ score is 38.21 ± 3.95 . In our study, 599 (87.6%) students had a high level of knowledge on rational drug use, and 85 (12.4%) students had a low level of knowledge on rational drug use. The AİKÖ scores of women, those who can afford it, those who have family members of healthcare professionals, those who study at medical and health sciences faculties, and those who have applied to the emergency department less than five in the last year are higher.

CONCLUSION: It was determined that the health literacy level of 2 out of every 3 university students was insufficient or problematic / limited. 12 of every 100 university students (12.4%) have a low level of knowledge on rational drug use. It was found that as individuals' health literacy levels increased, their knowledge of rational drug use also increased. As a result; a large part of university students need to be informed about health literacy, and a few that cannot be overlooked about rational drug use. Simultaneous, integrated and effective education programs should be planned on both subjects by giving priority to health literacy.

Keywords: Health literacy, rational drug use, ASOY-TR 47, AİKÖ, university students



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	3
ÖZET	4
ABSTRACT	6
İÇİNDEKİLER	8
KISALTMALAR VE ŞİMGELER	10
TABLolar DİZİNİ	12
ŞEKİLLER DİZİNİ	13
1.GİRİŞ VE AMAÇ	14
2.GENEL BİLGİLER.....	17
2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	17
2.1.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI TANIMI	17
2.1.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ.....	19
2.1.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BAŞAMAKLARI.....	22
2.1.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KAVRAMSAL MODELİ.....	24
2.1.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ALT BOYUTLARI	25
2.1.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	26
2.1.7. YETERSİZ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	29
2.1.8. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE ÖLÇEKLERİ	30
2.1.9. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	34
2.1.10. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLİŞKİSİ.....	38
2.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI	40
2.2.1. İLAÇ VE ÖNEMİ.....	40
2.2.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI TANIMI	41
2.2.3. AKILCI İLAÇ KULLANIMININ PAYDAŞLARI	42
2.2.4. HASTALARIN İLAÇ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	46
2.2.5. HASTALARIN TEDAVİYE UYUMU	49
2.2.6. AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI VE SONUÇLARI	51
2.2.7. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÇALIŞMALARI	52
2.2.8. AİLE HEKİMLİĞİ VE AKILCI İLAÇ KULLANIMI	56
3. GEREÇ VE YÖNTEM	58
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	58
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	58
3.3. ÖRNEKLEM SEÇİMİ VE BÜYÜKLÜĞÜ	58
3.4. ARAŞTIRMAYA KATILMA KRİTERLERİ.....	58
3.5. ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ	58
3.6. VERİ TOPLAMA	59
3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	61
3.8. ETİK ONAY	61
4. BULGULAR	62
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	62
4.2. SAĞLIK DURUMUYLA İLGİLİ BULGULAR	65
4.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	69
4.4. AKILCI İLAÇ KULLANIMI DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	74
4.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN VE AKILCI İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARININ BİRBİRİYLE VE DİĞER VERİLERLE OLAN İLİŞKİLERİ.....	77

4.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARIYLA İLİŞKİSİNE AİT BULGULAR	83
5. TARTIŞMA	88
5.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	88
5.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI	93
5.3. İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARINA GÖRE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ	98
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	104
6.1. SONUÇLAR	104
6.2. ÖNERİLER	106
KAYNAKÇA.....	109
EKLER.....	118
EK 1. SOSYODEMOGRAFİK KISA ANKET FORMU	118
EK 2. AVRUPA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE UYARLAMASI FORMU	121
EK 3. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ FORMU	123
EK 4. ETİK KURUL ONAYI	124
EK 5. ASOY-TR 47 ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNI	126
EK 6. AİKÖ KULLANIM İZNI.....	127

KISALTMALAR VE SİMGELER

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- ABLE:** Adult Basic Learning Examination
- AİK:** Akılcı İlaç Kullanımı
- AOİK:** Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
- ASOY-TR:** Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Türkçe Uyarlaması
- BEHKA:** Brief Estimate of Health Knowledge and Action
- BNF:** British National Formulary
- 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
- HLSI:** Health Literacy Skills Instrument
- HLSQMs:** Health Literacy Screening Question Methodologies
- IOM:** Institute of Medicine
- LAD:** Literacy Assessment for Diabetes
- NAAL:** National Assessment of Adult Literacy Survey
- NVS:** Newest Vital Sign
- 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
- SB:** Sağlık Bakanlığı
- SGGM:** Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
- SILS:** Single Item Literacy Screen
- SOY:** Sağlık Okuryazarlığı
- SOY-SEN:** Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği
- S-TOFHLA:** Short-Test Of Functional Health Literacy in Adults
- TABE:** Test of Adult Basic Education
- TİK:** Türkiye İlaç Kılavuzu

TİTCK: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32

TYSOÖ: Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

UNESCO: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

WHO: World Health Organization

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



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Sağlık okuryazarlığının Sorensen ve arkadaşları tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda belirlenen 12 alt boyutu (22).....	26
Tablo 2: Akılcı ilaç tedavisi süreci (13)	41
Tablo 3: Katılımcıların öğrenim durumları	62
Tablo 4: Katılımcıların kaldığı yer, gelir kaynağı ve gelir durumlarının dağılımı.....	63
Tablo 5: Katılımcıların ekonomik ve kültürel statü durumları.....	64
Tablo 6: Katılımcıların anne-baba eğitim durumları	64
Tablo 7: Katılımcıların sağlık güvencesi olma durumları	65
Tablo 8: Katılımcıların ailesinde sağlık personeli olma durumları	65
Tablo 9: Katılımcıların VKİ dağılımı	65
Tablo 10: Katılımcıların sigara kullanma durumları	66
Tablo 11: Katılımcıların kronik hastalık durumları.....	67
Tablo 12: Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarının dağılımı.....	67
Tablo 13: Katılımcıların sağlık problemi varlığında ilk başvurdukları sağlık merkezlerinin dağılımı.....	68
Tablo 14: Katılımcıların son bir yıl içindeki acil servis başvuru sayıları.....	68
Tablo 15: Katılımcıların acil servise başvuru sonrası yatarak tedavi alma sayıları	69
Tablo 16: Katılımcıların SOY düzeylerinin dağılımı	70
Tablo 17: Katılımcıların alt boyutlarına göre ASOY-TR 47 ölçek puanı ve indeks puanı ortalamaları	71
Tablo 18: Katılımcıların ASOY-TR 47 Ölçeğine verdiği yanıtların soru bazlı yüzdelerik dağılımı.....	72
Tablo 19: Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği yanıtlarının dağılımı.....	76
Tablo 20: Korelasyon tablosu.....	77
Tablo 21: Katılımcıların ASOY-TR 47 Ölçeği puanları ve AİKÖ puanları ile sosyodemografik verilerinin ilişkisi	79
Tablo 22: Katılımcıların SOY kategorileriyle sosyodemografik verilerinin ilişkisi	80
Tablo 23: Katılımcıların AİKÖ kategorileriyle sosyodemografik verilerinin ilişkisi	82
Tablo 24: Katılımcıların ASOY-TR 47 Ölçeği puanları ile AİKÖ yanıtlarının ilişkisi	85
Tablo 25: Farklı çalışmalardaki sağlık okuryazarlığı genel indeks puanları ve düzeylerinin karşılaştırılması.....	89

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Sorensen vd. tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli (22) ..	25
Şekil 2: Sağlık okuryazarlığında potansiyel müdahale alanları (21).....	29
Şekil 3: Akılcı İlaç Kullanımında Sorumlulukları Olan Taraflar (14)	44
Şekil 4: Katılımcıların sağlık hissi dağılımları	66
Şekil 5: Katılımcıların SOY kategorilerinin yüzdeler dağılımı.....	70
Şekil 6: Katılımcıların AİKÖ puanlarının kategorik dağılımı.....	75



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetini alan hasta ve hasta yakınları arasında etkili iletişimin sağlanması; sağlık okuryazarlığı (SOY) ile yakından ilişkilidir. SOY kavramı; ilk kez 1970’li yıllarda literatürde yer almaya başlamış olup, sürekli değişen ve gelişen sağlık sistemi ile bu kavramın önemi son yıllarda giderek artmıştır (1).

Sağlık okuryazarlığının bugüne dek yapılmış çok sayıda tanımı mevcuttur. SOY kısaca; bir hastaya tıbbi bir bilgi verilmek istendiğinde, hastanın bu bilgiyi anlayıp yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesi olarak ifade edilebilir (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre SOY; *“bireyin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiye ulaşabilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme yeteneği”* olarak tanımlanmıştır (3). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün yayınladığı Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde ise SOY; *“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 (4).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (The European Health Literacy Survey, HLS-EU)’nda geliştirilen tanıma göre; 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 (5).

SOY, bireyin kendine verilen sağlık bilgilerini doğru anlayıp yorumlaması ve kendi sağlığıyla ilgili doğru kararlar alabilmesi için önemlidir. Sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliği, verimliliği ve kalitesi de; sağlık hizmetini alan bireylerin kendi sağlığı konusunda verdikleri bu kararlara bağlıdır (6).

Yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi olan bireylerin, yeterli SOY düzeyine sahip bireylere göre; gereksiz acil başvurusu ve gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu, hastane yatış sürelerinin daha uzun olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, ilaç uyumlarının daha kötü olduğu, verilen sağlık mesajlarını daha az

anladıkları bilinmektedir. Bütün bu sebepler, gereksiz işgücü kayıplarına ve beraberinde sağlık harcamalarında ciddi artışa neden olmaktadır (7).

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

Sonuç olarak yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, verilen sağlık hizmetlerinin istenilen sonuca ulaşmasına engel olmaktadır. Sürdürülebilir bir sağlık sistemi ve daha sağlıklı bir toplum için; bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılması büyük önem taşır ve sağlık politikalarının temel hedeflerinden biri olmalıdır (9).

DSÖ, 1985 yılında Kenya-Nairobi’de yaptığı toplantıda akılcı ilaç kullanımını (AİK); *“kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en uygun maliyetle ve kolayca sağlayabilmeleri”* şeklinde tanımlamıştır. Bu maddelerin birini veya birkaçını karşılamayan durumlar ise akılcı olmayan ilaç kullanımını (AOİK) olarak adlandırılmaktadır (10).

Akılcı olmayan ilaç kullanımını tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gereksiz, etkisiz, yanlışı veya pahalı ilaç kullanımını gerek sağlık açısından gerekse ekonomik açıdan pek çok probleme sebep olmaktadır. Bunlardan bazıları; hastaların tedaviye uyumunun azalması, bazı ilaçlara özellikle antibiyotiklere karşı direnç gelişmesi, ilaç etkileşimleri ve advers olay görülme sıklığının artması, hastalıkların nüksetmesi veya hastalık sürecinin uzaması, tedavi harcamalarının artması olarak sayılabilir (10,11).

Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre; dünya genelinde tüm ilaçların yaklaşık %50’si uygunsuz şekilde reçete edilmekte, satılmakta ya da dağıtmakta ve tüm hastaların yarısından fazlası ilaçlarını akılcı olmayan şekilde kullanmaktadır (11). Tedavi kılavuzlarına uygun tedavi edilen hasta oranı düşüktür. DSÖ, 2002 yılında yayımladığı raporunda; dünya nüfusunun üçte birinin temel ilaçlara erişimden yoksun olduğuna ve akılcı olmayan ilaç kullanımının yaygınlığına dikkati çekmiştir (12).

Akılcı ilaç kullanımında en büyük sorumluluk sahibi tabii olarak hekimdir. Hekim reçeteyi düzenlerken; tedavi hedeflerine ulaştırabilecek ilaç alternatiflerini, etkililik

(efficacy), güvenlik (safety), uygunluk (suitability) ve maliyet (cost) açısından birbiriyle karşılaştırılmalı ve en uygun ilacı yazmalıdır (13).

AİK'nın yaygınlaştırılması ve uygulanabilirliğinin artması için ilgili tüm tarafların sorumluluk alarak kendi üzerlerine düşen görevleri yerine getirmeleri gerekmektedir. Bu taraflar arasında hekimin haricinde; eczacı, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personeli, hasta/hasta yakınları, ilaç üreticileri, resmi otoriteler, meslek örgütleri, akademisyenler, basın-yayın grupları sayılabilir (14).

İlaçlar ancak doğru ilaç, doğru zamanda, doğru miktarda, doğru şekilde kullanıldığında etkilidir (10). Sağlık okuryazarlığı, şüphesiz bireylerde bu akılcı ilaç kullanımı ilkeleriyle ilgili farkındalığı arttırmaktadır. Doğru ilaç kullanımında ilaç kullanıcılarının AİK konusunda yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmaları gerekmektedir (15). Başka bir deyişle sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı toplum sağlığının geliştirilmesinde etkisi olan, birbirleriyle yakından ilişkili, hatta birbirini tamamlayan iki önemli unsurdur (13).

Literatürde sosyodemografik özelliklerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri veya ilaç kullanım alışkanlıkları üzerine etkilerinin tek başına incelendiğini sıkça görmekteyiz fakat bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma olduğu dikkat çekmektedir.

Bu çalışmanın amacı; Kocaeli Üniversitesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerini belirlemek ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı ile olan ilişkisini incelemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.1.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI TANIMI

Göreceli bir kavram olduğundan sağlığın tanımlanması farklılıklar göstermekle birlikte; en yaygın kullanılan ve en çok kabul gören DSÖ'nün yapmış olduğu sağlık tanımıdır. 1948 Dünya Sağlık Örgütü anayasasında: *"Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir."* şeklinde tanımlanmıştır (16).

Okuma ve yazma kavramlarından doğan okuryazarlık; yalnızca okuma-yazma yetisi değil, okuduğunu kavrama, yorumlama ve başkalarına aktarma yeteneğini de kapsayan kompleks bir olgudur ve etkili iletişim için oldukça önemli bir araçtır. Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu (UNESCO) okuryazarlığı şöyle tanımlamıştır: *"Değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneğidir."* Her yıl 8 Eylül günü; *Dünya Okuryazarlık Günü* olarak kutlanmaktadır (17-19).

Sağlık okuryazarlığı terimi; ilk kez 1974 yılında, Scott Simonds tarafından yazılan "Health Education as Social Policy- Bir Sosyal Politika Olarak Sağlık Okuryazarlığı" adlı bir makalede kullanılmıştır (6,19). Sağlığı geliştirme alanında, 1986 yılında Ottawa şehrinde yapılan "Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı"nda; sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılabilir bir şekilde düzenlenip, toplumun da buna uygun şekilde davranış geliştirmesi gerektiği vurgulanarak, SOY kavramı öne çıkarılmıştır (2). 2003 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan "Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi (National Assesment of Adult Literacy Survey, NAAL)" isimli çalışmadan sonra SOY kavramı literatürde daha çok yer almaya başlamıştır (6,20).

İlk zamanlar *"sağlığı için bireyin yetenekleri"* şeklinde tanımlanan SOY kavramı, 1993 yılında Nutbeam ve Wise tarafından *"bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi"* olarak tanımlanarak güncel tanımlamaların temelini oluşturmuştur (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre SOY; *"bireyin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiye ulaşabilme,*

bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme yeteneği” olarak tanımlanmıştır (3). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde ise bu tanım “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 (2,4).

Sonraki yıllarda da sağlık okuryazarlığının pek çok tanımı yapılmıştır. Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) 2004 yılında, *“SOY düzeyi; bireyin bir sağlık bilgisini edinebilme, değerlendirebilme, anlama ve doğru sağlık kararını verebilmek için uygun hizmetleri kullanabilme düzeyidir”* şeklinde tanımlamıştır (21). Yine ABD’de Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlık Geliştirilmesi Dairesi tarafından 2010 yılında hazırlanan Sağlık Okuryazarlığını İyileştirmeye Yönelik Ulusal Eylem Planı’nda SOY; insanların uygun sağlık kararlarını vermek için gerekli olan temel sağlık bilgileri ve hizmetlerini elde etme, kullanma ve anlama kapasitesine sahip olma düzeyi olarak ele alınmıştır. 2012 yılında, Sorensen ve arkadaşları, o güne kadar yapılmış olan bütün tanımları derleyerek *“SOY; okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir.”* şeklinde tanımlamışlardır (2,22).

Tüm bu tanımlardan hareketle kısaca SOY; kişinin kendi ve toplum sağlığıyla ilgili karar ve davranışlarına yön veren, temel sağlık hizmetleri konusundaki bilgilere ulaşarak, bunları doğru şekilde kavrama ve kullanma konusundaki kabiliyeti olarak ifade edilebilir (23,24).

Sonuç olarak SOY; genel okuryazarlık düzeyi ile yakından ilişkilidir ve sağlık hizmetiyle ilgili konularda doğru kararlar verebilmek, verilen tavsiyeleri etkin kullanabilmek ve sağlık sisteminden maksimum düzeyde faydalanabilmek için hayati öneme sahiptir (4,25). Kişilerin hastalıkları önlemeleri ve sağlıklarını geliştirmeleri ve daha kaliteli bir yaşam sürdürmeleri hususunda gereken karar ve tedbirleri alabilmeleri için gerekli sağlık bilgisine ulaşım, bu bilgileri anlamaları, değerlendirmeleri ve uygulamaları gerekmektedir. Bu da ancak yeterli SOY düzeyi ile mümkündür (26,27).

2.1.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ

Son yıllarda gerek koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanması, gerek sağlık harcamalarındaki artışların dikkat çekmesi, gerekse SOY seviyelerinin düşüklüğüne karşı farkındalığın artması sağlık okuryazarlığının önemini arttırmış ve bu alanı araştırmalara açık hale getirmiştir (28).

Sağlık okuryazarlığının önemini gösteren durumlar genel olarak altı ana maddede toplanarak incelenmiştir. Bunlar; etkilediği kişi sayısının fazlalığı, kötü sağlık sonuçları, kronik hastalık oranlarında artış, sağlık hizmeti maliyetlerinde artış, sağlık bilgisine olan taleplerdeki artış ve eşitlikçilik şeklinde sıralanmıştır (29,30).

1. Etkilediği insan sayısının fazlalığı: Yetersiz fonksiyonel okuryazarlık oranlarının ülkelere göre %7-%47 arasında değiştiği, bu durumdan en çok kadınların etkilendiği tespit edilmiştir (3,31). Dünya geneline bakıldığında kadınların üçte ikisinin temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu görülmektedir. Nitekim yetersiz SOY oranları gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi şaşırtıcı bir biçimde gelişmiş ülkelerde de yüksektir. Düşük sağlık okuryazarlığı, kişilerin topluma tam olarak katılmalarını ve yaşam hedeflerini gerçekleştirmelerini de önleyebilmektedir (32).

2. Kötü sağlık sonuçları: Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile artmış mortalite ve morbidite oranları arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin mevcut sağlık durumları daha kötü, hastaneye yatış ve mortalite oranları daha yüksek, bakım planlarına ve tedaviye uyumsuzluk oranları daha yüksek, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları daha düşüktür (31,32).

3. Kronik hastalık oranlarında artış: Büyük bir kısmını kalp-damar hastalıkları, diyabet, solunum yolunu ilgilendiren kronik hastalıklar ile kanserlerin oluşturduğu bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm toplumları olumsuz etkilemektedir. Küresel hastalık yükünün %47'sini oluşturan kronik hastalıkların oluşumunda ve öz yönetiminde sağlık okuryazarlığının rolü büyüktür (31). Ülkemizde de doğumda beklenen yaşam süresinin artmasına paralel olarak yaşlı nüfus oranı hızla artarken; tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, azalmış fiziksel aktivite, stres gibi faktörlerin artmasına sekonder prevalansı artan kronik hastalıklar sağlık hizmetlerinin önemli bir konusudur (9). Yapılan çalışmalar

kronik hastalık tedavilerinin başarısında, sağlık okuryazarlığı ile hasta eğitiminin çok önemli bir yer tuttuğunu ortaya koymaktadır (33). Kronik hastalıklara karşı mücadele kapsamında, toplumun SOY düzeyinin ve farkındalığının arttırılması hiç şüphesiz ilk yapılması gereken şeydir (34).

4. Sağlık hizmeti maliyetlerinde artış: Sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti giderlerine yıllık toplam %3-%5 oranında ek maliyeti olmaktadır. Kanada'da, 2009 yılında, sınırlı sağlık okuryazarlığının toplam sağlık bütçesinin %3-%5'ine tekabül eden 8 milyar dolarlık ek bir maliyeti olduğu hesaplanmıştır (35). Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi (National Assesment of Adult Literacy Survey, NAAL) alışmasının verilerine göre; yetersiz sağlık okuryazarlığının Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sistemine etkisinin finansal boyutunun 106-238 milyar dolar arasında değiştiği gösterilmiştir (20). Ayrıca bulaşıcı olmayan hastalıklardaki her %10'luk artışın, yıllık ekonomik büyümeyi %0,5 oranında azalttığı yapılan ekonomik analizler sonucu ortaya konmuştur (34).

5. Sağlık bilgisi taleplerinde artış: Gelişen teknoloji sağlık sisteminde karmaşıklığı da beraberinde getirmiştir. Kitle iletişim araçlarıyla halkın geniş bir kesimine ulaşan eksik ya da doğru olmayan sağlık enformasyonlarının artması, bilgiye ulaşımın giderek kolaylaşıp bireylerin internet aracılığıyla sürekli bilgi bombardımanına maruz kalması sağlık okuryazarlığının önem kazanmasına yol açmıştır (23). Bu aşamada doğru sağlık bilgisine ulaşmak ancak yeterli sağlık okuryazarlığı ile mümkündür. Hangi ilacın hangi dozlarda alınması gerektiğinden, tahlil sonuçlarını anlamaya, tansiyon ölçümündeki rakamların anlamından, belli alışkanlıkların getirdiği risklerin bilincinde olmaya kadar birçok konu, sağlık okuryazarlığı ile yakından ilgilidir (23). Ayrıca hedef kitlenin okuma kabiliyeti iyi bile olsa teknik dil ve tıbbi jargonun kullanımına bağlı, sağlıkla ilgili materyalleri okuma düzeyleri yetersiz kalabilir. Sağlık bilgisi sunan materyaller hedef kitlenin kültür, cinsiyet, yaş ve içinde yaşadıkları ortamlara karşı hassas olmalı ve sağlık personelleri iletişim sırasında bu hususta daha özenli davranmalıdır (35). Yetersiz sağlık okuryazarlığı verilen sağlık hizmetlerinin istenilen sonuca ulaşmasına engel olmaktadır (31).

6. Eşitlikilik: Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin ve sağlık hizmetlerini kullanımının daha az olduğu, kendi sağlığıyla ilgili durumları etkili yönetemediği, sağlık enformasyonunu anlama ve doğru sağlık kararları alma oranlarının

daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Tüm bunlar göz önüne alındığında; sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasını, her bireyin bu hizmetlerden eşit derecede faydalanmasını sağlar. Sağlık ve bilim temel eğitim sisteminin bir parçası olmalı ve her bireye sağlık okuryazarlık düzeyini geliştirme fırsatı sunulmalıdır (31).

Yetersiz sağlık okuryazarlığının bazı sonuçları;

- ✓ Daha sağlıksız bir yaşam biçimi sürdürme
- ✓ Kötü sağlık iletişimi (hasta ve sağlık personeli arasında yetersiz ve efektif olmayan iletişim)
- ✓ Koruyucu sağlık hizmetlerinin (aşılar, sağlam çocuk izlemleri, kanser taramaları, egzersiz programları vs.) ve birinci basamak tedavi hizmetlerinin kullanımında aksaklıklar
- ✓ Verilen tedaviyi uygulamadaki aksaklıklar (ilaç tedavisine uyumsuzluk, kontrolleri aksatma vs.)
- ✓ Kronik hastalıklar hakkında yetersiz bilgi ve verilen eğitimleri anlamada güçlükler
- ✓ İlaç uygulamalarındaki hatalarda artış
- ✓ İş kazası oranlarında artış
- ✓ Semptomatik dönemde sağlık arama davranışında ve sağlık durumunun kötüleştiğini algılamada gecikme
- ✓ Bireylerin daha sık ya da daha uzun süre hastaneye gitmeleri
- ✓ Gereksiz acil servis kullanımının ve hastaneye yatış oranlarının artması
- ✓ Morbidite ve mortalite oranlarında artış
- ✓ Sağlık hizmeti harcamalarının artması şeklinde sıralanabilir (9,32,34,35).

Sürdürülebilir bir sağlık sistemi ve daha sağlıklı bir toplum için SOY seviyesinin geliştirilmesi ile bu konuda farkındalığın artırılması hayati önem taşımaktadır ve sağlık politikalarının temel hedeflerinden biri olmalıdır (9,36).

2.1.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BASAMAKLARI

Sağlık okuryazarlığının çok sayıda tanımlamasının olması; basamaklandırılmasında da çeşitliliği beraberinde getirmiş; farklı kıstaslar baz alınarak pek çok sınıflandırma yapılmıştır. Literatürde en çok kabul gören Don Nutbeam tarafından önerilen sınıflandırmadır.

Sağlık okuryazarlığı kavramının çok boyutlu bir kavram olduğunu ve ilaç prospektüslerini okuyabilmek veya randevu alabilmekten çok daha geniş bir anlam ifade ettiğini söyleyen Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını *temel/işlevsel (fonksiyonel)*, *iletişimsel (interaktif)* ve *eleştirel (kritik)* olmak üzere üç farklı basamakta ele almıştır (3,37).

✓ *Temel/İşlevsel (fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı*

Bireylerin okuma-yazma gibi temel yeteneklerini ifade eder. Bu düzeydeki kişiler sağlıkla ilgili eğitim materyallerini (reçeteleri, prospektüsleri ve bakım için gerekli bilgileri) okuyup anlayabilirler (3,38).

✓ *İletişimsel (interaktif) sağlık okuryazarlığı*

Bireyin iyi bir okuryazarlık düzeyinin yanında, beraberinde sosyal ve bilişsel yeteneklere de sahip olmasını ifade eder. Böylece kişi aktif olarak sağlık aktivitelerine dâhil olabilir, sağlık mesajlarını kavrayabilir ve değişen sağlık koşullarında mevcut bilgilerini kullanabilir (3,38).

✓ *Eleştirel (kritik) sağlık okuryazarlığı*

Bireyin ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerilere ek olarak eleştirel becerilere de sahip olmasını ifade eder. Sağlık bilgilerinin eleştirel olarak analiz edilmesi, sağlığın ekonomik ve siyasi boyutlarının kavranıp yorumlanması bu basamakta ele alınır (3,38).

Daha kapsamlı ve geliştirilmiş bir diğer sınıflandırma Zarcadoolas vd.'nin yaptığı sınıflandırmadır. Zarcadoolas vd. sağlık okuryazarlığını; *temel okuryazarlık*, *bilimsel okuryazarlık*, *yurttaşlık okuryazarlığı* ve *kültürel okuryazarlık* olmak üzere dört ana sınıfta incelemiştir (1,39).

✓ ***Temel okuryazarlık (fundamental literacy)***

Sağlık okuryazarlığı için kilit öneme sahip olan okuma, yazma, konuşma, aritmetik işlem yapma yetilerini kapsar. Temel okuryazarlık becerisi ne kadar yüksek ise sağlık okuryazarlık düzeyinin de o kadar yüksek olması beklenmektedir (1,39).

✓ ***Bilimsel okuryazarlık (scientific literacy)***

Bilim ve teknolojiyi anlama ve kullanmayla ilgili becerileri kapsar. Günümüzde giderek karmaşıklaşan tıbbi teknolojiler ve bilimsel gelişmeler, kişileri bilimsel okuryazarlığı geliştirme hususunda mecbur bırakmaktadır (1,39).

✓ ***Yurttaşlık okuryazarlığı (civic Literacy)***

Toplumsal konuların farkında olma, bu konularla ilgili tartışmalara ve karar verme süreçlerine dâhil olma becerilerini kapsar. Bilgi sunan kaynakların güvenilirliğini ve kalitesini değerlendirebilme, doğru bilgiye nereden ve nasıl ulaşılacağını bilme yani *medya okuryazarlığı (media literacy)* da bu kapsamda ele alınmıştır (1,39).

✓ ***Kültürel okuryazarlık (cultural literacy)***

Bilgiyi yorumlama ve bu bilgidен yola çıkarak eyleme geçme sürecinde bireylerin sosyal kimliklerini, dünya görüşlerini, örf ve âdetlerini, kolektif bilinçlerini fark etme, anlama ve kullanma becerilerini kapsar. Kültürel okuryazarlık, kişilerin ve kurumların her kültürden, sınıftan, ırktan, etnik kökenden ve dinden bireye saygıyla ve etkili bir şekilde yanıt vermesine olanak sağlar. Kültürel okuryazarlık karşılıklı olmalıdır; iletişimi kuran kişi (doktor, bilim adamı, sağlık görevlisi) alıcının kültürel özelliklerini bilip anlamalı; alıcı da sağlık bilgisini veren kişinin mesleki kültürünün bilincinde olmalıdır (1,39).

Özet olarak, Nutbeam ve Zarcadoolas vd.'nin sınıflandırmalarından da anlaşıldığı üzere, SOY sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlama becerilerinin ötesinde çok boyutlu bir özelliğe sahiptir.

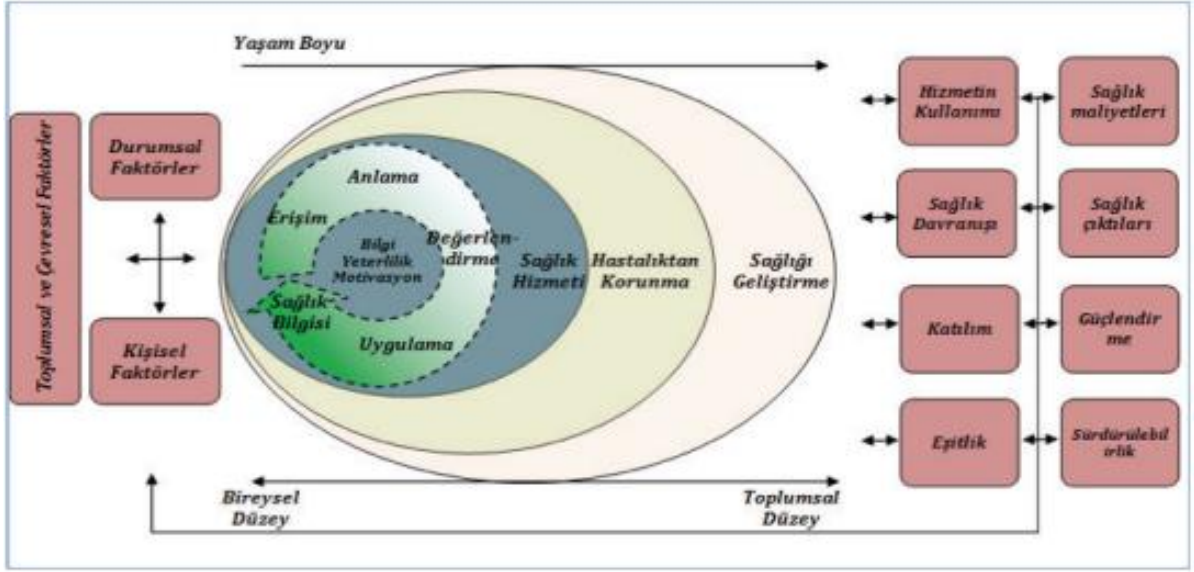
2.1.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KAVRAMSAL MODELİ

Sağlık okuryazarlığı üzerine bugüne dek çok sayıda kavramsal model geliştirilmiştir. En çok kabul gören model; Sorensen'in geliştirdiği sağlık okuryazarlığının temel boyutlarını, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri ve ilişkili konuları özetleyerek, birçok kavramsal modelin ana hatlarını ele aldığı entegre sağlık okuryazarlığı modelidir (22)(Şekil 1).

Gerekli sağlık bilgisine erişme, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve uygulama süreciyle alakalı temel yeterlilikler bu modelin çekirdek kısmında yer almaktadır. Bu yeterliliklerin her biri özel bilişsel nitelik gerektirir. Sunulan bilginin kalitesine bağlı olan her bir yeterlilik sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil ederken, diğer yandan Nutbeam tarafından önerilen fonksiyonel, interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı basamaklarını da kapsar (22,29).

Bu modele göre sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler; toplumsal ve çevresel belirleyicileri içeren uzak faktörler (demografik yapı, kültür, dil, siyasal güçler, toplumsal sistemler vb.), kişisel belirleyicileri içeren yakın faktörler (yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim, meslek, istihdam, gelir, okuryazarlık düzeyi vb.) ve durumsal belirleyiciler(sosyal destek, aile ve akran etkileri, medya kullanımı ve fiziksel çevre gibi)dir (22,35).

Sağlığın sürekliliğinin sağlanması; sağlık bakımı, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinden oluşan üç alanda da güçlenmeye bağlıdır. Birey her bir alanda farklı rol oynamakta olup; ilk alanda sağlık bakım hizmetlerinden faydalanan bir hasta, ikinci alanda hastalıkların önlenmesinde rol alan bir birey, üçüncüsünde ise toplum sağlığının geliştirilmesinde rol oynayan bir vatandaş olarak görülmektedir. Sağlık okuryazarlığının tıbbi kavramsal yapısının, halk sağlığının daha geniş kapsamlı olan kavramsal yapısıyla bütünleştirilerek sunulduğu bu modelde; bireysel düzeyden toplumsal düzeye doğru giden bir bakış açısı benimsenmiştir (22,29).



Şekil 1: Sorensen vd. tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli (22)

Toplumsal sağlığın sürdürülebilirliğinden ve eşitliğinden bahsedebilmenin iyi düzeyde bireysel sağlık okuryazarlığından geçtiğini dolaylı olarak savunan bu model; hem gerekli ölçüm araçlarının geliştirilmesi hem de yetersiz görülen konularda müdahale metotları geliştirilmesi hususunda yol gösterici rol oynar (1,40).

2.1.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ALT BOYUTLARI

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) çalışmasında sağlık okuryazarlığının boyutlarını ve sağlık okuryazarlığını etkileyebilecek faktörleri özetleyen kavramsal bir çerçeve geliştirilerek; sağlık okuryazarlığı dört süreç ve üç boyut olmak üzere toplam on iki bileşenle değerlendirilmiştir. Bu kavramsal çerçeveye ilişkilendirilerek geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Anketi–Avrupa (HLS-EU-Q) Avrupa’daki en geniş kapsamlı sağlık okuryazarlığı çalışmasının ölçeğidir (9,41).

Süreçler, “Bilgiye Ulaşma”, “Bilgiyi Anlama”, “Bilgiyi Değerlendirme” ve “Bilgiyi Kullanma/Uygulama” olarak tanımlanmıştır. Boyutlar ise, “Tedavi ve Hizmet Boyutu”, “Hastalıklardan Korunma Boyutu” ile “Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu”dur (5,22). Boyut ve süreçlerden oluşan bu on iki bileşen ile ilgili işlevlerin kolaylık ya da zorluk dereceleri değerlendirilmiştir (5)(Tablo 1).

Tablo 1: Sağlık okuryazarlığının Sorensen ve arkadaşları tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda belirlenen 12 alt boyutu (22)

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

2.1.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Günümüz sağlık sistemi giderek hasta merkezli bir hal almakta ve hastaların sistemdeki rolü her geçen gün artmaktadır. Hastaların kendilerinden beklenen bu aktif rolü oynamaları için sağlıkla ilgili bilgilerinin geliştirilmesi gerekmektedir ve bu durum sağlık okuryazarlığı kavramını gündeme getirmektedir. SOY kavramını daha iyi anlamak ve SOY düzeyini geliştirmek için, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin iyi bilinmesi gerekir.

Sosyodemografik, sosyokültürel ve psikososyal etmenler, kişisel özellikler, genel okuryazarlık düzeyi, yaşanmış hastalık tecrübeleri ve sağlık sistemiyle ilgili faktörler genel olarak SOY düzeyini etkileyen unsurlardır (22).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen sosyodemografik faktörler; yaş, cinsiyet, medeni hal, ırk, eğitim, gelir düzeyi, sağlık güvencesi ve çalışma durumudur (42). Genellikle yaşlılarda, yoksul kişilerde, kadınlarda, bekârlarda, öğrenim düzeyi düşük olanlarda, siyah

ırkta, azınlıklarda ve yaşadığı ülkenin dilini iyi bilmeyen kişilerde sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşüktür (28,32). ABD’de yapılan bir araştırmaya göre (NAAL); SOY düzeyi temel seviyenin altında olanların sıklığı 19-24 yaş aralığında %10, 50-64 yaş aralığında %13 iken, 65 yaş ve üstünde bu oran %29’lara çıkmaktadır. Eğitim durumu lise mezunu olanlarda bu oran %15 iken, lise mezunu olmayanlarda %49 civarındadır. Yine sağlık güvencesi olanlarda bu oran %7 iken, sağlık güvencesi olmayanlarda %28’dir (20).

Kültürel faktörler içinde bireyin aile ve arkadaş yapısı, çevresel ve politik ortamı, yaşadığı coğrafi bölge, konuştukları dil, davranış biçimi, örf adetleri, göçmenlik durumu, ait olduğu etnik grup gibi etmenler sayılabilir (6,42). Birey sunulan sağlık bilgilerini ve önerilerini kendi kültürel birikimine göre anlayıp yorumladığından, SOY düzeyi bireyin kültürel altyapısıyla doğrudan ilişkilidir. Lisan ve etnik grup farklılığı gibi özellikler ise sağlık enformasyonunu okuyup yazmayı ve kavramayı güçleştirebilmektedir (1,43). İsrail’de yapılan bir çalışma, kişilerin dini inançlarının da SOY düzeyi üzerine etkili olduğunu göstermiştir (44).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen psikososyal faktörler ise; sosyal destek, öz yeterlilik davranışı, sağlık problemleri bilgisi ile hastalığı anlamak gibi hususları kapsar. Kişilerin aileden ve çevreden gördükleri sosyal desteğin az oluşu, hastalıklar ve sağlık hakkında yetersiz bilgiye sahip olmaları, sağlıkla ilgili inanç algılarının düşük oluşu ve bu inançları davranışa dökmemeleri SOY düzeylerinin düşük olmasına sebebiyet vermektedir (32,45).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen kişisel etmenler; hafıza, muhakeme, kavrama ve anlamlandırma gibi sosyal ve bilişsel yetenekler ile işitme, görme ve konuşma gibi fiziksel becerileri içermektedir. Bu yetilerden herhangi birinin azalmış olması yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına neden olabilmektedir (6,22).

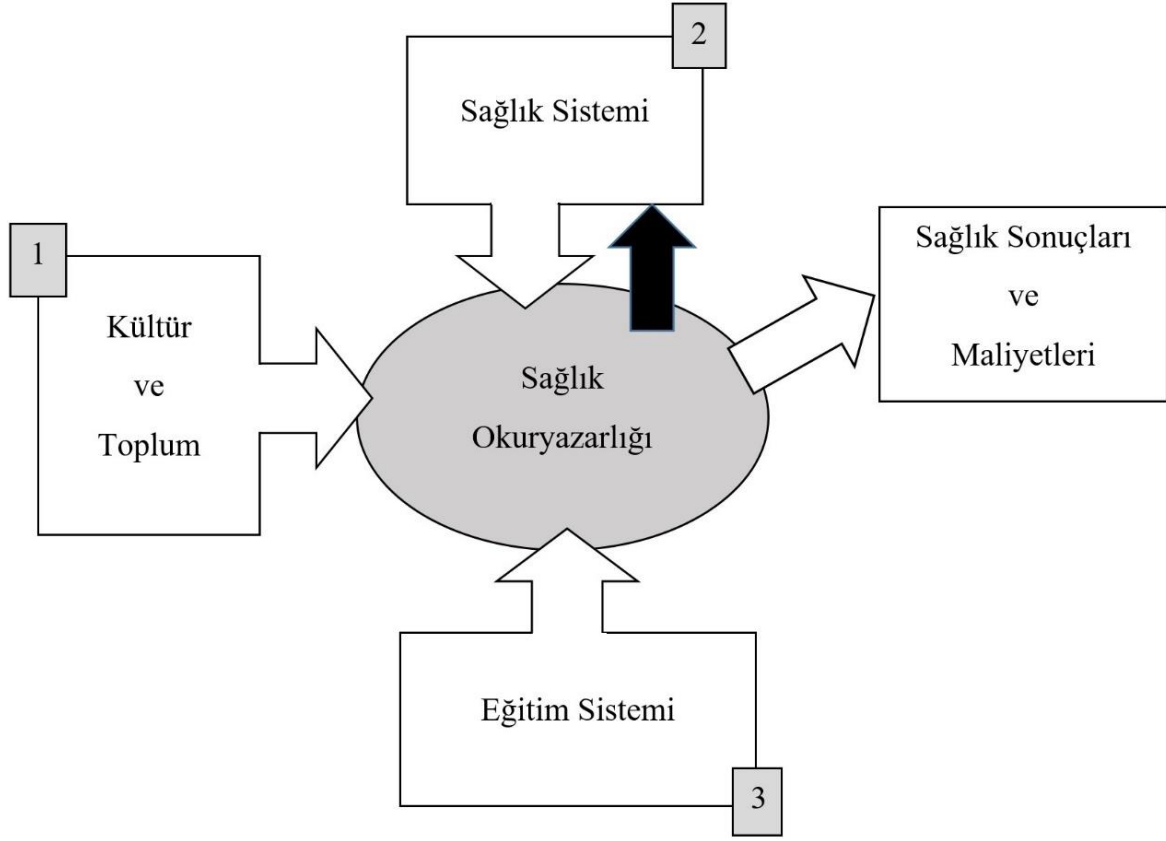
Genel okuryazarlık seviyesi SOY düzeyi ile doğrudan alakalıdır. Okuryazarlık düzeyinin sınırlı olması kişinin sosyokültürel ve kişisel anlamda gelişimini engelleyerek yetersiz SOY düzeyine neden olmaktadır (4). Ancak bu genel okuryazarlık seviyesi yüksek ise SOY düzeyi de yüksektir anlamına gelmez. Nitekim yapılan çalışmalar; düşük okuryazarlık seviyesine sahip kişilerin sağlıkla alakalı enformasyonları anlayıp kavramada

zorluk çektiğini gösterirken, yüksek okuryazarlık seviyesine sahip bireylerin de SOY düzeyinin yetersiz olabileceğini göstermektedir (4,8).

SOY düzeyini etkileyen bir başka faktör de kişilerin geçmiş tecrübeleri ve hastalıklarla ilgili deneyimleridir (29). Bunlar hastalığın türü, şiddeti, süresi, tedavisinin karmaşıklığı, komplikasyon ve başka ek hastalığın varlığı şeklinde sıralanabilir (46). Hastalığın süresi uzadıkça, şiddeti arttıkça, tedavisi daha kompleks hale geldikçe ve başka ilave hastalıklar eklendikçe, kişilerin SOY düzeyleri de etkilenmektedir (47).

İçinde bulunulan sağlık sisteminin karmaşıklığı, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık güvencesi durumu, hekim hasta ilişkisi gibi sağlık sistemiyle ilgili faktörler, kişinin hem sağlığını hem de sağlık bilgisini etkileyerek SOY düzeyiyle ilişki halindedir (30). Yapılan bir araştırmada (Rudd et al 1999) sağlıkla ilgili materyallerin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik düzeyinin, hedef kitlenin okuma becerisi ile uyuşmadığı ortaya konmuş; materyallerin çoğunun yüksekokul mezunu kişiler tarafından bile yeterince anlaşılmadığı belirtilmiştir. Sağlıkla ilgili dokümanlarda kullanılan teknik dilin çoğunlukla buna sebep olduğu öngörülmüştür (48). Yine başka bir çalışmada (Schwartzberg et al, 2007); sağlık hizmeti sunan kişilerin kullandığı dil ve jargonun, yetersiz SOY düzeyi olan kişilerin seviyelerinin üstünde olduğu ortaya konmuş, pek çok sağlık personelinin kısıtlı okuryazarlık düzeyine sahip hastalarla etkili iletişim kurma hususunda yeterli beceriye sahip olmadığı gösterilmiştir (27,29,42).

2004'te yayınlanan IOM raporuna göre; kişinin içinde bulunduğu sağlık sistemi, kültürel ve toplumsal etmenler ve muhatap olunan eğitim sistemi sağlık okuryazarlığını doğrudan etkilemekte ve biçimlendirmektedir. Bu üçgen çerçevesinde şekillenen sağlık okuryazarlığı da sağlık sonuçları ve maliyetlerini etkilemektedir (21,29).



Şekil 2: Sağlık okuryazarlığında potansiyel müdahale alanları (21)

2.1.7. YETERSİZ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Yetersiz sağlık okuryazarlığının kötü sağlık sonuçlarına etkisi: Okuryazarlık ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarda sınırlı okuryazarlıkla kötü sağlık sonuçları arasında pozitif bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır (7,30). Okuryazarlık düzeyi eğitim, etnik köken ve yaşla ilişkilidir. Yapılan birçok araştırma sınırlı okuryazarlık düzeyinin kötü sağlık sonuçları, ilaç kullanım hataları, hastalıkların ve tedavilerinin anlaşılabilmesi gibi sorunlar için bağımsız bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (7,42). Toplumdaki düşük okuryazarlığın hem doğrudan hem de dolaylı şekilde kötü sağlık sonuçlarının oranıyla ilişkili olması şaşırtıcı bir durum değildir (27). Birçok gelişmiş ülkeden elde edilen bilgiler, düşük okuryazarlıkla sağlık bilgilerinin ve hizmetlerinin kullanımının azalması arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Bu ilişki, sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kişilerin kendi hastalıklarını yönetmesi konularında da gözlemlenebilmektedir (29,46).

Sağlık okuryazarlığının kronik hastalıklar üzerine etkisi: DSÖ'ne göre tüm yaş gruplarındaki ölümlerin %60 gibi büyük bir oranı kronik hastalıklar nedeniyle meydana gelmektedir. Bu ölümlerin %30'luk kısmının ise kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Kansere, kronik solunum sistemi rahatsızlıkları ve diyabet gibi hastalıklar diğer önemli ölüm nedenleridir (WHO, 2018). Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıklarda öz yönetim konusunda hayati rol oynamaktadır. Kronik hastalıkların kontrolü için bireylerin sağlık bilgisini anlayabilmesi, değerlendirebilmesi ve gerektiğinde sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacağını bilmesi gereklidir. Bu alanlardaki bilgi ve becerilerin eksikliği, birçok hastanın hastalığı üzerinde kendi kendine etkili bir öz yönetim kurmasına engel olur (29,30).

Sağlık hizmeti maliyetlerine etkisi: Bireyler ve toplumlar üzerindeki birçok olumsuz etkisi olan sınırlı sağlık okuryazarlığının çeşitli ekonomik etkileri de bulunmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada, sınırlı sağlık okuryazarlığının ülkeye maliyetinin yıllık yaklaşık 73 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. 2009 yılında sınırlı sağlık okuryazarlığının Kanada'da toplam sağlık bütçesinin %3-%5 arasında bir oranına tekabül eden 8 milyar dolarlık bir mali yükünün olduğu tespit edilmiştir (49). Sınırlı sağlık okuryazarlığının ekonomik etkileri üzerine yapılan çalışmalarda okuryazarlık düzeyleri düşük olan kişilerin, acil servisleri kullanım oranlarının yüksek olduğu, hastanede kalma oranlarının arttığı, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları ve daha yüksek sağlık harcamalarına maruz kaldıkları ortaya konmuştur (29,35).

2.1.8. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE ÖLÇEKLERİ

1990'lı yılların sonlarında önemi artmaya başlayan sağlık okuryazarlığı kavramı, üzerinde birçok araştırma yapılan bir alan haline gelmiştir. İlk zamanlarda SOY düzeyini belirlemek amacıyla hastaya, "Gördüğünüz sağlık materyalini anlıyor musunuz?", "Sağlıkla ilgili materyalleri okurken yardım alıyor musunuz?" gibi sorular sorulmaktaydı (50). Günümüzde ise SOY düzeyini değerlendirmek amacıyla sağlık okuryazarlığının kavramsal modelleri üzerinden çok sayıda ölçek geliştirilmiştir (9,51).

Ölçekler genellikle bireyin genel okuryazarlık kabiliyetine ilaveten sağlık okuryazarlığının belli boyutlarını değerlendirmeye yöneliktir. Fakat bu ölçeklerden hiçbirini

sağlık okuryazarlığının tüm boyutlarını değerlendirebilme, tüm toplumlara uygulanabilme kriterlerini karşılamamaktadır (41).

Bir kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek oldukça güçtür. Halen sağlık okuryazarlığını değerlendirmede en uygun ölçek hakkında ortak bir görüş bulunmamakla birlikte en sık kullanılan ölçüm araçları; REALM, REALM-R, TOFHLA, S-TOFHLA, NVS ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı ölçekleridir. Son zamanlarda HLS-EU da sıkça kullanılan bir ölçektir (9,29,52).

SOY düzeyinin değerlendirilmesi için geliştirilmiş olan bazı ölçekler şunlardır (53):

- ✓ 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 (REALM-R, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised)
- ✓ En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (NVS, Newest Vital Sign)
- ✓ Tek Maddelik Okuryazarlık Taraması (SILS, Single Item Literacy Screen)
- ✓ Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Tahmini Ölçeği (BEHKA, 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?)
- ✓ 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 Okuryazarlığı Ölçeği (eHEALS, eHealth Literacy Scale)
- ✓ Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirilmesi (ABLE, Adult Basic Learning Examination)
- ✓ Diyabet İçin Okuryazarlık Değerlendirmesi (LAD, Literacy Assessment for Diabetes)
- ✓ Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALD, Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)
- ✓ Yetişkin Temel Eğitimi Testi (TABE, Test of Adult Basic Education)
- ✓ Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS, Health Activities Literacy Scale)
- ✓ Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Aracı (HLSI, Health Literacy Skills Instrument)
- ✓ İşlevsel İletişim ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı (FCCHL, Functional Communicative and Critical Health Literacy)
- ✓ Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (HLS-EU-Q, European Health Literacy Survey Questionnaire)

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

Baker ve arkadaşları tarafından ABD’de geliştirilen TOFHLA, okuma akıcılığı ve sayısal becerileri ölçmeye yönelik iki aşamadan oluşan bir testtir. İlk bölüm 50 maddelik, reçete ile ilgili talimatlar, tanı yöntemleri ve sağlık bilgileri ile ilgili sorulardan oluşan okuduğunu anlama kısmıdır. Bu kısımda katılımcılara tıbbi konu içerikli 4 adet paragraf verilir, paragraflarda bazı kelimeler silinmiştir. Bu boşlukların katılımcı tarafından çoktan seçmeli şekilde sunulan kelimelerle en uygun şekilde doldurulması istenir. İkinci bölüm ise 17 maddelik, günlük hayattan sunulan sağlık muayenesiyle ilgili bir senaryo üzerinden soruların sorulduğu sayısal hesap içeren kısımdır. Toplam 67 sorudan oluşmaktadır ve 18-22 dakikada tamamlanabilmektedir. TOFHLA’da 0 ile 100 arasında olacak şekilde bir puanlama sistemi vardır. En yüksek puan en iyi sağlık okuryazarlığı düzeyini gösterir. 0-59

puan yetersiz, 60-74 puan marjinal, 75-100 puan yeterli sağlık okuryazarlığını gösterir (9,29).

Daha sonra 36 maddelik okuduğunu anlama ve 4 maddelik sayısal beceri sorusu olmak üzere toplam 40 sorudan oluşan, 7 dakikada uygulanabilen, TOFHLA'nın kısa versiyonu **Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA, Short Test of Functional Health Literacy in Adults)** geliştirilmiştir (9,29,54).

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALM, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine):

Genel anlamda hastaların kelime bilgisini ölçmek için, ABD'de geliştirilen kelime tanıma ve telaffuz testidir. Zorluk derecesi giderek artan 66 tıbbi kelime verilerek, hastaların bu kelimeleri sırayla ve yüksek sesle okuması istenir. Yaklaşık 2-3 dakika gibi kısa bir sürede uygulanabilir. Doğru telaffuz edilen kelime sayısına göre puan verilir. Her doğru telaffuz edilen kelime 1 puandır. 61-66 puan yeterli, 45-60 puan düşük (marjinal), 0-44 puan yetersiz (sınırlı) sağlık okuryazarlığı olarak kabul edilir (9,29,54).

Olası sağlık okuryazarlığı problemleri olan hastaların hızlı bir şekilde tespit edilip değerlendirilmesi amacıyla, REALM'ın 8 kelimelik kısa versiyonu olan **Revize Edilmiş - Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALM-R, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised)**, Bass ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Bass et al, 2003) (29).

En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (NVS, Newest Vital Sign):

Weiss ve arkadaşları tarafından diğer ölçeklerin uzun zaman aldığı düşünülerek geliştirilen NVS sık kullanılan ölçeklerden biridir. Bu testte katılımcılara önce sağlıkla ilgili bilgiler verilir ve sonrasında konu ile alakalı bir senaryo üzerinden sorular sorularak katılımcıların bilgiyi kullanabilme kabiliyeti değerlendirilir. Test yaklaşık 3 dakika sürmektedir. Toplam 6 soru sorulup, verilen doğru yanıt sayısına göre 0 ile 6 arasında puanlama yapılır. 0-1 puan yüksek ihtimalli sınırlı, 2-3 puan düşük ihtimalli sınırlı, 4-6 puan yeterli sağlık okuryazarlığını ifade eder (29,54).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (HLS-EU-Q, European Health Literacy Survey Questionnaire):

Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında kullanılması için bir ölçüm aracı geliştirmek amacıyla; Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İspanya, İrlanda, Polonya, Yunanistan olmak üzere sekiz ülkenin toplanmasıyla HLS-EU Konsorsiyumu yapılmış ve sonucunda HLS-EU anketi geliştirilmiştir. Bu anket Avrupa’da ki en geniş kapsamlı sağlık okuryazarlığı anketi olarak kabul edilmiştir. Sorensen ve arkadaşlarının ortaya koyduğu sağlık okuryazarlığı kavramsal modelini temel alarak geliştirilen bu ölçek, geniş bir halk sağlığı perspektifi sunar. Sınırlı bir tıbbi çevrenin ya da belirli bir hasta grubunun değil, tüm toplumun genel sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmeye yöneliktir (9,29,41).

Ölçek 15 yaş üzeri kişilere uygulanabilir. Testte katılımcılara 5’li likert ölçeği kullanılarak hazırlanan “1-çok kolay, 2-kolay, 3-zor, 4-çok zor” ve “bilmiyorum” seçeneklerinin olduğu 47 tane soru sorulmaktadır. Bu anket sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında kişilerin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma kabiliyetlerini inceleyerek sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçer (29,41).

Ülkemizde geliştirilen veya uyarlanan Türkçe ölçeklerden bazıları ise; **YSOÖ** (Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği), **ASOY-TR** (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Türkçe Uyarlaması), **TSOY- 32** (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32) ve **SOY-SEN** (Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği) şeklinde sıralanabilir (50).

2.1.9. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Dünyada SOY

Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ülkelerin gelişmişlik düzeyleri gözetilmeksizin, genel olarak tüm dünyada istenen düzeyde olmadığı görülmektedir (31). Mesela gelişmiş ülkelerden biri olarak ABD’nin SOY durumuna bakıldığında, erişkinlerin üçte birinin yetersiz SOY düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. ABD’de Kutner ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; erişkinler SOY düzeyi açısından “temel altı, temel, orta, yeterli” olmak üzere 4 kategoriye ayrılmıştır. Bu çalışmalar sonucu hazırlanan NAAL

raporuna göre; ABD’de yaşayan erişkinlerin yalnızca %12’sinin sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde, %53’ünün orta düzeyde, %36’sının da yetersiz (%22’si temel ve %14’ü temel altı) düzeyde olduğu bulunmuştur (20).

Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan olmak üzere Avrupa Birliğine üye olan sekiz ülkenin SOY düzeyini belirlemek amacıyla “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q)” uygulanmıştır. Bu ankete 15 yaş ve üzeri toplam 8000 kişi katılmıştır. Anket sonuçları 2012 yılında açıklanmış ve sağlık okuryazarlığı mükemmel, yeterli, sorunlu-sınırlı ve yetersiz olarak dört grupta ele alınmıştır. Katılımcıların %12’sinin yetersiz, %36’sının sınırlı, %53’ünün ise yeterli ve mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu ortaya konmuştur. Ülke bazında yeterli ve/veya mükemmel SOY düzeyi oranlarına bakıldığında; Hollanda %72 ve İrlanda %60 ile en üst sıralarda yer alırken, İspanya %42 ve Bulgaristan %37 ile son sıralarda yer almaktadır (28,32,50).

Türkiye’de SOY

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 Ulusal Eğitim İstatistikleri verilerine göre; Türkiye genelinde 6 yaş ve üzeri nüfusta okuma yazma bilenlerin oranı %96,74’dir. En okuryazar iller Antalya, Çanakkale, Denizli ve İzmir olarak sıralanırken; okuryazar oranı en düşük il Mardin olarak belirlenmiştir. Ayrıca Türkiye genelinde 6 yaş ve üzeri okuma yazma bilmeyenlerin oranı erkeklerde %1 iken, kadınlarda bu oran %5,53’tür (29,55).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) tarafınca yürütülen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması” ile Türkiye’nin sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenmiştir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen kavramsal çerçeve referans alınarak, Türkiye’nin toplumsal özellikleri ve mevcut sağlık sistemi de göz önünde bulundurularak yeni bir ölçek olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) geliştirilmiştir ve Türkiye genelini temsil eden 6228 hane çalışmaya alınmıştır. TSOY-32 ile araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı seviyesine bakıldığında; %30,9’u yetersiz, %38’i sorunlu-sınırlı, %23,4’ü yeterli, %7,7’si ise mükemmel olarak tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların %43,5’inin, sorunlu-sınırlı olanların %22,6’sının, yeterli olanların %19,7’sinin, mükemmel olanların ise %13,5’inin tanı konmuş, 6 ay veya daha uzun süreli devam eden

bir kronik hastalığı mevcuttur. Yetersiz SOY olanların sıklığı kadınlarda %35,3 iken, erkeklerde bu oran %26,4 civarındadır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ve ya sorunlu-sınırlı olanların oranı 18-24 yaş grubunda %51,8 iken, 65 ve üzeri yaş grubu için bu oran %90,4'lere yükselmektedir. Sonuç olarak bu çalışma ile; Türkiye'de yaklaşık her 10 kişiden 7'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sınırlı olduğu, sağlık okuryazarlığı düzeyi düştükçe kronik hastalıkların arttığı, erkeklerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu ve her 10 yaşlıdan 9'unda SOY düzeyinin yetersiz veya sınırlı olduğu saptanmıştır (56).

Yapılan farklı araştırmalarda Türkiye'de SOY düzeyinin sınırlı ve yetersiz olduğunu desteklemektedir. Özkan tarafından yapılan bir çalışmanın verilerine göre; çalışmaya katılanların %73,5'inin sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (57). 2014 yılında, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası desteğiyle, HLS-EU ölçeği esas alınarak Türkiye'de yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda; "sorunlu veya yetersiz" sağlık okuryazarlığı düzeyinin %64,6, "yeterli veya mükemmel" sağlık okuryazarlığı düzeyinin %35,4 olduğu ortaya konmuştur (9,32). 2016 yılında, Okyay ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri çalışmasında ise; katılımcıların %27,2'sinin yetersiz, %42,2'sinin sorunlu, %24,8'inin yeterli ve %5,8'inin mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtilmiştir (32,58).

SOY düzeyinin artması toplum olarak refah düzeyinin artmasına olanak sağlar. Bilinçli hasta profilinin oluşması, tedavi uyumunun artması, uygun sağlık davranışlarının kazanılması sonucu sağlık harcamaları azalacak ve sağlık sisteminin verimliliği artacaktır. Bu anlamda SOY politik olarak ta önemli bir alandır. Genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama puanı 30,4 olan Türkiye, sağlık okuryazarlığında Avrupa ortalamasının gerisindedir (9,32). Ülkemiz adına bu eksikliğin farkına varılarak bazı hedefler belirlenmiştir. 2013-2017 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı'nda yer alan "Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek" hedefi bunlardan biridir (59). Bu hedefe ulaşmak adına "Toplumda sağlık okuryazarlığını artırmak için iletişim faaliyetlerini güçlendirme" ve "Halk arasında sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etme, izleme ve artırma" gibi uygulamaların tatbik edileceği bildirilmiştir (59,60). Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 yıllarını kapsayan Stratejik

Planı'nda ise bu hedefler “Sağlıklı yaşamı teşvik etmek ve yaygınlaştırmak” amacı ile “Kendi sağlığının önemini farkında olan, sağlık sistemini etkin kullanan ve sağlık okuryazarlığı yüksek bir toplum oluşturmak” hedefi şeklinde revize edilmiştir. Plan başlangıç döneminde %31,1 olan yeterli ve ya mükemmel okuryazarlık düzeyinin 2023 yılı plan sonu itibariyle %40'a çıkarılması hedeflenmiştir (36,61).

2014 yılı Türkiye'de SOY açısından oldukça önemli adımların atıldığı bir yıl olmuş ve Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Eğitim, Araştırma ve Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından “Sağlık okuryazarlığı e-öğrenim sertifika programı” uygulamasına başlanmıştır (62). 2016 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafınca birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik “Sağlık Okuryazarlığı Eğitici Eğitimi Programı” başlatılmış; bu program dâhilinde sağlık çalışanlarında farkındalık oluşturarak SOY düzeyi düşük hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimin kuvvetlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda 81 ilde, halk sağlığı müdürlüklerinde ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan, toplam 400 hekime yaklaşık 2 ay süren bir eğitim verilmiş ve illerdeki diğer hekimlerin de bu eğitimi alan hekimler tarafından eğitilmesi talep edilmiştir (23,60).

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı alanında yapılan başka çalışmalar da mevcuttur. 2011 yılında, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından “Sağlık okuryazarlığı” adlı aile eğitimine yönelik, resimli bir kitap bastırılmıştır. Hastanelerde hasta ve hasta yakınlarına yönelik “Sağlık okuryazarlığı eğitim programları” düzenlenmiş ve bazı okullarda sağlık personelleri tarafından “Sağlık okuryazarlığı seminerleri” verilmiştir. Ayrıca Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında, “Sağlık okuryazarlığı ve sağlık hakları projesi” ile Sivil Toplum Geliştirme Merkezi tarafınca Ankara, İstanbul, Muş ve Mardin'de toplam 100 kişiye “Sağlık ve kanser okuryazarlığı” eğitimi verilmiştir. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi tarafından “Sağlık okuryazarlığı e-öğrenme sertifika programı” düzenlemiştir (60,62).

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü başlattığı birtakım kampanyalar, etkinlikler ve yazılı-görsel materyallerle SOY düzeyini arttırmayı amaçlamıştır. Bunlardan bazıları; Bağımlılıkla Mücadele Çalışmaları, Aile Hekiminizi Erken Tanıyın Kampanyası, Yaşama Yol Ver Kampanyası, Akılcı Antibiyotik Kullanımı Kampanyası, Obeziteyle

Mücadele Kampanyası, Sağlık Çocuk Dergisi ve sosyal medya çalışmaları şeklinde sıralanabilir (56).

2.1.10. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLİŞKİSİ

Sağlık okuryazarlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçası mahiyetindedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının sağlık eğitimi kapsamında primer hedefi; erken çocukluk dönemi dâhil tüm yaş gruplarında halkın sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmek ve sağlık bilincini arttırmaktır. Eksik sağlık eğitimi tamamlamak için mobil hizmetler, sağlık taramaları, rutin izlem ve takipler birer fırsat olarak görülmelidir (31). Türkiye’de bu bağlamda en önemli rol aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına düşmektedir.

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununa göre aile hekimleri; yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı gözetmeksizin her bireye bakmakla yükümlüdür (Aile Hekimliği Kanunu, 2004). Kısaca Dünya Aile Hekimleri Örgütü olarak bilinen WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), aile hekimlerinin temel çekirdek yeterliliklerini; birinci basamak sağlık hizmet yönetimi, özgün problem çözme becerileri, kişi merkezli ve toplum yönelimli olma, kapsamlı ve bütüncül yaklaşım olarak tanımlamaktadır (WONCA 2002). Genellikle kişilerin sağlık sistemi ile ilk temas noktası olduğundan aile hekimlerinin sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalık ve yetkinlik sahibi olmaları gerekmektedir. Bireylere uygun sağlık davranışlarının kazandırılması, sağlık hizmetlerinin yerinde ve etkin kullanılması, ihtiyaç anında sağlık hizmetine erişimin sağlanması ve bireylere sağlık bakımının her aşamasında bilgilendirme yapılması noktasında aile hekimleri oldukça önemli bir yere sahiptir. Tekrarlayan ve detaylı görüşmelerle, kişilerin önce SOY düzeylerini belirleyerek, sonrasında etkin müdahalelerle SOY düzeylerini arttırarak hem bireysel hem toplumsal sağlığın geliştirilmesine katkı sağlamak aile hekimlerinin üzerine düşmektedir (2,28,29,63).

Evrensel SOY Tedbirlerini Uygulama Rehberi’nde (Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit) birinci basamakta SOY’un önemi vurgulanarak; SOY düzeyi düşük bireylerin saptanması, bu bireyler için doküman

hazırlanması, bu kişilerle etkili iletişim kurma gibi pek çok konuya değinilmiştir. Yine bu rehberde sözlü ve yazılı iletişim, özyönetim, güçlendirme ve destekleyici sistem gibi alt başlıklar altında bireylere kanıta dayalı yol gösterilmektedir. İlaveten, sağlık sistemi içinde yol alma, zor hasta grupları için pratik yöntemler gibi yaklaşık 30-40 dakikalık sunumları da bünyesinde bulundurmaktadır (2,64).

Yapılan araştırmalar sonucu ülkemizde SOY düzeyinin sınırlı ve yetersiz olduğu saptanmış ve bunun üzerine çeşitli politikalar geliştirilmiştir. Bunlardan biri Sağlık Bakanlığı'nın 2012-2017 yıllarını kapsayan Stratejik Planı'ndaki "Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek" hedefidir. Bu hedefi gerçekleştirmek amacıyla, "Halk arasında sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etme, izleme ve artırma" ve "Toplumda sağlık okuryazarlığını artırmak için iletişim faaliyetlerini güçlendirme" gibi uygulamaların hayata geçirilmesi öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015). SOY alanındaki bir diğer çalışma da Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Eğitim, Araştırma ve Geliştirme Daire Başkanlığı tarafınca uygulanan "Sağlık Okuryazarlığı Öğrenimi Sertifika Programı"dır. 2016 yılında bu kapsamda, aile sağlığı merkezi çalışanlarında farkındalık oluşturarak hasta ve hasta yakınlarıyla güçlü iletişimin sağlanması hedeflenmiş, 81 ilin halk sağlığı müdürlüklerinde ve toplum sağlığı merkezlerinde görevli 400 hekime eğitim programı düzenlenmiştir (23).

Bir ülkede halkın sağlık okuryazarlığının hangi düzeyde olduğu oldukça önemlidir. Nitekim SOY düzeyi yeterli bir toplumda hastalar başvurmaları gereken sağlık kurumunu doğru seçme becerisine sahip olacaklarından, birinci basamakta çözümlenebilecek sağlık problemleri için üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurmayacak, dolayısıyla da üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlardaki gereksiz yığılmalar önlenmiş olacaktır (3,65). Ülkemizde hastaların hekim seçme, hastane seçme ve aile hekimine başvurmadan direkt hastaneye gitme hakları bulunmaktadır. Fakat toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi göz önüne alındığında, bu seçimlerin ne kadar efektif yapılabildiği konusunda şüphe duyulmaktadır (62).

Sonuç olarak; sadece birinci basamakta değil sağlık hizmetinin sunulduğu tüm kurum ve kuruluşlarda, hem sağlık çalışanlarının hem de halkın sağlık okuryazarlığı hususunda farkındalığının artırılması gerekmektedir (9).

2.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI

2.2.1. İLAÇ VE ÖNEMİ

DSÖ'ne göre ilaç; *fizyolojik durumları ya da patolojik olayları, ilacı alan kişinin yararına olacak şekilde değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan yahut kullanılması öngörülen ürün* olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle insanların hastalıktan korunma, tanı, tedavi veya bir fonksiyonunun düzeltilmesi amacıyla kullandığı; içinde bir veya daha fazla etken ve yardımcı madde içeren formüle edilmiş endüstriyel ürünlerdir (66,67).

İlaç, hastalıkların tedavisinde en önemli unsur ve sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçasıdır. İlaçlar ihtiyaç halinde kullanılmasından vazgeçilemeyecek, yerine başka bir ürün konulamayacak maddelerdir. İlaçlar hekimin düzenlediği reçete karşılığında eczacı tarafından sunulan özellikli ürünlerdir. Nadiren bazı ilaçlar hasta olmadan, sağlığın korunması ve sürdürülmesi amacıyla kullanılsa da tüm ilaçların doktor kontrolünde kullanımı şarttır (14,68). Her ilaç aynı zamanda toksik bir madde olma niteliği de taşır ve şayet uygunsuz kullanılırsa ölüme kadar varabilen ciddi sonuçlar doğurabilir.

Bir maddenin ilaç olarak kullanılabilmesi için; uzun ve maliyetli bir araştırma-geliştirme sürecinden geçip, yetkili sağlık makamınca ruhsatlandırılması gerekir. İlaç olarak kullanılacak bir ürünün yapısının iyi bilinmesi, etki mekanizmasının ve efektif dozunun belirli olması ve güvenilirlik sınırının detaylandırılmış olması gerekmektedir (67). Bitkisel ürünler ise, bitkilerin değişik kısımlarından üretilen, tıbben işe yaradığı yönünde kuvvetli geleneksel yaklaşımlar olan ve reçetesiz olarak eczanelerde satılan ürünlerdir. Bitkisel ürünlere ait araştırmaların gücü, elde edildiği bitkinin kaynağı, üretimi ve onay sürecinin tıbbi iddiası ilaca göre çok gerilerdedir. Dolayısıyla etki-yan etki profilinin bilinirliği ilaca göre oldukça zayıf olup, güvenilirliği hakkındaki veriler yeterli düzeyde değildir. Tüm bu bilgiler ışığında bitkisel ürünlerin zararsız olmadığı algısının yanlış olduğu, eğer kullanılacaksa da mutlaka bir hekim gözetiminde kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (14).

Sağlık sisteminin vazgeçilmez bir parçası olan ilaçlar; güvenilir ve maliyet etkin olmalı, her gelir grubundan kişiye, her ihtiyaç duyulduğunda sağlanabilmeli ve hastanın kendi tercihiyle kullanılmasına müsaade edilmeyecek bir ürün olmalıdır. Sonuç olarak birey ve toplum sağlığının sürdürülebilmesi ve geliştirilebilmesi için ilaçlar; doğru

endikasyon varlığında, doğru doz ve yeterli süre ile kullanılmalı, hasta ilaç hakkında iyice bilgilendirilmeli, hastanın ilaç alımı takip edilmeli ve değerlendirilmelidir (28).

2.2.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI TANIMI

DSÖ; sağlıkta eşitlik ilkesi kapsamında, ilaca erişilebilirliği uzun vadeli ilaç politikasının ayrılmaz bir parçası olarak görmüş ve bu hususta yaptığı çözüm arayışları sonucunda bir takım önlemler alarak “Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)” uygulamalarını devreye sokmuştur. İlk kez 1985’te Nairobi’de yapılan DSÖ toplantısında “*Akılcı İlaç Kullanımı (Rational Drug Use)*” terimi kullanılmıştır. DSÖ 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**” şeklinde yapmıştır (28,69).

Akılcı ilaç kullanımının temel ilkeleri; doğru ilacın, doğru endikasyon varlığında, doğru dozda, doğru uygulama yoluyla, doğru süreyle, hastaya yeterli bilgilendirme yapılarak, maliyet uygunluğu da dikkate alınarak kullanılması şeklinde sıralanabilir (14). Kısaca AİK, ilaç kullanırken doğruları uygulamak ve bilinçli olmaktır.

Akılcı ilaç tedavisi sürecinde, öncelikle hastanın probleminin tanımlanıp hekim tarafından doğru tanının konulması şarttır. Akabinde ilaçlı veya ilaçsız, etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir tedavinin tanımlanması, eğer ilaçlı tedavi uygulanacaksa uygun ilacın, uygun dozun, uygun sürenin belirlenmesi gerekir. Buna paralel olarak eğer gerekliyse; etkinlik, güvenlilik, uygunluk ve maliyet açısından uygun reçete yazılmalıdır. Bu evrede onaylanmış, güncel tanı ve tedavi kılavuzları baz alınmalıdır. Hastaya uygun, varsa ilaç dışı tedaviler (düşük kalorili ve tuzsuz diyet, sigara içmeme, egzersiz yapma vb.) önerilmelidir. Hekim hastanın kullanmakta olduğu mevcut ilaçları muhakkak sorgulamalı, hasta ve hasta yakınına ilacın kullanım şekli, besin ve ilaç etkileşimleri, olası yan etkileri vb. hakkında detaylı bilgi vermelidir. Tedavinin sonuçlarını takip ederek, eğer başarılı olunmadıysa tüm basamakları yeniden gözden geçirmelidir (10,14,68).

Tablo 2: Akılcı ilaç tedavisi süreci (13)

PROBLEMİN TANIMLANMASI	Hastanın problemini tanımlayın.
HİPOTEZ	Bu hasta için tedavi amaçlarını belirleyin. Daha önce bu indikasyon için seçtiğiniz tedavinin, bu hasta için (etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet açısından) doğru seçenek olup olmadığını sorgulayın ve uygun tedaviye karar verin.
DENEY	Hastayı hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirin, ilaç ve ilaç dışı tedavi ile ilgili talimatları ve uyarıları anlatın. Tedaviye başlayın.
SONUÇLARIN İZLENMESİ	Tedavinin sonuçlarını izleyin, gerekirse devam edin veya durdurun.
BEKLENEN SONUÇ ALINAMAZSA BASAMAKLARIN YENİDEN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ	Tedavi başarılı olmadıysa, başarısızlık nedenlerinin anlaşılması için basamakları yeniden gözden geçirin.

Akılcı ilaç kullanımının temel amacı toplum üzerindeki yanlış ilaç kullanımından doğan ekonomik ve sosyal yükün azaltılması ve olası zararların önlenmesidir. Her geçen gün reçete edilen ilaç sayısının ve uygunsuz reçetelerin artması, akılcı ilaç kullanımının önemini apaçık ortaya koymaktadır. Günümüzde ilaçların akılcı olmayan kullanımları sonucu; tedavilerin etkinliği azalmakta, yan etki riski artmakta, daha yüksek tedavi maliyetleri ortaya çıkmaktadır (70). Bütün bunların önlenmesi için, öncelikle hekim ve eczacılar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının, devletin, ilaç endüstrisinin ve bireylerin akılcı hareket ederek, bilinçli ilaç kullanımı konusunda üzerine düşen görevi yerine getirmesi gerekmektedir.

2.2.3. AKILCI İLAÇ KULLANIMININ PAYDAŞLARI

Akılcı ilaç kullanımında sorumluluk sahibi olan taraflar; hekim, eczacı, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personeli, hasta ve hasta yakınları, düzenleyici otorite, ilaç sanayi ve diğer paydaşlar (medya, akademi, meslek örgütleri vb.) olarak sayılabilir (10,14,28).

Hekim

Akılcı olmayan ilaç kullanımı sorunun temelinde hekimlerden kaynaklı nedenler yatmaktadır. Hastaya uygun olmayan ilacın yazılması, gereksiz ilaç reçete edilmesi ve polifarmasi hekimler tarafından en sık yapılan yanlışlardandır. Tıp fakültesinden mezun olan genç hekimlerin çoğu; mezuniyet öncesi geleneksel farmakoloji eğitimi almış, eğitimleri uygulama yerine daha çok teori üzerine yoğunlaşmıştır. Bu durum hekimlerin mezuniyet sonrası, hastaya uygun reçete yazımı ve yeterince bilgi verme konusunda

problemlere sebep olmaktadır. Sonuç olarak hekim; hasta baskısı, kötü örnek teşkil eden meslektaşlar ve çeşitli imkânlar vadeden ilaç mümessillerinin etkisinde kalarak rasyonel olmayan reçete yazımına yönelebilir (28,71).

Hekimlerin yalnızca ilaca odaklı düşünerek, rasyonel tedavinin çok önemli bir parçası olan ilaç dışı tedavileri yeterince kullanmaması da ayrı bir sorundur. Bir çalışmada “Hastalarımıza ilaç dışı tedavi öneriyor musunuz?” sorusuna, hekimlerin sadece %12,2’si “evet” yanıtını vermiştir. Halbuki ilaç dışı tedaviler bazı hastalıkların tedavisinde ilk ve tek tedavi seçeneğidir ve pek çok hastalıkta da ilaç tedavisine ek olarak önerilmelidir. Örnek verecek olursak; iskemik kalp hastalığında hastaya mutlaka diyet ve egzersiz önerilmesi gerekmektedir (71,72).

Hastanın tanı ve tedavi ile ilgili kendine anlatılanları anlayıp anlamadığı oldukça önem arz eder. Hekim hastanın gerekli bilgileri anladığından emin olmalı ve bunun için hastadan anlatılan bilgileri tekrarlamasını talep etmelidir. Bu hem hastanın doğru ve eksiksiz bilgilendirilmesine hem de yeterince bilgilendirilen hastanın kendi üzerine düşen rolü daha iyi benimseyip hekimine daha fazla güven duymasına imkân sağlayacaktır (71,72).

Sonuç olarak inanılmaz bir hızla gelişip artan tıp bilgilerinin hepsinin tıp fakültesinde öğrenilmesi mümkün değildir. Hekimlere eğitimlerini mezuniyetten sonra da sürdürme anlamında görevler düşmektedir (71). Akılcı ilaç kullanımında en büyük sorumluluk hekimindir ancak hekim tek başına sorumlu değildir; eczacı, hasta ve paydaş olan tüm taraflar sorumluluğu paylaşmalıdır.



Şekil 3: Akılcı İlaç Kullanımında Sorumlulukları Olan Taraflar (14)

Eczacı

Eczacı; ilaçlar konusunda özel bir eğitim almış, ilacı hazırlama sanatını icra eden ve ilacı hastaya sunan kişidir. Genellikle hastanın ilacı kullanmaya başlamadan önce karşılaştığı son sağlık mesleği mensubu eczacılardır, bu yüzden eczacının hastayı bilgilendirmesi hayati öneme sahiptir. AİK ilkeleri doğrultusunda hareket eden bir eczacı; ilacın uygun şartlarda eczaneye ulaştırılması, eczanede muhafaza edilmesi, reçetenin karşılanma sürecinin gereği gibi yapılması, reçetedeki talimatlara uygun olarak ilacın hazırlanıp hastaya sunulması, varsa reçetedeki yanlışlıklar için hekimle görüşerek düzeltilmesi, hastaya gerekli bilgilerin verilmesi, geri ödeme işleminin gerekliliklerinin yerine getirilmesi ve kayıtlarının tamamlanarak hastanın uğurlanması işlemlerini titizlikle yerine getirir (10,14,28).

Eczacının hastaya ilacın akılcı kullanımı konusunda yeterince bilgilendirme yapması ve varsa hastanın kafasındaki soruları yanıtlaması, hastayı akılcı ilaç kullanımı

sürecine dâhil etmekte ve hastanın tedaviye uyumunu arttırmaktadır. Eczacı, hastayı; ilacın doğru kullanım şekli, ne kadar süre kullanması gerektiği, yan etki ve olası ilaç-gıda etkileşimleri, ilacın nasıl saklanacağı, kalan ilacın ne yapılacağı vb. konularda detaylı bilgilendirmekle görevlidir. İlacın reçete edilip, hastanın kullanımını ve tedavi aşamasının sonuçlanmasına kadar olan süreç içinde, akılcı kullanımın ve hasta uyumunun arttırılabileceği en önemli ve en kolay basamak eczanelerdir. Bu sebeple eczacının bu konuda hassas davranması, hem birey ve hem toplum sağlığı açısından son derece önemlidir (10,14).

Hasta, Hasta Yakını Ve Toplum

Hasta Hakları Yönetmeliği gereğince; “Bir sağlık kuruluşuna sağlık hizmeti almak için başvuran herkesin; hizmetten genel olarak faydalanma, eşitlik içinde hizmete ulaşma, bilgi edinme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, sağlık hizmeti sunan personeli tanıma, seçme ve değiştirme; sağlık durumu ile ilgili her türlü bilgiyi sözlü ve yazılı olarak isteme, mahremiyet, rıza ve izin, tedaviyi reddetme veya durdurulmasını isteme, sağlık hizmetini güvenli bir ortamda alma, dini vecibelerini yerine getirebilme, saygınlık görme, rahatlık, ziyaret ve refakat etme, müracaat, şikâyet ve dava etme, gerektiği sürece sağlık hizmetlerinden yararlanma, düşünce belirtme hakkı vardır” (73). Fakat bu haklar aynı zamanda hastaya çeşitli sorumluluklar da yüklemektedir.

Hekime danışılmadan 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 hasta kaynaklı sorunlardandır (28).

AİK, ilaçlara karşı direnç gelişimini önlemek, tedavi başarısını artırmak, tedavi sorunlarını engellemek, gereksiz işgücü ve maliyet kaybını azaltmak gibi pek çok yönü ile bireyi, yakın çevresini ve toplumun sağlığını ilgilendirir. İlaçların akılcı kullanımını konusunda halkın bilgilendirilmesi son derece önemlidir. Dünyanın pek çok ülkesinde AİK konusunda sağlık çalışanlarına yönelik eğitimlerin yanı sıra halka yönelik eğitim programları da düzenlenmektedir (14).

Hasta ve yakınları; hekime gereksiz ilaç yazdırmaktan kaçınarak, hastalıklarının tanısının doğru konulmasına yardımcı olarak, tedavilerinin düzenlenmesi sırasında süreçte etkin katılarak, kendilerine yapılan önerilere ve uyarılara uyarak, ilaçların bilinçsiz kullanımının önüne geçilmesi için toplumsal düzeyde gösterilen çabaya katılarak ilaçların akılcı kullanımına çok önemli katkı sağlayabilirler (10,14).

AOİK'nın temel sebebi eğitim eksikliği olmakla birlikte; sosyokültürel, sosyoekonomik seviyeler arttıkça sağlık sorumluluklarının da arttığı, gelir düzeyi düşük olanlarda, kırsal kesimde yaşayanlarda ve çalışmayanlarda uygunsuz ilaç kullanımının daha sık görüldüğü yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (28,74). Akılcı ilaç kullanımında topluma düşen görev, ilaçları akılcı tüketmeleridir. AİK ile ilgili doğru bilgilerin erken yaşta öğrenilmesi için okul ve ev ortamı anahtar rol oynamaktadır. Bu nedenle, yetişkinlerin AİK konusunda edindikleri doğru bilgileri çocukları, aile bireyleri ve diğer yakınları ile paylaşmaları önerilir (14). Aynı zamanda kitle iletişim araçları vb. vasıtasıyla verilen ilaç bilgisi; doğru, tarafsız, güncel, eksiksiz, erişilebilir ve kullanılabilir olup sürekli iyileştirilmelidir (75).

2.2.4. HASTALARIN İLAÇ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Akılcı ilaç kullanımında en önemli bileşenlerden biri hastanın tedaviye uyumu, yani reçete edilen ilaçların önerilen dozda, zamanında ve önerilere uygun şekilde kullanılmasıdır. Hasta bu kurallara uymadığında tedaviye yönelik diğer çabaların verimliliği önemli oranda düşmektedir. Hastaların ilaç kullanımını etkileyen pek çok faktör mevcuttur.

Hastaların demografik özellikleri: Sağlık Bakanlığı tarafınca yapılan bir çalışmada; erkeklerin kadınlara göre ve gençlerin yaşlılara göre ilaç bırakma, kullanmama eğilimlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (76,77).

Kendini iyi hissetme: Hastalar kendini iyi hissettiklerinde kendiliğinden ilaçlarını bırakma ya da değiştirme eğilimindedir. Ankara'da 1998 yılında yapılan bir çalışmada hastaların şikâyetleri hafifleyince ilacı bırakma oranı %23,9 olarak tespit edilmiştir (78). Ayrıca hastalara önerilen yaşam tarzı değişiklikleri, fiziksel aktivite ve diyet önerileri gibi non-

farmakolojik tedaviler, genellikle hastalar tarafından tedavi olarak algılanmamakta ve uygulamada sıkıntılar yaşanmaktadır (76).

Unutkanlık: Hastaya anlatılan sağlık bilgilerini, muayeneden 5 dakika sonra hastaların yarısının unuttuğu, ancak 3 kez tekrarlandığında hastaların hepsinin hatırladığı gösterilmiştir. Bu yüzden sağlık personeli hastaya söylediği bilgileri mutlaka tekrarlatarak pekiştirmeli ve gerekirse yazılı olarak eline vermelidir (76,79).

Psikiyatrik sorunlar: Psikiyatrik hastalığı bulunanlarda ilacı bırakma, kontrollerini aksatma oranı %20-50 olarak bildirilmekte iken, iç görüsü olmayan psikotik hastalarda bu oran %70-80'lere kadar çıkabilmektedir (80).

Alkol ve ilaç bağımlılığı: Bu tür hastaların organizasyon ve kognitif düşünme yetenekleri bozularak hastaların öncelikleri değişir. Madde kullanımı sonrasındaki öfori hali de ilaç alımını unutturabilir (14,76).

Sosyokültürel ve ekonomik faktörler: Sosyal güvencenin olmaması, evsizlik, işsizlik, aynı dilde konuşmama, inanç ve kültür farklılıkları doktora başvuruyu geciktirebilmekte veya tedaviye uyumu zorlaştırabilmektedir (76).

Disfajiye sebep olan faktörler: Disfajiye neden olan inme, myastenia gravis, polimyozit/dermatomyozit gibi nöromuskuler hastalıklar, orofaringeal tümörler ve bu bölgenin enfeksiyonları, geçirilmiş operasyonları, radyoterapi maruziyeti, diffüz özefageal spazm, skleroderma, özefageal web, striktür, motilite bozuklukları gibi özefagus hastalıkları düzenli ilaç kullanımını güçleştirebilir. Ayrıca bazı fizyolojik ya da patolojik nedenlerden ötürü yaşlılarda görülen disfaji (yutma güçlüğü) tedavi uyuncunu etkileyen önemli faktörlerdendir. Öyle ki yaşlı hastaların beşte biri yutma güçlüğü çekmekte, tabletleri ve kapsülleri kullanmakta sorun yaşamaktadır (28,81).

Hastalığın ciddiyetinin anlaşılabilmesi: Kronik bir hastalığın tanısını rastlantısal olarak alan hastalar, ciddi bir şikâyetleri olana dek hastalığın ciddiyetini kavramakta güçlük çekerler çoğu zaman da kavrayamazlar. Mesela uzun bir süre hiçbir belirti vermeden ve komplikasyon gelişmeden seyredabilen hipertansiyon tanısı alan hastaların, “sadece başım ağrırsa ya da tansiyonum yükselirse ilaç içerim” gibi ifadelerinin olduğu yapılan bir çalışmada saptanmıştır (82).

İlaç yan etkileri: İlaç bırakmanın en sık sebeplerinden biri de istenmeyen yan etkilerdir. Bu nedenle doktor, ilaçla ilgili en sık görülen yan etkileri ve bu durumda yapması gerekenleri hastaya mutlaka anlatmalı, hastanın bu konudaki kaygılarını en aza indirmelidir. Bu bilgilendirme, tedaviye uyumun artmasında oldukça önemlidir. Bazı durumlar ilacın doktor tarafından bırakılmasını ya da değiştirilmesini gerekli kılar. Örneğin; steroid kullanımına sekonder kontrolsüz hiperglisemi ataklarının olması, oral antikoagülan tedavisine bağlı kanama olması, antibiyotik kullanımına bağlı önlenemeyen ishaller vb. ciddi yan etki durumlarında hasta kendiliğinden de tedaviyi bırakabilir. Bu durumda risk değerlendirmesi yapılmalı, tedavi rejimi gözden geçirilmeli, hasta detaylıca bilgilendirilmelidir. Terapötik doz aralığı dar olan warfarin, teofilin vb. ilaçlar için kullanma ve bilgilendirme kılavuzu hazırlanabilir. Bu ilaçların etkileştiği besinler, diğer ilaçlar ve genel önerileri içeren bu broşürlere kolaylıkla erişmek adına hastanın adres ve telefon bilgileri de eklenebilir (28,76,83,84).

Damgalanma duygusu: AİDS, tüberküloz vb. bazı bulaşıcı hastalığı olan hastalar, sağlıklı bireyler için tehlike oluşturacağından toplum tarafından damgalanıp, dışlanabilir. Bazen de etrafındaki insanların hastalığını bilmesini hastalar kendi istemeyebilir (76).

Doktora güvenmeme ve ilaç tedavisini anlamama: Hangi ilacın nasıl kullanılacağı, ne zaman ve ne kadar kullanılacağı, hangi durumlarda dozların arttırılıp-azaltılacağı gibi bilgilerin hastalar tarafından bilinmesi ve hastanın tedavi sürecine dâhil edilmesi tedaviye uyumu arttırmaktadır. Reçete yazmak hastayla yapılan görüşmenin en son safhası olmalıdır. Öncesinde doktor hastanın güvenini kazanacak yeterli süreyi ayırarak, hastaya gerek hastalığı ve tedavisi hakkında gerek reçete edeceği ilaçlar hakkında tüm bilgileri vermelidir. Hastanın onu yeterince anlayıp anlamadığını kontrol etmelidir. Çok yoğun çalışma ortamında hekimlerin bazen istemeyerekte olsa yaptığı görüşme süresini kısa tutmak, reçete vererek bir an önce sıradaki hastaya geçmek akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak kabul edilmektedir (28,76).

İlacın sevilmemesi: Hastalar bazı tadı veya kokusu kötü ilaçları sevmediklerinden kullanmazlar. Bazı ilaçlarda kullanım sırasındaki güçlükleri yüzünden (ilaç kutusunun kapağının zor açılması vb.) hastalar tarafından pek sevilmez. Bazen de sürekli kullanılan ilacın yerine muadilinin yazılması veya eczaneden muadil ilacın verilmesi, hastada ilacın yeterince etki etmediği hissi oluşturarak ilacın sevilmemesine neden olur (28).

İlaç kullanımıyla ilgili yanlış kanılar: Toplumda genel olarak iv/im ilaçların oral ilaçlardan, oral ilaçların inhalasyon yoluyla kullanılan ilaçlardan daha etkili olduğu gibi yanlış bir kanı bulunmaktadır (28).

Sağlık personeli-hasta işbirliği: Hastalar için uzun süreli ilaç kullanımı, özellikle üstüne yan etki ve tedavi başarısızlığı gibi faktörler eklenmişse epey can sıkıcıdır. Hastaları bu can sıkıcı durumdan çıkarmak için sağlık personeli ile hasta arasına iyi ve etkili bir iletişim sağlanmalıdır. Hasta işbirliğini artırmak adına tüm hastalara, ilgili sağlık personeli tarafından bir program dâhilinde, gruplar halinde eğitimler düzenlenmelidir (28).

Özşahin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; aile sağlığı merkezlerine başvuran 792 hastaya ilaç kullanmama sebepleri sorulmuştur. En sık verilen cevap %42 ile ilaç kullanmayı istememek olmuştur. Bunu %34 ile olumsuz medya etkisi, %33 ile unutmak, %33 ile doktorla kötü iletişim, %24 ile ilaç yan etkileri, %22 ile hastalığı reddetme, %19 ile çoklu ilaç kullanımı, %10 ile tedavinin doğruluğuna güvenmemek ve %6,1 ile yüksek ilaç fiyatı takip etmiştir (76,85).

2.2.5. HASTALARIN TEDAVİYE UYUMU

Tedavi uyumu; hastanın bir sağlık uzmanı tarafından önerilen şekilde uyguladığı ilaç kullanma, beslenme düzeni ve hayat tarzı değişikliklerini kapsayan davranışlarının bütünüdür. Başka bir deyişle uyunç, hastanın reçetelenen ilaçları doktorun tavsiyesi doğrultusunda, verilen dozda, önerilen aralıklarla, yeterli sürede kullanmasıdır (86,87).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (Adherence to long-term therapies: Evidence for action) raporunda birbirine çok yakın anlamlar taşıyan “compliance, adherence, concordance” şeklinde üç farklı terim kullanmıştır. “*Compliance-Uyum*”, hastanın tedavi talimatlarına uymasındır. “*Adherence-Bağlılık*” hastanın ilaç kullanımına ilaveten diyet, egzersiz vb. yaşam tarzı değişikliklerini de hayatına geçirmesidir. “*Concordance-İşbirliği*” ise; hastanın sağlık uzmanıyla işbirliği yaparak tedavi sürecinde aktif rol almasıdır. Türkçede uyunç, compliance ve adherence terimlerinin ikisinin yerine de kullanılabilir (84,86).

Uyunç eksikliği dünyada yaygın görülen bir problemdir. Sonucunda hastalıklar nüksedebilir, alevlenebilir, ilaç yan etkileri görülebilir, antibiyotiklere direnç gelişebilir ve

tedavi maliyetleri artar. Özellikle kronik hastalıklardaki düşük tedavi uyumu, kronik hastalıkların yükünü artırarak kötü sağlık sonuçlarına ve daha yüksek sağlık hizmeti maliyetine sebep olmaktadır (84,86). DSÖ verilerine göre; gelişmiş ülkelerde uzun süreli tedavilerde uyum oranı ortalama %50 dolaylarındadır. DSÖ, tedaviye uyumun azalmasının ciddi bir sağlık sorunu olduğunu ve mortalite ile yakından ilişkili olduğunu da yayınlamıştır (76,88,89).

Tedaviye uyumsuzluk kasıtlı ya da kasıtsız olmak üzere ikiye ayrılır. Kasıtsız uyumsuzluk; unutkanlık vb. durumlardan kaynaklanan yanlış anlama ve karmaşa halinde görülen uyumsuzluktur. Kasıtlı uyumsuzluk ise; hastanın kendi seçimi ile reçete üzerine müdahale etmesidir. Yüksek doz ya da tarif edilenden az ilaç kullanma, kendi isteği doğrultusunda ilaçların bir kısmını kullanıp bir kısmını kullanmama gibi kendi kendine ilaç kullanımındaki uyumsuzluklar; çalışmalara göre tedavi uyumunda en sık karşılaşılan problemlerdir (28,76,88).

Bütüncül olarak yaklaşıldığında ilaç tedavisine uyumu etkileyen pek çok faktör vardır. İlaç kullanmayı istememek, ileri yaş, sosyal izolasyon, aşırı fakirlik, hastanın birden fazla kronik hastalığın olması veya birden fazla sayıda ilaç kullanması, hastanın eğitim düzeyi, mental durumu, hastalığı hakkındaki bilgisi, hastalığın seviyesi, bu konuda hastaya verilen sosyal desteğin azlığı, hastanın genel anlamdaki uyunç davranışı, tedavinin günlük hayata uyarlanması (ilaç kullanım şeklinin ve saatlerinin ayarlanması vb.), hastanın tedaviye bakış açısı (tedavinin yararlılığına olan inancı), tedavi uyumunu etkileyen faktörler olarak sayılabilir. Sonuç olarak tedaviye uyum ya da uyumsuzluk kompleks bir davranış şekli olmaktadır. Uyunç eksikliğinin ana nedeni bilgi eksikliğidir. Bu bağlamda özellikle hekim ve eczacının AİK ilkelerine uygun tutum ve davranış sergilemesi, hasta uyuncunu önemli ölçüde arttıracaktır (76,86,90).

Tedavi uyumunun düşük olması, hastalığın kötü yönetimine, hastanede kalım oranlarının artmasına, daha erken kayıplara ve hatta ölüm oranlarının artışına sebep olabilmektedir. Hastalarda tedavi uyumunu artırmak üzere geliştirilmiş görüşme ve müdahaleler uygulanılarak, hastalıkların mortalite ve morbidite oranlarındaki kötüleşmelerden kurtulabilir (76,91). Ülkemizde tedavi uyumunun iyileştirilmesi için tüm paydaşların fikir birliği yaptığı üç temel çözüm önerisi; hekimlerin hastalara daha

fazla zaman ayırması, hastanelerde yardımcı personel sayısının artırılması ve hasta destek programlarının yaygınlaştırılması olarak ortaya çıkmıştır (87).

2.2.6. AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI VE SONUÇLARI

DSÖ, 1985 yılında akılcı ilaç kullanımı “*hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarıdır*” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanıma uymayan, ilaçların kullanımını doğrudan ya da dolaylı bir şekilde ilgilendiren her türlü yanlışlık akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) olarak tanımlanabilir (11,14).

İlaçları yanlış şekilde, yanlış doz ve sürede kullanmak, gereksiz yere pahalı ilaç kullanmak, reçeteye satılması gereken ilaçları doktor kontrolü dışında kullanmak, ilaç israfında bulunmak, çoklu ilaç kullanmak, gereksiz antibiyotik tüketimi, gereksiz yere enjeksiyon önermek, uygunsuz ve aşırı vitamin preparatları kullanmak, bilinçsiz bitkisel ürün veya gıda takviyeleri kullanmak, ilaç ve besin etkileşimlerini göz ardı etmek vb. AOİK’na örnek olarak gösterilebilir (14,28,71).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı bireysel ve toplumsal açıdan pek çok soruna sebebiyet vermektedir. Bunlardan bazıları;

- ✓ Hastaların tedaviye uyumunun bozulması ya da azalması
- ✓ İlaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşimlerinin istenmeyen sonuçlar doğurması
- ✓ İstenmeyen yan etki oranlarının artması
- ✓ Başta antibiyotikler olmak üzere bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesi ve mikrobiyal direnç artışı
- ✓ Tedavi başarısının azalması
- ✓ Hasta-hekim arasında güvensizlik oluşması
- ✓ Hastalık sürelerinin uzaması, hastalıkların etkin tedavi edilememesi ve tekrarlaması
- ✓ Hastanede yatış sürelerinin artması

- ✓ Tedavi maliyetlerinin artması ve sınırlı kaynakların israfı
- ✓ Uzun vadede ilaçların temin edilebilirliğinin azalması
- ✓ Sağlık ve geri ödeme sistemlerinin kaliteli ve sürdürülebilir işlevlerinin kaybı şeklinde sıralanabilir (11,14,68,92).

AOİK tüm dünyada yaygın olarak görülen bir temel sağlık problemidir. DSÖ, dünya genelinde ilaçların yarıdan fazlasının akılcı olmayan şekilde reçete edildiğini veya satıldığını, yaklaşık yarısının uygun olmayan şekilde kullanıldığını bildirmiştir. Nitekim güncel tanı ve tedavi kılavuzlarına göre tedavi uygulanan hasta oranının da oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. Gelişmekte olan ülkelere bakıldığında; birinci basamakta kamu sektörüne başvuran hastaların %40'ı, özel sektöre başvuran hastaların ise %30'u güncel kılavuzlara uygun şekilde tedavi almaktadır (11).

Özetle; tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de akılcı olmayan ilaç kullanımı büyük bir sorun teşkil etmekte ve sorunun temel çözümü eğitimden geçmektedir. Bu sorun sadece hekimin ya da hastanın değil, ilaçla alakadar tüm muhatapların ortak sorunu halindedir ve tüm paydaşlara bu hususta önemli görevler düşmektedir (11).

2.2.7. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÇALIŞMALARI

AOİK tüm dünyada önem arz eden bir sağlık sorunudur. DSÖ verilerine göre; bütün ilaçların yarısından çoğu uygunsuz biçimde reçete edilmekte, satılmakta veya dağıtılmaktadır. Dünya nüfusunun üçte biri temel ilaçlara ulaşmada güçlük yaşamakta iken, ilaca ulaşan hastaların da yarısı ilaçları doğru kullanmamaktadır. Bu bağlamda başta DSÖ olmak üzere uluslararası pek çok sağlık kurum ve kuruluşu, AİK ilkelerinin benimsenip yaygınlaştırılması için çalışmalarını sürdürmektedir (12,93).

DSÖ akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması ve teşvik edilmesi adına tüm ülkelere 12 temel düzeltici faaliyet önermektedir. Bunlar;

1. İlaç kullanım politikalarının koordinasyonu ve takibi için ulusal multidisipliner bir kurumun kurulması
2. Klinik tanı ve tedavi kılavuzlarının hazırlanması

3. İlk seçenек tedavileri esas alan temel ilaç listesinin oluşturulması
4. Bölgelerde ve hastanelerde ilaç ve tedavi komitelerinin kurulması
5. Mezuniyet öncesi tıp fakültesi müfredatına probleme dayalı farmakoterapi eğitiminin dâhil edilmesi
6. Hizmet içi sürekli tıp eğitimlerinin düzenli bir şekilde uygulanması
7. Kurumsal anlamda izleme, denetim ve geribildirim sistemlerinin kurulması
8. İlaç bilgisine erişimin tarafsız kaynaklar kullanılarak sağlanması
9. Halkın ilaçlar konusunda eğitilmesi
10. Etik dışı finansal girişim ve teşviklerden kaçınılması
11. Uygun ve zorunlu yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi
12. İlaçların ve personellerin mevcudiyetini güvence altına alan ve sürekliliğini sağlayan yeterli önlemlerin alınması şeklindedir (28,93–95).

AOİK tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir halk sağlığı problemidir. Türkiye’de Dünya Sağlık Örgütü’nün önerileri çerçevesinde pek çok etkinlik planlanmış ve hayata geçirilmiştir. Dünyada 30 yıldır devam etmekte olan AİK çalışmaları, ülkemizde ilk olarak 1992 yılında başlamış olup; bu çalışmaların çoğunda Sağlık Bakanlığı doğrudan ya da dolaylı olarak destek vermiştir (96).

Bu alandaki ilk çalışmalar 1992 yılında, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü bünyesinde Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmış; 1992-1994 yılları arasında Eskişehir ve Bilecik illerinde yapılan hekimlerin ve halkın AİK konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını tespit etmeye yönelik olan çalışmalarla devam etmiştir (93,96). Ardından 1993 yılının Nisan ayında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafınca “Akılcı İlaç Kullanımının Alfabetesi” adında bir kitap yayınlanmıştır (97). 1997 yılında, bu konuda eğitim olarak gerekli insan gücünün geliştirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı personeli ve öğretim üyelerinden oluşan bir grup Hollanda’nın Groningen Üniversitesi Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı tarafınca düzenlenen “Akılcı İlaç Kullanımı Eğitici Eğitimi” programına gönderilmiştir (98,99). Bu eğitimi alan akademisyenler tarafından ülkemizdeki bazı tıp fakültelerinde klinik farmakoloji eğitimleri verilmiştir.

1999 yılının Eylül ayında yapılan “Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı İlkelerinin Yerleştirilmesinde Farmakoterapi Eğitimi ve Klinik Farmakolojinin Yeri Çalışma Toplantısı” ile ülkemizde bu konudaki çalışmalar hız kazanmıştır. Bu toplantıda Türk

Farmakoloji Derneği bünyesinde Klinik Farmakoloji Çalışma Grubu'nun kurulması, AİK'in yaygın hale getirilmesi için ulusal eylem planı oluşturulması, klinik farmakoloji uzmanlığının hayata geçirilmesi, başta eğitici eğitimleri olmak üzere AİK eğitimlerine ağırlık verilmesi gibi öneriler sunulmuştur (13). Bunun üzerine AİK eğitimleri tıp fakültelerinin eğitim müfredatına girmiş ve halen devam etmektedir. Türk Farmakoloji Derneği Klinik Farmakoloji Çalışma Grubu'nun 2007'de yaptığı bir çalışmada; çalışmaya katılan 37 tıp fakültesinin %70,3'ünde müfredat dâhilinde dördüncü, beşinci veya altıncı sınıfta AİK eğitimi verildiği tespit edilmiştir (100). Yine Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ile İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün ortak çalışmaları ile 19 Nisan 2002'de "İlaç Politikası Geliştirme Toplantısı" düzenlenmiştir (99). Groningen Modeli örnek alınarak 2001 (3 kez) ve 2006 (1 kez) yıllarında "Akılcı İlaç Kullanımı Eğitici Eğitimi" adı altında, 89'u üniversitede öğretim üyesi, 104'ü sahada görev yapan hekimler olmak üzere toplam 193 kişiye eğitim verilmiştir. 2002 ve 2006 yıllarında olmak üzere 2 kez, Sağlık Bakanlığı tarafından DSÖ ile iş birliği yapılarak farmakoekonomi eğitimleri düzenlenmiştir. AİK hakkında politikalar geliştirilmesi amaçlanarak 2006 yılında, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nce "Akılcı İlaç Kullanım Çalıştayı" gerçekleştirilmiştir (99,101). 2008 yılında, Eczacılık fakültelerinin müfredatına AİK eğitimi ders olarak eklenmiştir (93).

AİK hakkında kaynak eksikliğinin giderilmesi amacıyla ilk etapta 1999'da Prof. Dr. Oğuz Kayaalp editörlüğünde İngiliz Ulusal Formülleri (British National Formulary-BNF) Türkçeye çevrilerek "Türkiye İlaç Kılavuzu-TİK" adı altında yayımlanmış ve belli aralıklarla güncellenmiştir (102). 2002 yılında birinci basamakta çalışan hekimler hedef alınarak "Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri" basılmıştır (103). Böylece rehberler eşliğinde ilaçların tanıya uygun, akılcı kullanılıp kullanılmadığı araştırılarak maliyet analizleri yapılması planlanmıştır (74). Erzurum, Adıyaman ve Bolu illerini kapsayan bir çalışmada hekimlerin reçetelediği ilaçların, gerek maliyet gerekse kutu sayısı bazında %50'sinden fazlasının akılcı(irrasyonel) olmadığı tespit edilmiştir (104). 2003 yılında Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından, DSÖ'nün onayı dâhilinde "Guide to Good Prescribing-Reçete Yazma Rehberi" ve 2004'te "Teacher's Guide to Good Prescribing-Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi" kitaplarının da çevirileri yapılarak basılmış, böylece kaynak ihtiyacına cevap bulunmaya çalışılmıştır. Yine 2004 yılında

Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Halk Eğitimi Kitabı DSÖ'den izin alınarak dilimize çevrilmiştir (99).

Günümüzde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun "Akılcı İlaç Kullanımı Birimi" olarak faaliyet gösteren yapısının, "Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü" olarak 2010 yılında kurulması, ülkemizde bu konuda atılmış en önemli adımlardan biridir. Bu yapının kurulmasıyla birlikte Türkiye'de AİK çalışmaları belirgin bir ivme kazanmıştır. Bu birim AİK, reçete izlem ve geri bildirimleri, eğitim faaliyetleri gibi görevleri üstlenmiştir. 2010 yılının başında Sağlık Bakanlığı tarafından kare kod uygulaması ve "İlaç Takip Sistemi" hayata geçirilmiştir. Bu sistemle sahte ilaç ve sahte ambalajlardan korunma, veri tabanı oluşturma ve farmakovijilans vb. faydalar hedeflenmiştir. Elektronik ortamdaki veriler toplanarak SB tarafından AİK ile ilgili çalışmalar yapılmış ve 2011'de sonuçları yayımlanmıştır. Tüm ülke genelinde SB tarafınca verilen "Akılcı Farmakoterapi Eğitimleri" ile çok sayıda hekime ulaşılmıştır. AİK'i geliştirme ve yaygınlaştırma amacıyla SB bünyesinde, 20 stratejik hedef ve 99 faaliyetten oluşan "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017" hazırlanmıştır. Bu çerçevede AİK'in gerektirdiği yapılanma faaliyetlerinin haricinde hekim, eczacı, diğer sağlık personeli, halk ve ilaç endüstrisi muhataplarını ilgilendiren eğitim, izleme/değerlendirme, idari düzenleme/planlama gibi pek çok faaliyetin uygulamaya geçilmesi için çaba sarf edilmiştir. Planın öncelikli çalışma alanı olan "Akılcı Antibiyotik Kullanımı" konusunda özellikle ülkemizin güney bölgesindeki illerde bir takım faaliyetler yapılmış ve neticede antibiyotik kullanımının azaltılması konusunda başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Bunun üzerine Sağlık Bakanlığı bu planın devamı niteliğinde "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022" planını devreye sokmuştur (28,93,96,101,102).

Günümüzde, AİK araştırma ve geliştirme çalışmaları Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK)'nin "Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi" tarafınca yürütülmektedir. Ekim 2014'ten beri internet sitesi üzerinden aylık e-bülten olarak eğitim amaçlı sunumlar, kılavuzlar, rehberler, videolar yayımlanmaktadır. Halen birçok sağlık kurum ve kuruluşunda, sağlık çalışanlarına yönelik sürekli tıp eğitimleri verilmektedir (28,99,105).

2.2.8. AİLE HEKİMLİĞİ VE AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Aile hekimleri; birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan, bireylerin bütün sağlık sorunlarına, yaş, cinsiyet, din, ırk vb özellikleri ayırt etmeden, birey merkezli, toplum yönelimli, kapsamlı ve bütüncül olarak yaklaşarak temel sağlık hizmeti veren hekimlerdir (106).

İlaçların büyük bir kısmının birinci basamakta reçete edildiği göz önüne alındığında, aile hekimlerinin ilaçları akılcı ilkeler çerçevesinde kullanması, karşı karşıya kaldığı sağlık problemlerinin çözümlenmesi için pek çok ilaç seçeneği içinden doğru ilacı seçmesi gerekmektedir (94,106). Akılcı ilaç kullanım ilkelerini gözetten bir aile hekimi; ilacın doğru endikasyonda, doğru dozda, doğru uygulama yolu ile doğru sürede, doğru kişide/toplulukta kullanılmasına özen gösterir ve ilaç seçiminde etkililik, güvenilirlik, uygunluk, maliyet özelliklerini dikkate alır (28).

AİK ilkeleri ile aile hekimliği uygulamalarının bazı kesişim noktaları şu şekilde sıralanabilir (94,106,107):

1.Ulaşılabilirlik: Hasta hekimine tedavisi ile ilgili kolayca ulaşım danışabilir. Böylece reçeteyle veya ilacın kullanımıyla ilgili olası yanlış anlaşılımlar giderilebilir.

2.Süreklilik ve İletişim: Özünde iyi bir iletişimci olması beklenen aile hekimi bu sayede hizmetin sürekliliğini sağlar, tedavi sürecindeki eksik ya da hatalı uygulamaları zamanında fark ederek müdahale etme olanağı bulur.

3.Hasta Eğitimi ve Danışmanlık: Aile hekimi ekibiyle beraber, eğitim ve danışmanlık hizmeti vererek hastanın güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlar. Böylece hasta sağlığıyla ilgili verilen karar sürecine dahil olur ve beraberinde tedavi uyumu da artar. Aile hekiminin eğitim ve danışmanlık için harcadığı zaman kaybedilmiş değil, aksine kazanılmış bir zamandır. Çünkü eğitim sonrası hastaların aynı problemle başvurma sayıları azalmakta, başvursa bile visit süreleri kısalmaktadır.

4.Toplum Yönelimi: DSÖ, akılcı ilaç kullanımının toplumsal düzeyde yaygınlaştırılması için “12 temel girişim” belirlemiştir. Bunlardan aile hekimliği uygulamaları kapsamına girenler; klinik kılavuzlardan yararlanılması, ilk seçenek

tedavileri esas alan temel ilaç listesinin oluşturulması, sürekli hizmet içi tıp eğitimlerinin düzenlenmesi, ilaçlar hakkında bağımsız bilgi kaynaklarının kullanılması ve halk eğitimlerinin yapılması şeklinde sayılabilir.

5.Maliyet Etkililik: Aile hekimliği maliyet etkin bir hizmet sunmayı esas alan yaklaşımıyla, tedaviyi gerek bireye gerek topluma en düşük maliyette sunmaya çalışır. Akılcı ilaç kullanımını da, ilacın bireye olduğu kadar içinde bulunduğu topluma maliyet açısından uygunluğuna dikkati çekmektedir.

Hem dünyada hem ülkemizde akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmaların merkezinde birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları, yani aile hekimleri yer almaktadır. AİK uygulamalarının yaygınlaştırılmasında yardımcı olacak en özel, en güçlü grup aile hekimleridir. Bu sebeple gerek uzmanlık eğitimi, gerekse sürekli hizmet içi eğitimlerle aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı konusunda desteklenmesi gerekmektedir (108).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırmanın tasarım tipi kesitsel-analitiktir.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evreni çalışmanın yapıldığı 2019-2020 eğitim öğretim yılında hali hazırda Kocaeli Üniversitesi'nde okumakta olan üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır.

3.3. ÖRNEKLEM SEÇİMİ VE BÜYÜKLÜĞÜ

Örneklem büyüklüğü hesaplamasında daha önce yapılan bir çalışmanın verileri (Kocaeli Üniversitesi Öğrencilerinin Yabancı Dizi İzleme Eğilimleri, Sigara-Alkol Kullanımları Ve Bu Durumun Öğrencilerin Kişilik Özellikleri İle İlişkisinin İncelenmesi) kullanılarak minimum 500 kişiye ulaşılması hedeflendi. Veri toplama tarihi olarak belirlenen 01.12.2019 - 01.06.2020 tarihleri arasında araştırmaya dâhil olma kriterlerini taşıyan 684 kişi araştırmanın örneklemini oluşturdu.

3.4. ARAŞTIRMAYA KATILMA KRİTERLERİ

- ✓ Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
- ✓ Okuryazar olmak
- ✓ 2019-2020 eğitim öğretim yılında Kocaeli Üniversitesinde öğrenci olmak
- ✓ 18 ve üstü yaşta olmak
- ✓ Yazılı ve sözlü onam vermiş olmak

3.5. ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ

- ✓ Çalışmaya katılmak için gönüllü olmamak
- ✓ Okuryazar olmamak
- ✓ 2019-2020 eğitim öğretim yılında Kocaeli Üniversitesinde öğrenci olmamak
- ✓ 18 yaşından küçük olmak
- ✓ Anket sorularını ve/veya ölçek maddelerini eksik cevaplamak

3.6. VERİ TOPLAMA

Çalışmada veri toplama araçları olarak; katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri ile mevcut sağlık durumunun sorgulandığı kısa anket formu, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR 47) ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) uygulanmıştır (Ek 1)(Ek 2)(Ek 3). Araştırmaya katılmak için gönüllü olan ve şartları karşılayan kişilerden kısa anket formunu ve ölçekleri eksiksiz doldurmaları istenmiştir. Çalışma onamı anket metninin önünde yer alan yazılı onam ile alınmıştır. Çalışmamıza farklı fakülte ve bölümlerden toplam 684 öğrenci katılmıştır.

Kısa anket formunda; cinsiyet, yaş, fakülte ve sınıf, kalınan yer, gelir kaynakları ve gelir-gider dengesi, sosyal güvence, ders harici kitap okuma alışkanlığı, ekonomik ve kültürel açıdan sosyal statü, ebeveynlerin eğitim durumu, sigara kullanım alışkanlığı, boy-kilo, sağlık durumlarına ilişkin algıları, kronik hastalık varlığı, hastalık durumunda ilk başvurdukları sağlık merkezleri, sağlık bilgisine erişim kaynakları ve ailede sağlık personeli varlığı gibi bilgiler sorgulandı.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR 47)

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nden (HLS-EU-Q) Türkçeye uyarlanarak, Okyay ve arkadaşları tarafından güvenilirlik ve geçerliliği yapılmış olan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR); 47 sorudan oluşan geniş kapsamlı bir ölçüm aracıdır. Ölçek, 15 yaş üzeri kişilerde, sağlık okuryazarlığını sağlıkla ilgili 3 boyut (tedavi-hizmet, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve 4 süreç (ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama) altında, toplam 12 alt boyutta değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (58).

Soruların her biri 1 ile 4 arasında puanlanarak (1= çok zor, 2= zor, 3= kolay, 4= çok kolay) değerlendirilmiştir. Bu ölçek, her bir soruda belirtilen davranışın ne kadar “kolay” ya da “zor” olduğunun kişinin kendi algısına göre değerlendirilmesi ilkesine dayandırılmıştır. Verilen cevaplar ile genel sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının alt boyutlarının düzeyleri hesaplandı.

Ölçekten alınabilecek toplam puan 47-188 arasındadır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde aşağıdaki formül yardımıyla standardize edilmiştir.

Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

1= Ortalamasının en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur)

3= Ortalamasının aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Ölçekte 0 (sıfır) en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 (elli) en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırılabilir olması amacıyla elde edilen indeks değerlere göre kategorize edilmesiyle: **(0-25) puan yetersiz, (>25-33) puan sorunlu-sınırlı, (>33-42) puan yeterli, (>42-50) puan mükemmel sağlık okuryazarlığı** olarak nitelendirilmiştir. Ölçeğin hesaplama formülüne uygun biçimde, sağlık okuryazarlığı puan ve düzeyi belirlendi. Sağlık okuryazarlığı düzeyi; yeterli (mükemmel/yeterli) ve yetersiz (sorunlu-sınırlı/yetersiz) olarak yeniden sınıflandırıldı.

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği(AİKÖ)

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Demirtaş (2018), Dağtekin (2018) ve arkadaşları tarafından geliştirilerek, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (109). Ölçeğin hazırlanmasında T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından basılan Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı kitabından alınan önermeler içeren bir havuz oluşturulmuştur. Uzman görüşü alınarak, 10 doğru, 11 yanlış, toplam 21 önermeden oluşan bir ölçek geliştirilmiştir. Her önermenin 'doğru', 'yanlış' ve 'bilmiyorum' şeklinde değerlendirilmesi istenmiştir. Anket 21 madde ve tek bir alt boyuttan oluşmaktadır. **Doğru cevap 2, bilmiyorum 1, yanlış cevap 0 puan** olarak değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-42 arasında değişmektedir. Bilgi seviyesi arttıkça ankette alınan puanın arttığı kabul edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanıp, 0.789 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların, ilacı doktorun önerdiği şekil, miktar ve sürede kullanma durumu sorgulanarak, bu soruya doğru cevap verenler akılcı ilaç kullananlar olarak tanımlanmıştır. Testin geçerliliğinin belirlenmesinde, uygun akılcı ilaç kullanımı davranışı gösterenlerde ölçekten alınacak puanın daha yüksek olacağı öngörüsünde bulunulmuştur.

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinde Statistical Package for the Social Sciences 18 paket programı kullanıldı. Çalışmada yer alan kategorik değişkenlerde hastaların dağılımını göstermek amacıyla sayı (n) ve yüzde (%), sayısal veriler ortalama ve standart sapma olarak verildi, hastaların tanularına göre prevalansı hesaplandı. Pearson ki kare, Mann Whitney-U ve One sample T-Test istatistiksel testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak değerlendirildi.

3.8. ETİK ONAY

Çalışmamızın etik kurul izni Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 13.11.2019 tarihinde 304 sayılı karar numarası ile alınmıştır (Ek 4). Çalışmamız 2019-2020 eğitim öğretim yılında Kocaeli Üniversitesinde öğrenim gören öğrencilere 01.12.2019-01.06.2020 tarihleri arasında çevrimiçi anket yöntemiyle yapılmıştır. Çalışma onamı anket metninin önünde yer alan yazılı onam ile alınmıştır. ASOY-TR 47 ölçeğinin kullanılması için gerekli izin Pınar OKYAY'dan, AİKÖ kullanılması için gerekli izin Zeynep DEMİRTAŞ'tan elektronik posta yoluyla alınmıştır (Ek 5, Ek 6).

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmamıza 18 ila 39 yaş arası, 355'i (%51,9) kadın, 329'u (%48,1) erkek olmak üzere toplam 684 üniversite öğrencisi katılmıştır. Kadınların ortalama yaşı $20,73 \pm 1,86$ (minimum 18, maksimum 29), erkeklerin ortalama yaşı $21,28 \pm 2,44$ (minimum 18, maksimum 39) olarak saptanmış olup, katılımcıların cinsiyetleriyle yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Genel yaş ortalaması $20,99 \pm 2,17$ (minimum 18, maksimum 39) olarak saptanmıştır.

Katılımcıların en çok tıp (%33,6) ve mühendislik (%21,8) fakültelerinde öğrenim gördüğü gözlenmiştir. Öte yandan en çok ikinci (%33,3) ve birinci (%20,3) sınıf öğrencileri çalışmaya katılım sağlamıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin öğrenim gördükleri fakültelerin ve sınıflarının dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların öğrenim durumları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Öğrenim görülen fakülte	Tıp Fakültesi	230	33,6
	Mühendislik Fakültesi	149	21,8
	Teknoloji Fakültesi	107	15,6
	Eğitim Fakültesi	37	5,4
	Sağlık Bilimleri Fakültesi	29	4,2
	Spor Bilimleri Fakültesi	28	4,1
	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	24	3,5
	Meslek Yüksekokulu	23	3,4
	Fen Edebiyat Fakültesi	23	3,4
	Hukuk Fakültesi	13	1,9
	İletişim Fakültesi	10	1,5
	Diş Hekimliği Fakültesi	8	1,2
	Diğer	3	0,4
	Hazırlık	5	0,7
	Birinci sınıf	139	20,3

Öğrenim görülen sınıf	İkinci sınıf	228	33,3
	Üçüncü sınıf	112	16,4
	Dördüncü sınıf	124	18,1
	Beşinci sınıf	29	4,2
	Altıncı sınıf	47	6,9

Öğrencilerin kaldıkları yerler incelendiğinde 367’sinin (%53,7) yurttan, 317’sinin (%46,3) ise evde kaldığı saptanmıştır. Öğrencilerin 383’ünün (%56,0) gelirinin yettiğini belirttiği ve gelir kaynakları incelendiğinde en çok 226’sının (%33,0) “hem ailem yardımcı oluyor hem burs-kredi alıyorum”, 210’unun (%30,7) “ailem yardımcı oluyor”, 162’sinin (%23,7) “burs-kredi alıyorum” cevabını verdiği saptanmıştır. Katılımcılardan 86’sının (%12,5) herhangi bir işte çalıştığı tespit edilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların kaldığı yer, gelir kaynağı ve gelir durumlarının dağılımı

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Öğrencinin kaldığı yer	Yurttan	367	53,7
	Öğrenci evi	183	26,8
	Ailemle birlikte	131	19,2
	Akraba yanı	3	0,4
Öğrencinin gelir kaynağı	Ailem yardımcı oluyor, Burs-kredi alıyorum	226	33,0
	Ailem yardımcı oluyor	210	30,7
	Burs-kredi alıyorum	162	23,7
	Çalışıyorum	26	3,8
	Ailem yardımcı oluyor, Burs-kredi alıyorum, Çalışıyorum	23	3,4
	Ailem yardımcı oluyor, Çalışıyorum	21	3,1
	Burs-kredi alıyorum, Çalışıyorum	16	2,3
Öğrencinin gelir durumu	Yetiyor	383	56,0
	Yetmiyor	301	44,0

Araştırmaya katılan öğrencilerin 72'sinin (%10,5) toplum içindeki ekonomik statüsünü yüksek veya çok yüksek bulduğu, 294'ünün (%43,0) toplum içindeki kültürel statüsünü yüksek veya çok yüksek bulduğu saptanmıştır.

Tablo 5: Katılımcıların ekonomik ve kültürel statü durumları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Toplum içindeki ekonomik statü	Çok düşük	15	2,2
	Düşük	111	16,2
	Orta	486	71,1
	Yüksek	69	10,1
	Çok yüksek	3	0,4
Toplum içindeki kültürel statü	Çok düşük	3	0,4
	Düşük	35	5,1
	Orta	352	51,5
	Yüksek	262	38,3
	Çok yüksek	32	4,7

Çalışmaya katılan öğrencilerin annelerinin 139'unun (%20,3) ve babalarının 228'inin (%33,3) üniversite mezunu olduğu; annelerin 43'ünün (%6,3) ve babaların 2'sinin (%0,3) okuryazar olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda okuma yazma bilmeyen ebeveynlerin oranının kadın cinsiyette daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 6: Katılımcıların anne-baba eğitim durumları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Anne öğrenim durumu	Okuryazar değil	43	6,3
	İlkokul	257	37,6
	Ortaokul	110	16,1
	Lise	135	19,7
	Üniversite	139	20,3
Baba öğrenim durumu	Okuryazar değil	2	0,3
	İlkokul	159	23,2
	Ortaokul	101	14,8
	Lise	194	28,4
	Üniversite	228	33,3

Çalışmaya katılan öğrencilerin 618'inin (%90,4) sağlık güvencesinin olduğu, 66'sının (%9,6) herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı saptanmıştır.

Tablo 7: Katılımcıların sağlık güvencesi olma durumları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Sağlık güvencesi	Var	618	90,4
	Yok	66	9,6

Çalışmaya katılan öğrencilerin 116'sının (%17,0) birinci derece yakınlarından en az birinin sağlık personeli olduğu saptanmıştır.

Tablo 8: Katılımcıların ailesinde sağlık personeli olma durumları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Ailede sağlık personeli olma durumu	Var	116	17,0
	Yok	568	83,0

4.2. SAĞLIK DURUMUYLA İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin VKİ ortalamaları $22,89 \pm 3,94$ (minimum 14,53, maksimum 49,51) olarak saptanmıştır. Öğrencilerin VKİ kategorileri değerlendirildiğinde 33'ünün (%4,8) obez, 131'inin (%19,2) fazla kilolu, 49'unun (%7,2) zayıf ve 469'unun (%68,8) normal kilolu olduğu saptanmıştır.

Tablo 9: Katılımcıların VKİ dağılımı

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	49	7,2
	Normal	469	68,8
	Fazla kilolu	131	19,2
	Obez	33	4,8

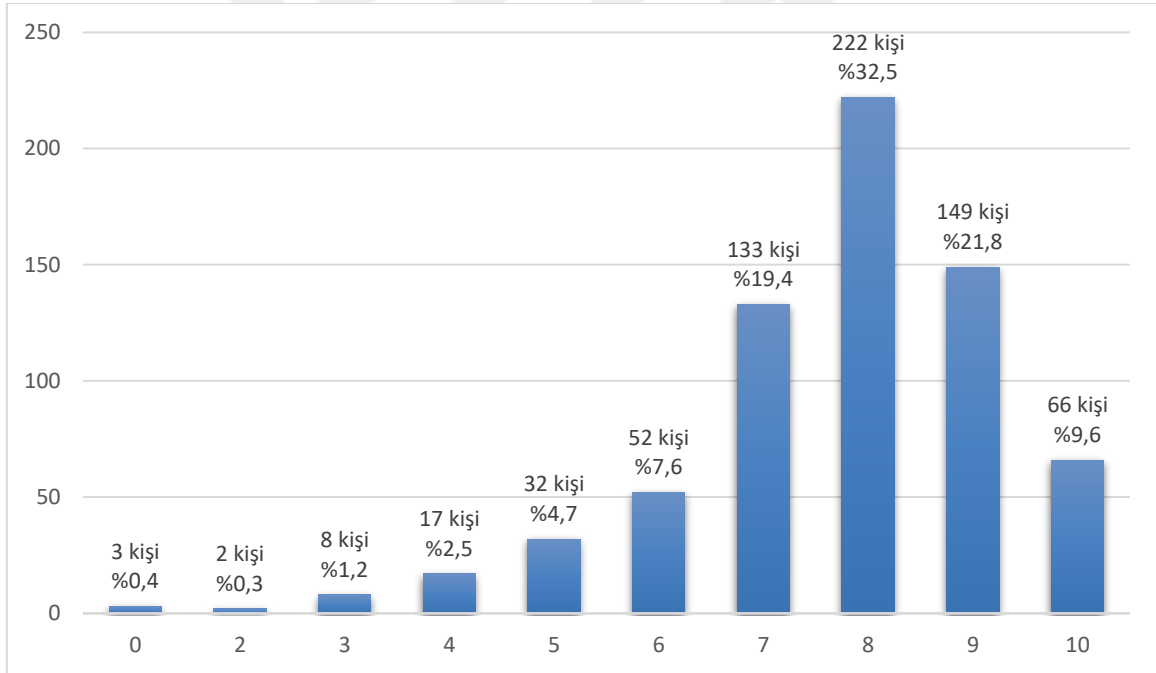
*Boy-kilo bilgilerini vermeyen 2 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin 144'ünün (%21,1) sigara kullandığı, 540'ının (%78,9) sigara kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo 10: Katılımcıların sigara kullanma durumları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Sigara kullanımı	Kullanmıyor	540	78,9
	Kullanıyor	144	21,1

Katılımcıların sağlık hissi ortalamasının 7,7 (minimum 0, maksimum 10) olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin “Sağlık durumunuza 0 (çok kötü) - 10 (çok iyi) olacak şekilde kaç puan verirsiniz?” sorusuna verdikleri yanıtları şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 4: Katılımcıların sağlık hissi dağılımları

Öğrencilerin 578'inin (%84,5) düzenli hastaneye başvurmasını veya ilaç kullanmasını gerektiren herhangi bir hastalığının olmadığı, 96'sının (%14) bir hastalığının olduğu, 10'unun (%1,5) ise birden fazla hastalığının olduğu ve bu hastalıkların da en çok alerjik-immünolojik hastalıklar ile psikiyatrik hastalıklar olduğu saptanmıştır. Araştırmaya

katılan öğrencilerin düzenli hastaneye başvurmasını veya ilaç kullanmasını gerektiren hastalıklarının dağılımı Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 11: Katılımcıların kronik hastalık durumları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Düzenli takip veya ilaç kullanımı gerektiren hastalık	Alerjik ve İmmünolojik Hastalıklar	24	3,5
	Psikiyatrik Hastalıklar	14	2,0
	Hematolojik Hastalıklar	11	1,6
	GİS Hastalıkları	8	1,2
	Nörolojik Hastalıklar	8	1,2
	Endokrinolojik Hastalıkları	6	0,9
	Jinekolojik Hastalıklar	6	0,9
	Dermatolojik Hastalıklar	5	0,7
	Romatizmal hastalıklar	5	0,7
	Kas İskelet Sistemi Hastalıkları	3	0,4
	Göz hastalıkları	1	0,15
Diğer ve çoklu hastalıklar	15	2,25	
Düzenli takip veya ilaç kullanımını gerektiren hastalık yok		578	84,5

Çalışmaya katılan öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgi kaynakları sorgulandığında sırasıyla en çok 481’inin (%70,3) sağlık personelinden, 467’sinin (%68,3) internetten, 307’sinin (%44,9) tıbbi literatür içeren bilimsel kaynaklardan bilgi edindiği saptanmıştır.

Tablo 12: Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarının dağılımı

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Sağlıkla ilgili bilgi	Sağlık personeli	481	70,3
	İnternet	467	68,3
	Tıbbi literatür içeren bilimsel kaynak	307	44,9

kaynakları	Yazılı kaynak (gazete, kitap, dergi)	224	32,8
	Aile üyeleri	210	30,7
	Arkadaş çevresi	134	19,6
	Televizyon, radyo	49	7,2

*Birden fazla seçenek işaretlenebilen bir sorudur.

Çalışmaya katılan öğrencilerin herhangi bir sağlık problemi varlığında ilk başvurdukları sağlık merkezleri incelendiğinde; sırasıyla en çok 221'inin (%32,3) aile hekimliğine, 215'inin (%31,4) devlet hastanesine, 102'sinin (%14,9) acil servise başvurduğu saptanmıştır.

Tablo 13: Katılımcıların sağlık problemi varlığında ilk başvurdukları sağlık merkezlerinin dağılımı

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Sağlık probleminde ilk başvuru merkezi	Aile hekimliği	221	32,3
	Devlet hastanesi	215	31,4
	Acil servis	102	14,9
	Üniversite hastanesi	62	9,1
	Özel hastane	43	6,3
	Eğitim ve araşt. hast.	41	6,0

Çalışmaya katılan öğrencilerin son bir yıldaki acil servis başvurularına bakıldığında; ortalama $1,67 \pm 2,77$ (minimum 0, maksimum 35) başvuru olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin 277'sinin (%40,5) son bir yıl içinde acil servise hiç başvurmadığı, 144'ünün (%21,1) bir kez başvurduğu, 263'ünün (%38,4) tekrarlayan başvurularının olduğu saptanmıştır. Katılımcıların son bir yıldaki acil servise başvuru sayısı dağılımı Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 14: Katılımcıların son bir yıl içindeki acil servis başvuru sayıları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Son bir yıl içindeki acil servis başvuru sayısı	Hiç başvurmamış	277	40,5
	Bir kez başvuru	144	21,1
	İki kez başvuru	107	15,6
	Üç kez başvuru	68	9,9

	Dört kez başvuru	25	3,7
	Beş kez başvuru	36	5,3
	Altı ve üzeri başvuru	27	3,9

Çalışmaya katılan öğrencilerin son bir yıldaki acil servise başvuru sonrası yatarak tedavi alma sayısı ortalamasının $0,285 \pm 1,03$ (minimum 0, maksimum 15) olduğu saptanmıştır. Son bir yılda acil servise başvuru durumları sorgulandığında; her 100 katılımcıdan 60'ının acil servise bir veya daha fazla sayıda başvurduğu, bunların ancak 16'sının yatarak tedavi aldığı gözlenmiştir. Katılımcıların son bir yıl içindeki acil servise başvuru sonrası yatarak tedavi alma sayılarının dağılımı Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 15: Katılımcıların acil servise başvuru sonrası yatarak tedavi alma sayıları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Son bir yıl içindeki acil servise başvuru sonrası yatarak tedavi alma sayısı	Hiç yatarak tedavi almamış	571	83,5
	Bir kez	79	11,5
	İki kez	19	2,8
	Üç kez	7	1,0
	Dört ve üzeri kez	8	1,1

4.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR 47) ortalama puanı $2,85 \pm 0,47$ (minimum 1, maksimum 4), indeks puanı $30,89 \pm 7,98$ (minimum 0, maksimum 50) olarak saptanmıştır. Kategorilendirilmiş sağlık okuryazarlık düzeyleri açısından incelendiğinde; bu puan sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisine karşılık gelmektedir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR 47) indeks puan formülü ile hesaplanan sağlık okuryazarlığı kategorisinde; 145'inin (%21,2) yetersiz sağlık okuryazarlığı, 307'sinin (%44,9)

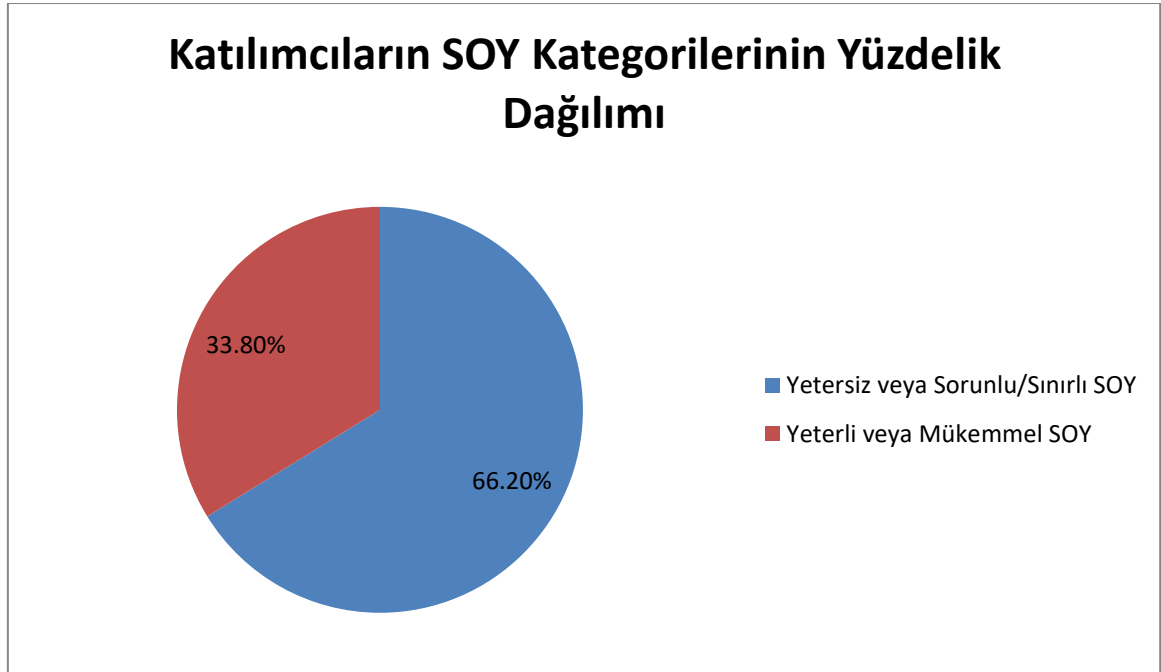
sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı, 163'ünün (%23,8) yeterli sağlık okuryazarlığı, 68'inin (%9,9) mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 16: Katılımcıların SOY düzeylerinin dağılımı

	n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Yetersiz SOY	145	21,2
Sorunlu-Sınırlı SOY	307	44,9
Yeterli SOY	163	23,8
Mükemmel SOY	68	9,9
Toplam	683	100,0

*1 kişi tüm sorulara "bilmiyorum" yanıtı verdiğinden değerlendirmeye dâhil edilmemiştir.

Katılımcıların 231'inin (%33,8) sağlık okuryazarlığı düzeyleri yeterli veya mükemmel iken; büyük çoğunluğu olarak 452'sinin (%66,2) sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz veya sorunlu-sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Her 3 üniversite öğrencisinden 2'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz veya sorunlu-sınırlıdır.



şekil 5: Katılımcıların SOY kategorilerinin yüzdelik dağılımı

Katılımcıların alt boyutlarına göre sağlık okuryazarlığı indeks puanlarına bakıldığında; “Tedavi ve Hizmet Boyutu”nun indeks puanı 32,01, “Hastalıklardan Korunma Boyutu”nun indeks puanı 30,38 ve “Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu”nun indeks puanı ortalaması 30,37 olarak bulunmuştur. Diğer yandan bu üç boyutun ölçek puanları ortalamasına bakıldığında; sırasıyla 2,92, 2,82 ve 2,82 olarak saptanmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığının tedavi ve hizmet boyutunda diğer boyutlara kıyasla daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Tablo 17: Katılımcıların alt boyutlarına göre ASOY-TR 47 ölçek puanı ve indeks puanı ortalamaları

		Ölçek puanı ortalaması	İndeks puanı ortalaması
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR 47) - Genel Toplam		2,85	30,89
TEDAVİ HİZMET	Toplam	2,92	32,01
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	2,89	30,93
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	2,98	33,08
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	2,64	27,45
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	3,15	35,93
HASTALIKLARDAN KORUNMA	Toplam	2,82	30,38
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	2,88	31,41
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	3,17	36,20
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	2,70	28,38
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	2,57	26,18
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ	Toplam	2,82	30,37
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	2,78	29,79
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	2,84	30,70
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	2,92	32,14
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	2,75	29,20

Katılımcıların ASOY-TR 47 Ölçeğine verdiği yanıtlar soru bazlı incelendiğinde; “Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek” sorusuna %22,7

oranında “çok zor” ve %35 oranında “zor”, “Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek” sorusuna %17 oranında “çok zor” ve %34,6 oranında “zor”, “Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek” sorusuna %16,5 oranında “çok zor” ve %37 oranında “zor” yanıtı verildiği görülmüştür. Buradan hareketle öğrencilerin en çok medyadaki sağlık bilgisini değerlendirme ve kullanma konusunda zorlandığı söylenebilir. Katılan öğrencilerin en çok “bilmiyorum” yanıtı verdiği sorular ise; “Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek”, “Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak” ve “İş yerinde sağlığını geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak” soruları olup, öğrencilerin bu konularda daha fazla fikir sahibi olmaları sağlanmalıdır.

Tablo 18: Katılımcıların ASOY-TR 47 Ölçeğine verdiği yanıtların soru bazlı yüzdeler dağılımı

			Bilmiyorum	Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay
TEDAVİ VE HİZMET	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	1.Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak	2,8	2,3	17,0	62,4	15,5
		2.Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgi bulmak	2,9	3,4	24,9	58,2	10,7
		3.Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak	2,8	3,9	27,9	52,8	12,6
		4.Hastalandığınız zaman profesyonel yardımı nereden alacağınızı bulmak	1,5	2,3	12,9	56,4	26,9
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	5.Doktorunuzun size ne dediğini anlamak	2,5	2,5	18,1	53,8	23,1
		6.İlacınızın prospektüsünü anlamak	2,3	4,2	17,8	50,7	24,9
		7.Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak	2,5	3,8	31,0	51,5	11,3
		8.Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatlarını anlamak	1,5	1,6	9,1	52,8	35,1
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	9.Doktordan aldığınız bilginin size ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek	3,7	3,1	23,8	52,2	17,3
		10.Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	3,7	4,8	30,8	46,8	13,9
		11.Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	4,5	3,8	33,6	43	15,1
		12. Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin	3,2	22,7	35,1	27,3	11,7

		güvenilirliğine karar vermek						
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	13.Hastalığınızla ilgili karar verirken doktorun verdiği bilgiyi kullanmak	2,5	2	9,2	63,6	22,7	
		14.İlaç tedavisinde talimatları takip etmek	2	1,2	8,9	59,6	28,2	
		15.Acil bir durumda ambulans çağırmak	5	3,1	12,6	49,6	29,8	
		16.Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek	2,3	1,6	7,2	58,3	30,6	
HASTALIKLARDAN KORUNMA	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	17.Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak	4,4	2,8	13,5	49,4	30	
		18.Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgiyi bulmak	2,3	12,3	30,8	39,2	15,4	
		19.Olmanız gereken aşılar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak	3,7	3,5	24,4	49,3	19,2	
		20. Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol gibi durumları önleme veya başa çıkma ile ilgili bilgi bulmak	3,8	2,6	19,6	53,1	20,9	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	21.Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak	3,5	1,6	9,8	54,5	30,6	
		22.Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	3,5	2	12,7	50,9	30,8	
		23.Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	2,9	1,8	9,5	55	30,8	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	24.Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi konularla ilgili sağlık uyarılarının ne kadar güvenilir olduğuna karar vermek	5	2,8	14	52,2	26	
		25.Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek	4,2	5,6	29,5	43,6	17,1	
		26.Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğuna karar vermek	4,7	6,9	37,3	34,8	16,4	
		27.Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek	4,8	7,2	36,3	36,5	15,2	
		28.Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek	3,2	17	34,6	30	15,2	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	29.Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek	6,6	6,3	33,9	39,2	14	
		30.Aileniz ve arkadaşlarınızın tavsiyelerine dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağımıza karar vermek	3,9	7,9	30,3	44	13,9	
		31.Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağımıza karar	3,1	16,5	37	32	11,4	

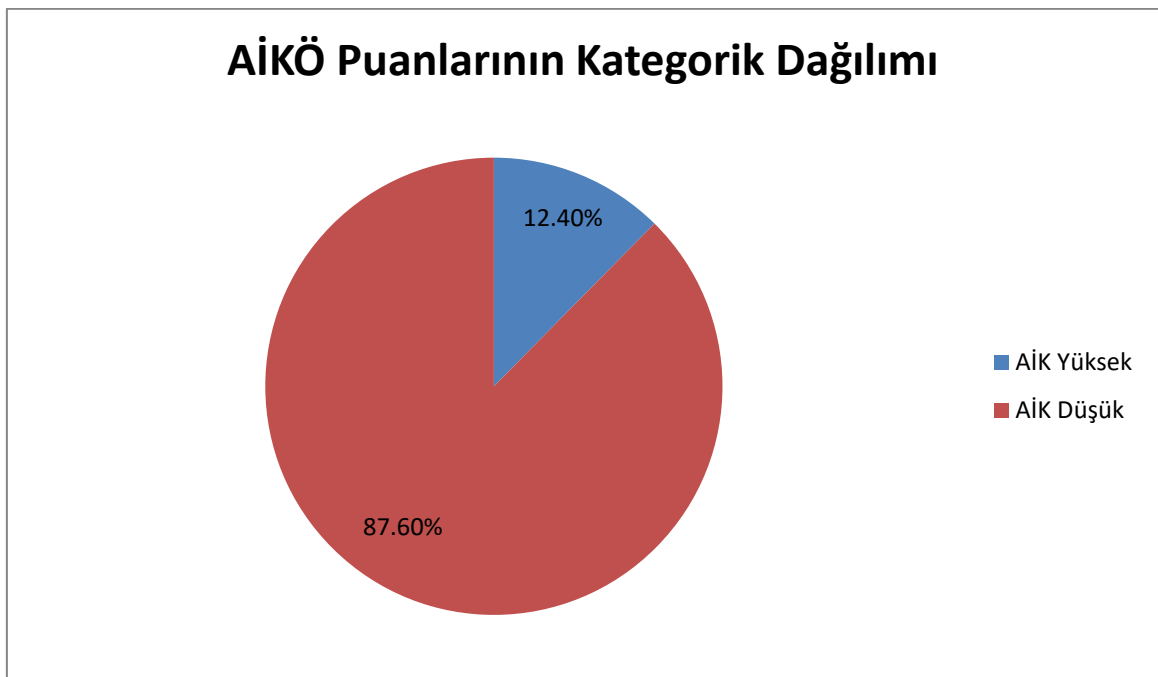
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ		vermek					
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	32.Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak	3,9	2,2	12,1	54,5	27,2
		33.Ruh sağlığımız için iyi olan aktiviteleri bulmak	3,7	7,6	25,3	45,6	17,8
		34.Yaşadığınız çevrenin nasıl daha sağlık dostu bir yer haline gelebileceği hakkında bilgi bulmak	3,7	6,1	23,2	48,1	18,9
		35.Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak	7,9	9,8	33,6	36,1	12,6
		36.İş yerinde sağlığınızı geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak	7,6	8,9	30	41,2	12,3
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	37.Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	3,2	2,6	15,9	55,7	22,5
		38.Gıda ambalajlarındaki bilgiyi anlamak	2,8	7,5	22,2	46,1	21,5
		39.Nasıl daha sağlıklı olunacağı ile ilgili medyadaki bilgiyi anlamak	3,9	6,3	21,6	48,7	19,4
		40.Akıl sağlığınızı nasıl koruyacağınızla ilgili bilgiyi anlamak	3,2	11,7	25,3	42,4	17,4
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	41.Yaşantınızın sağlığınızı ve iyilik halinizi nasıl etkilediğine karar vermek	3,7	4,8	19,3	50,7	21,5
		42.Konut koşullarının sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğuna karar vermek	4,7	5	18,7	51,9	19,7
		43.Gündelik davranışlarınızdan hangisinin sağlığınızla ilgili olduğuna karar vermek	4,4	3,7	18,1	52,8	21,1
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	44.Sağlığınızı geliştirmek için kararlar almak	2,8	5,3	25,6	47,2	19,2
		45.İstedığınız zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak	2,3	10,8	27,6	40,5	18,7
		46.Sağlığınızı ve iyilik halinizi etkileyen yaşam koşullarınızı kontrol etmek	2	6,9	27,9	46,2	17,0
		47.Sosyal çevrenizde sağlık ve iyilik halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak	3,4	7,9	26,8	46,2	15,8

4.4. AKILCI İLAÇ KULLANIMI DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) ortalama puanı 38,21±3,95 (minimum 19, maksimum 42) ve ortanca değeri 39,0 olarak saptanmıştır. AİKÖ puanı arttıkça bireylerin sahip olduğu akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri de artmaktadır. Çalışmaya katılan 684 öğrenciden 293'ü (%42,8), bu çalışmanın ortalama

puanı olan 38,21'in altında puan almıştır. Katılımcıların %17,9'u (123 kişi) tüm sorulara doğru yanıt vererek tam puan almıştır.

Ölçek geliştirme çalışmasında belirlenen kesim değeri olan 34 puanına göre dağılım yapıldığında; 34 puan ve altı alanların akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olmadığı, 35 puan ve üzeri alanların akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu kabul edilmektedir. Çalışmamızda 599 (%87,6) öğrencinin akılcı ilaç kullanım seviyesinin yüksek, 34 puan ve altı alan 85 (%12,4) öğrencinin ise akılcı ilaç kullanım seviyesinin düşük olduğu saptanmıştır.



Şekil 6: Katılımcıların AİKÖ puanlarının kategorik dağılımı

Katılımcıların AİKÖ'ne verdiği yanıtlar soru bazlı incelendiğinde; en çok doğru yanıtlanan önermelerin; %98 doğru yanıtlanma oranı ile “İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir”, %97,5 doğru yanıtlanma oranı ile “İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız” ve “Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz” önermeleri olduğu görülmüştür. Diğer yandan en çok yanlış yanıt verilen önermelerin ise; %36,1 yanlış yanıtlanma oranıyla “Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir”, %13,7 yanlış yanıtlanma oranıyla “Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz” ve %12,7 yanlış yanıtlanma oranıyla “İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir” önermeleri olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların en çok “bilmiyorum” yanıtı verdiği önermelerin, en çok yanlış yanıtlanan önermelerle paralel olduğu gözlenmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği yanıtlarının dağılımı Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 19: Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği yanıtlarının dağılımı

	Yanlış n(%)	Bilmiyorum n(%)	Doğru n(%)
[1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.]	54(7,9)	31(4,5)	599(87,6)
[2. Benzer şikayetleri olan yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.]*	610(89,2)	21(3,1)	53(7,7)
[3. Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.]	12(1,8)	9(1,3)	663(96,9)
[4. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.]	10(1,5)	4(0,6)	670(98)
[5. Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.]*	654(95,6)	16(2,3)	14(2)
[6. İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.]*	610(89,2)	29(4,2)	45(6,6)
[7. İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.]	87(12,7)	94(13,7)	503(73,5)
[8. İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.]	61(8,9)	22(3,2)	601(87,9)
[9. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.]*	308(45)	129(18,9)	247(36,1)
[10. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.]*	582(85,1)	64(9,4)	38(5,6)
[11. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.]	11(1,6)	6(0,9)	667(97,5)
[12. Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.]	11(1,6)	6(0,9)	667(97,5)
[13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.]*	518(75,7)	72(10,5)	94(13,7)
[14. İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.]	40(5,8)	27(3,9)	617(90,2)
[15. Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.]*	658(96,2)	11(1,6)	15(2,2)
[16. Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.]*	599(87,6)	62(9,1)	23(3,4)
[17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.]*	651(95,2)	16(2,3)	17(2,5)

[18.Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.]	20(2,9)	24(3,5)	640(93,6)
[19.Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.]*	622(90,9)	41(6)	21(3,1)
[20.Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.]*	648(94,7)	24(3,5)	12(1,8)
[21.Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.]	33(4,8)	47(6,9)	604(88,3)

*Ters önermedir.

4.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN VE AKILCI İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARININ BİRBİRİYLE VE DİĞER VERİLERLE OLAN İLİŞKİLERİ

Araştırmaya katılan öğrencilerin ASOY-TR 47 puanları ile sağlık hisleri ($p<0,01$, $r=0,133$), ekonomik ($p<0,01$, $r=0,117$) ve kültürel ($p<0,01$, $r=0,140$) statüleri, AİKÖ puanları ($p<0,01$, $r=0,191$) ve yaşları ($p=0,027$, $r=0,074$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, çok zayıf ilişki saptanmıştır.

Katılımcıların AİKÖ puanları ile sağlık hisleri ($p=0,014$, $r=0,084$), ekonomik ($p<0,01$, $r=0,114$) ve kültürel statüleri ($p<0,01$, $r=0,090$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, çok zayıf ilişki varken; son bir yıldaki acil servise başvuru sayılarıyla ($p<0,01$, $r=-0,160$) negatif yönde, çok zayıf ilişki saptanmıştır.

Katılımcıların anne ve baba öğrenim durumları ($p<0,01$, $r=0,616$) arasında anlamlı düzeyde, pozitif yönde, yüksek korelasyon bulunduğu gözlenmiştir. Katılımcıların ekonomik ve kültürel statüleri ($p<0,001$, $r=0,250$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf ve pozitif yönde korelasyon tespit edilmiştir. Katılımcıların ekonomik statüleri ile anne öğrenim durumları ($p<0,01$, $r=0,278$) ve baba öğrenim durumları ($p<0,01$, $r=0,208$) arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf ve pozitif yönde korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan öğrencilerin son bir yıldaki acil servise başvuru sayıları ile sağlık hisleri ($p<0,01$, $r=-0,228$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf ve negatif yönde korelasyon saptanmıştır.

Diğer veriler arasında korelasyon saptanmamıştır.

Tablo 20: Korelasyon tablosu

	Yaş	VKİ	Acil başvurusu	Sağlık hissi	Kitap okuma	ASOY-TR puanı	AİKÖ puanı	Ekonomik statü	Kültürel statü	Anne öğrenim durumu
VKİ	$r=0,068$									
	$p=0,039$									

Acil başvurusu	r=0,010	r=0,005							
	p=0,401	p=0,444							
Sağlık hissi	r=-0,039	r=-0,019	r=-0,228*						
	p=0,156	p=0,307	p<0,01						
Kitap okuma	r=0,013	r=-0,010	r=0,001	r=0,005					
	p=0,369	p=0,394	p=0,489	p=0,444					
ASOY-TR puanı	r=0,074	r=0,006	r=-0,050	r=0,133	r=0,059				
	p=0,027	p=0,441	p=0,094	p<0,01	p=0,061				
AİKÖ puanı	r=0,027	r=-0,032	r=-0,160	r=0,084	r=0,048	r=0,191			
	p=0,240	p=0,203	p<0,01	p=0,014	p=0,105	p<0,01			
Ekonomik statü	r=-0,078	r=-0,033	r=-0,044	r=0,156	r=0,057	r=0,117	r=0,114		
	p=0,020	p=0,192	p=0,127	p<0,01	p=0,070	p<0,01	p<0,01		
Kültürel statü	r=0,071	r=-0,002	r=0,022	r=0,047	r=0,124	r=0,140	r=0,090	r=0,250*	
	p=0,031	p=0,478	p=0,285	p=0,109	p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01	
Anne öğrenim durumu	r=-0,078	r=-0,007	r=-0,040	r=0,075	r=-0,019	r=0,051	r=0,027	r=0,278*	r=0,140
	p=0,020	p=0,426	p=0,151	p=0,025	p=0,313	p=0,093	p=0,239	p<0,01	p<0,01
Baba öğrenim durumu	r=-0,033	r=-0,007	r=-0,020	r=0,005	r=-0,033	r=0,013	r=0,016	r=0,208*	r=0,067
	p=0,197	p=0,427	p=0,305	p=0,449	p=0,195	p=0,366	p=0,342	p<0,01	p=0,041
								r=0,616**	p<0,01

*Zayıf korelasyon

**Yüksek korelasyon

Çalışmaya katılan öğrencilerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları ile yaş, cinsiyet, gelir durumu, sigara kullanma durumu, ailede sağlık personeli olma durumu, bölüm, kitap okuma, acil servise başvuru sayısı ve kronik hastalık olma durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır. Katılımcıların ASOY-TR 47 Ölçeği puanları ile herhangi bir sağlık problemi varlığında ilk başvuru merkezi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Yapılan post hoc testinde ilk başvuru merkezi eğitim araştırma hastanesi olan öğrencilerin, diğer katılımcılardan daha düşük ASOY-TR 47 Ölçeği puanı aldığı saptanırken; ilk başvuru merkezi aile hekimliği ve üniversite hastanesi olan öğrencilerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları ile toplum içindeki ekonomik statüleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,003). Yapılan post hoc testinde ekonomik statüleri yüksek olanların diğer katılımcılara göre ASOY-TR 47 Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları ile toplum içindeki kültürel statüleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,004). Yapılan post hoc testinde kültürel statüleri çok

yüksek olanların diğer katılımcılara göre ASOY-TR 47 Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin AİKÖ puanları ile cinsiyet, gelir, ailede sağlık personeli olma durumu, okuduğu bölüm, acil servise başvuru sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,044$, $p<0,001$, $p<0,001$). Kadınların, geliri yetenlerin, ailesinde sağlık personeli olanların, tıp ve sağlık bilimleri fakültelerinde okuyanların ve son bir yılda acil servise beşten az başvuranların AİKÖ puanları daha yüksek saptanmıştır. AİKÖ puanının diğer verilerle arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Tablo 21: Katılımcıların ASOY-TR 47 Ölçeği puanları ve AİKÖ puanları ile sosyodemografik verilerinin ilişkisi

		ASOY-TR 47 Ölçeği Puanı			AİKÖ Puanı		
		Ort. ±ss.	Medyan	p	Ort. ±ss.	Medyan	p
Cinsiyet	Kadın	31,45±7,65	31.44	0,107	38,8±3,2	40,0	<0,001
	Erkek	30,3±8,29	30.19		37,6±4,5	39,0	
Gelir	Yetmiyor	30,49±8,37	30.50	0,310	37,6±4,3	39,0	<0,001
	Yetiyor	31,22±7,65	31.21		38,7±3,6	40,0	
Ekonomik statü	Çok düşük	29,1±7,09	31.85	0,003	30,73±8,44	31.56	0,108
	Düşük	30,03±8,34	29.79		29,84±7,69	31.91	
	Orta	30,66±7,84	30.50		30,02±7,95	31.91	
	Yüksek	34,42±7,57	32.62		27,98±8,6	30.50	
	Çok yüksek	29,07±13,47	32.62		27,98±8,6	20.57	
Kültürel statü	Çok düşük	24,64±8,51	26.83	0,004	27,33±5,69	29.00	0,220
	Düşük	28,66±8,21	29.08		31,31±1,64	31.00	
	Orta	30,03±7,49	30.50		30,91±1,57	31.00	
	Yüksek	31,94±8,23	31.91		30,94±1,59	31.00	
	Çok yüksek	35,00±8,64	33.54		31,56±2,9	31.00	
Sigara	Kullanmıyor	31,02±7,84	30.85	0,660	38,4±3,7	39,0	0,131
	Kullanıyor	30,45±8,51	31.03		37,5±4,9	38,5	
Ailede sağlık personeli	Var	31,09±8,86	31.85	0,505	38,7±4,0	40,0	0,044
	Yok	30,86±7,79	30.77		38,1±3,9	39,0	
İlk başvuru sağlık merkezi	Acil servis	29,46±7,25	30.14	0,001	37,9±4,1	39,0	0,336
	Aile hekimliği	31,85±7,64	31.56		38,7±3,1	40,0	
	Devlet hast.	30,28±8,21	30.23		38,0±4,1	39,0	

	Eğitim araşt. hastanesi	27,87±8,52	29.08		38,1±3,0	38.0	
	Özel hastane	31,11±6,84	30.50		37,9±5,1	40.0	
	Üniversite hast.	33,86±8,71	33.16		37,9±5,3	40.0	
Yaş	<24 yaş	30,77±7,91	30.85	0,192	38,2±3,85	39.00	0,325
	24 yaş ve üzeri	32,2±8,56	31.38		38,0±4,91	40,00	
Bölüm	Tıp dışı	30,39±7,84	30.50	0,070	37,4±4,28	38.00	<0,001
	Tıp ve Sağlık Bil. Fak.	31,89±8,17	31.21		39,5±2,96	40.00	
Kronik hastalık	Yok	31,0±7,86	31.21	0,256	38,2±3,89	39.00	0,867
	Var	30,33±8,66	29.61		38,2±4,31	39.00	
Kitap okuma	<30 dk	30,56±7,93	30.50	0,258	38±4,15	39.00	0,502
	30 dk ve üzeri	31,12±8,01	31.21		38,3±3,82	39.00	
Acil servise başvuru sayısı	<5	31,07±7,91	31.21	0,056	38,3±3,85	39.00	<0,001
	5 ve üzeri	29,14±8,51	28.90		36,9±4,71	38.00	

Çalışmaya katılan öğrencilerin ASOY-TR 47 Ölçeği kategorileri (yetersiz-sorunlu/sınırlı- yeterli- mükemmel) ile kültürel statüleri, bölümleri ve sağlık problemi varlığında ilk başvurdukları sağlık merkezleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,020, p=0,012, p=0,007). Çok yüksek kültürel statüleri olanların, mükemmel sağlık okuryazarlığı oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakülteleri'nde okuyanların daha yüksek oranda mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Herhangi bir sağlık problemi varlığında üniversite hastanesine başvuranların daha yüksek oranda mükemmel SOY düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların SOY kategorileriyle diğer veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 22: Katılımcıların SOY kategorileriyle sosyodemografik verilerinin ilişkisi

		Yetersiz SOY	Sorunlu/Sınırlı SOY	Yeterli SOY	Mükemmel SOY	p
Cinsiyet	Kadın	69(19,44)	165(46,48)	84(23,66)	37(10,42)	0,642
	Erkek	76(23,17)	142(43,29)	79(24,09)	31(9,45)	
Gelir	Yetmiyor	70(23,26)	130(43,19)	69(22,92)	32(10,63)	0,604
	Yetiyor	75(19,63)	177(46,34)	94(24,61)	36(9,42)	
Ekonomik statü	Çok düşük	4(26,67)	4(26,67)	7(46,67)	0(0)	0,065

	Düşük	26(23,42)	52(46,85)	21(18,92)	12(10,81)	
	Orta	106(21,86)	221(45,57)	114(23,51)	44(9,07)	
	Yüksek	8(11,59)	29(42,03)	20(28,99)	12(17,39)	
	Çok yüksek	1(33,33)	1(33,33)	1(33,33)	0(0)	
Kültürel statü	Çok düşük	1(33,33)	2(66,67)	0(0)	0(0)	0,020
	Düşük	9(25,71)	17(48,57)	7(20)	2(5,71)	
	Orta	76(21,59)	171(48,58)	83(23,58)	22(6,25)	
	Yüksek	56(21,46)	105(40,23)	64(24,52)	36(13,79)	
	Çok yüksek	3(9,38)	12(37,5)	9(28,13)	8(25)	
Sigara	Kullanmıyor	113(20,96)	242(44,9)	130(24,12)	54(10,02)	0,983
	Kullanıyor	32(22,22)	65(45,14)	33(22,92)	14(9,72)	
Ailede sağlık personeli	Var	25(21,55)	48(41,38)	30(25,86)	13(11,21)	0,837
	Yok	120(21,16)	259(45,68)	133(23,46)	55(9,7)	
İlk başvuru sağlık merkezi	Acil servis	28(27,45)	51(50)	17(16,67)	6(5,88)	0,007
	Aile hekimliği	36(16,36)	102(46,36)	56(25,45)	26(11,82)	
	Devlet hast.	53(24,65)	86(40)	58(26,98)	18(8,37)	
	Eğitim araşt. hast.	12(29,27)	22(53,66)	5(12,2)	2(4,88)	
	Özel hastane	8(18,6)	23(53,49)	9(20,93)	3(6,98)	
	Üniversite hast.	8(12,9)	23(37,1)	18(29,03)	13(20,97)	
Yaş	<24 yaş	136(21,9)	279(44,93)	148(23,83)	58(9,34)	0,255
	24 yaş ve üzeri	9(14,52)	28(45,16)	15(24,19)	10(16,13)	
Bölüm	Tıp dışı	103(22,74)	201(44,37)	115(25,39)	34(7,51)	0,012
	Tıp ve Sağlık Bil. Fak.	42(18,26)	106(46,09)	48(20,87)	34(14,78)	
Kronik hastalık	Yok	120(20,87)	259(45,04)	141(24,52)	55(9,57)	0,613
	Var	25(23,58)	47(44,34)	21(19,81)	13(12,26)	
Kitap okuma	<30 dk	61(22,26)	128(46,72)	55(20,07)	30(10,95)	0,289
	30 dk ve üzeri	84(20,54)	179(43,77)	108(26,41)	38(9,29)	
Acil servise başvuru sayısı	<5	128(20,61)	277(44,61)	152(24,48)	64(10,31)	0,345
	5 ve üstü	17(27,42)	30(48,39)	11(17,74)	4(6,45)	

Öğrencilerin AİKÖ puanı ile sigara arasında anlamlı bir ilişki saptanamamışken; AİKÖ kategorileri ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,014$). Sigara kullanmayan katılımcıların AİKÖ kategorisi yüksek olma oranı yüksek saptanmıştır. Katılımcıların AİKÖ kategorileri ile ekonomik ve kültürel

statüleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,004$, $p=0,011$). Ekonomik ve kültürel statüsü yüksek ve çok yüksek olanların AİKÖ kategorisi yüksek olma oranı daha yüksek saptanmıştır. AİKÖ kategorileri ile bölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakülteleri'nde okuyan katılımcıların AİKÖ kategorisi yüksek olma oranı yüksek saptanmıştır. AİKÖ kategorileri ile günlük kitap okuma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,037$). Günlük 30 dakikanın üstünde kitap okuyan katılımcıların AİKÖ kategorisi yüksek olma oranı yüksek saptanmıştır. Öğrencilerin AİKÖ kategorileri ile diğer veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Tablo 23: Katılımcıların AİKÖ kategorileriyle sosyodemografik verilerinin ilişkisi

		AİKÖ düşük	AİKÖ yüksek	p
Cinsiyet	Kadın	30(8,5)	325(91,5)	0,221
	Erkek	55(16,7)	274(83,3)	
Gelir	Yetmiyor	46(15,3)	255(84,7)	0,317
	Yetiyor	39(10,2)	344(89,8)	
Ekonomik statü	Çok düşük	3(20)	12(80)	0,004
	Düşük	21(18,9)	90(81,1)	
	Orta	53(10,9)	433(89,1)	
	Yüksek	6(8,7)	63(91,3)	
	Çok yüksek	2(66,6)	1(33,3)	
Kültürel statü	Çok düşük	2(66,6)	1(33,3)	0,011
	Düşük	6(17,1)	29(82,8)	
	Orta	44(12,5)	308(87,5)	
	Yüksek	26(9,9)	236(90,1)	
	Çok yüksek	7(21,8)	25(78,1)	
Sigara	Kullanmıyor	65(12)	475(88,0)	0,014
	Kullanıyor	20(13,9)	124(86,1)	
Ailede sağlık personeli	Var	12(10,3)	104(89,7)	0,072
	Yok	73(12,9)	495(87,1)	
İlk başvuru yapılan sağlık merkezi	Acil servis	15(14,7)	87(85,3)	0,064
	Aile hekimliği	21(9,5)	200(90,5)	
	Devlet hastanesi	28(13)	187(87)	
	Eğitim araşt. hast.	4(9,8)	37(90,2)	
	Özel hastane	7(16,3)	36(83,7)	

	Üniversite hast.	10(16,1)	52(83,9)	
Yaş	<24 yaş	73(11,76)	548(88,24)	0,127
	24 yaş ve üzeri	12(19,35)	50(80,65)	
Bölüm	Tıp dışı	76(16,78)	377(83,22)	<0,001
	Tıp ve Sağlık Bil. Fak.	9(3,91)	221(96,09)	
Kronik hastalık	Yok	68(11,83)	507(88,17)	0,347
	Var	16(15,09)	90(84,91)	
Kitap okuma	<30 dk	43(15,69)	231(84,31)	0,037
	30 dk ve üzeri	42(10,27)	367(89,73)	
Acil servise başvuru sayısı	<5	73(11,76)	548(88,24)	0,127
	5 ve üzeri	12(19,35)	50(80,65)	

4.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARIYLA İLİŞKİSİNE AİT BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin “*Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir*” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,034$). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “doğru” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “*Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler*” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,033$). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “doğru” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “*Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur*” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,017$). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “doğru” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha düşük saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “*İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir*” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,014$). Yapılan

post hoc testinde bu önermeye “yanlış” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “bilmiyorum” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha düşük saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,030$). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “doğru” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,005$). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “yanlış” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha düşük saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,027$). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “yanlış” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,007$). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “doğru” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “doğru” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha düşük saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “*Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır*” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,032). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “doğru” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha düşük saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “*İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir*” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “doğru” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha düşük saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “*Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar*” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,002). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “doğru” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “*Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir*” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “doğru” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha düşük saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin “*Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir*” önermesine verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Yapılan post hoc testinde bu önermeye “doğru” seçeneğini işaretleyerek cevap verenlerin ASOY-TR 47 Ölçeği puanları diğerlerine göre daha düşük saptanmıştır.

Katılımcıların AİK Ölçeğindeki diğer sorulara verdiği yanıtlar ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 24: Katılımcıların ASOY-TR 47 Ölçeği puanları ile AİKÖ yanıtlarının ilişkisi

		Mean	Median	p
1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.	Yanlış	29,58±6,13	30.32	0,034
	Bilmiyorum	28,11±8,12	26.83	

	Doğru	31,16±8,09	31.21	
2.Benzer Şikayetleri olan yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.*	Doğru	28,9±6,85	30.14	0,175
	Bilmiyorum	29,19±7,49	27.17	
	Yanlış	31,13±8,07	31.11	
3.Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.	Yanlış	25,7±6,53	26.71	0,033
	Bilmiyorum	28,78±6,62	28.03	
	Doğru	31,02±7,99	31.14	
4.İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.	Yanlış	24,55±9,73	22.52	0,082
	Bilmiyorum	32,79±8,45	30.67	
	Doğru	30,98±7,92	31.01	
5.Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.*	Doğru	23,81±10,97	25.17	0,017
	Bilmiyorum	31,17±9,34	32.04	
	Yanlış	31,04±7,82	31.11	
6.İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.*	Doğru	27,65±9,01	29.08	0,014
	Bilmiyorum	28,99±6,18	29.35	
	Yanlış	31,23±7,92	31.21	
7.İlaçların a veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.	Yanlış	31,36±9,08	31.56	0,001
	Bilmiyorum	28,3±6,91	27.96	
	Doğru	31,3±7,89	31.48	
8.İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.	Yanlış	28,86±8,71	30.14	0,030
	Bilmiyorum	28,46±8,73	27.60	
	Doğru	31,19±7,84	31.21	
9.Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.*	Doğru	30,46±7,97	31.21	0,096
	Bilmiyorum	29,63±7,18	30.43	
	Yanlış	31,78±8,23	31.21	
10.Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.*	Doğru	29,12±9,57	30.14	0,370
	Bilmiyorum	29,61±8,21	30.50	
	Yanlış	31,15±7,83	31.11	
11.İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.	Yanlış	26,78±8,48	27.30	0,221
	Bilmiyorum	27,71±11,57	28.60	
	Doğru	30,99±7,93	31.06	
12.Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.	Yanlış	21,21±8,95	20.21	0,005
	Bilmiyorum	31,88±7,37	31.91	
	Doğru	31,05±7,88	31.11	
13.Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.*	Doğru	29,77±9,52	30.14	0,027
	Bilmiyorum	29,07±7,08	28.62	
	Yanlış	31,36±7,75	31.56	

14.İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.	Yanlış	27,6±8,66	28.15	0,007
	Bilmiyorum	28,54±6,35	28.62	
	Doğru	31,21±7,94	31.21	
15.Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.*	Doğru	20,92±9,62	18.79	0,001
	Bilmiyorum	35,15±8,44	33.33	
	Yanlış	31,05±7,78	31.16	
16.Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.*	Doğru	26,26±8,98	30.14	0,032
	Bilmiyorum	29,29±8,6	29.93	
	Yanlış	31,24±7,81	31.21	
17.İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.*	Doğru	22,03±9,34	23.76	0,001
	Bilmiyorum	31,27±7,04	31.88	
	Yanlış	31,12±7,84	31.14	
18.Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.	Yanlış	24,58±9,2	25.89	0,002
	Bilmiyorum	29,57±7,04	28.25	
	Doğru	31,14±7,9	31.21	
19.Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.*	Doğru	22,06±9,32	22.70	0,001
	Bilmiyorum	28,72±7,6	27.54	
	Yanlış	31,34±7,77	31.21	
20.Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.*	Doğru	21,00±9,29	18.26	0,001
	Bilmiyorum	26,85±9,2	27.24	
	Yanlış	31,23±7,76	31.21	
21.Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.	Yanlış	29,75±8,64	30.14	0,468
	Bilmiyorum	30,16±8,3	29.08	
	Doğru	31,02±7,92	31.21	

*Ters önermedir.

5. TARTIŞMA

5.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı düzeyinin ölçülmesi için HLS-EU-Q anketinin çevrilmesiyle geliştirilen ASOY-TR 47 (58) ölçeğini kullandığımız çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre; bireylerin sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ortalaması $30,89 \pm 7,98$ olarak saptanmıştır. Bu puan sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisine karşılık gelmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %21,2'sinin yetersiz, %44,9'unun sorunlu/sınırlı, %23,8'inin yeterli ve %9,9'unun mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu görülmüştür. Çalışmamızda bireylerin %66,1'inin yetersiz ya da sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu tespit edilmiştir. Başka bir deyişle üniversite öğrencilerinin üçte ikisinin SOY düzeyi yetersiz veya sorunlu/sınırlıdır.

2014 yılında yayınlanan, bütün Türkiye genelinde toplam 4924 katılımcıyla yapılan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması” raporunda sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ortalaması 30,4 ve yetersiz veya sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı oranı %64,6 olup çalışmamızı desteklemektedir (9). İzmir’de bir eğitim aile sağlığı merkezinde 402 kişinin katılımıyla TSOY-32 Ölçeği vasıtasıyla yapılan çalışmada da bireylerin üçte ikisinin yetersiz veya sorunlu/sınırlı SOY düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (28). 2020 yılında Düzce’de yapılan benzer bir çalışmada Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakülteleri haricindeki üniversite öğrencilerinin ASOY-TR 47 ölçeği aracılığıyla ölçülen SOY düzeyleri incelendiğinde; genel indeks puan ortalamasının $30,67 \pm 7,3$ olduğu, yetersiz veya sorunlu/sınırlı SOY oranının %62,9 olduğu görülmüştür (110). Düzce örneği ile çalışmamızı kıyasladığımızda; mükemmel sağlık okuryazarlığı oranının bizim çalışmamızda nispeten yüksek olması katılımcıların yaklaşık üçte birinin tıp fakültesi öğrencisi olması ile açıklanabilir. Nitekim 2020’de Kırıkkale’de sadece Tıp Fakültesi öğrencileriyle yapılan bir araştırmada öğrencilerin %33,0’ında yeterli SOY, %26,8’inde ise mükemmel SOY düzeyi saptanmış olup, yeterli-mükemmel SOY düzeyi oranı %59,8’dir (32). Diğer yandan Okyay ve Abacıgil’in yürüttüğü ASOY-TR 47 ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında genel indeks puanı ortalaması $32,8 \pm 7,3$ iken, yetersiz ya da sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı oranı %52,7’dir (58). Özdemir tarafından Kahramanmaraş ili merkez ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran bireyler üzerinde ASOY-TR 47 ölçeği kullanılarak yürütülen çalışmada; genel indeks puanı

ortalaması 33,97 bulunurken, bireylerin yetersiz ya da sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı oranının %48,2 olduğu saptanmıştır (29). Okyay ve Özdemir'in çalışma sonuçları bu çalışmayla her ne kadar paralel olsa da; çalışmamızın bütün katılımcılarının üniversite öğrencileri olduğu göz önüne alındığında yetersiz veya sorunlu/sınırlı SOY yüzdesinin diğer iki çalışmadan yüksek olması düşündürücüdür. Bu bulgular, ülkemizde eğitim düzeyi yüksek olan kesimlerde bile hala istenen SOY düzeyine ulaşamadığını, üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Tablo 25: Farklı çalışmalardaki sağlık okuryazarlığı genel indeks puanları ve düzeylerinin karşılaştırılması

	Genel indeks puanı	Yetersiz SOY	Sorunlu/sınırlı SOY	Yeterli SOY	Mükemmel SOY
Bizim çalışmamız	30,89	%21,2	%44,9	%23,8	%9,9
Durusu Tanrıöver- 2014*	30,4	%24,5	%40,1	%27,8	%7,6
Okyay ve Abacıgil -2016**	32,8	%13,1	%39,6	%32,8	%14,5
Özdemir-2018***	33,97	%12,8	%35,4	%39,2	%12,6
Düzce Üniversitesi Örneği-2020****	30,67	%21,1	%41,8	%30,9	%6,1

*SAĞLIK-SEN Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması(9)

**ASOY TR 47 Ölçeği Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması(58)

***Özdemir, Kahramanmaraş İli Örneği(29)

****Sungur ve Gamsızkan, Düzce Üniversitesi Örneği(110)

Avrupa'da yürütülen HLS-EU çalışmasında sekiz ülkenin içinde en düşük sağlık okuryazarlığına sahip ülkeler Bulgaristan ve İspanya olarak belirlenmiştir. Bu ülkelerin yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı oranları sırasıyla %62,1 ve %58,3'tür (5). 2015 yılında, Tayvan'da, genel halktan oluşan 2989 kişiyle yürütülen bir çalışmada ise sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalaması 34,4 olarak saptanmıştır (111). Çalışmamızda yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı oranının %66,1 ve genel indeks puan ortalamasının 30,89 olduğu göz önüne alındığında; SOY düzeyleri konusunda gerek Bulgaristan ve

İspanya'nın gerekse Tayvan'ın gerisinde olduğumuz söylenebilir. Ülkemizde eğitim ve sosyoekonomik seviyelerin istenen düzeyde olmaması bu duruma sebep olmuş olabilir.

ASOY-TR 47 ölçeği dört süreç ve üç boyuttan oluşan on iki bileşenli, oldukça kapsamlı bir sağlık okuryazarlığı ölçüm aracıdır (9). Çalışmamızda öğrencilerin genel olarak en yeterli olduğu boyut 32,01 indeks puanıyla “*tedavi-hizmet boyutu*” olarak saptanırken, “*hastalıklardan korunma*” (30,38) ve “*sağlığın geliştirilmesi*” (30,37) boyutlarında daha düşük puan aldıkları görülmüştür. HLS-EU konsorsiyumunun yürüttüğü çalışmada, üç alt boyut içinde sağlık okuryazarlığının en yüksek ortalama indeks puanına sahip boyutu tedavi hizmetleri olup çalışmamız ile uyumludur (5). İşler'in çalışmasında da tedavi-hizmet alt boyutunun puanı 31,82, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutlarının puanı ise 28,96 olarak bulunmuştur (28). Çalışmamızın verilerine göre; bireylerin en yetersiz kaldığı bileşen 26,18 indeks puanı ile “*hastalıklardan korunma boyutunda sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma ve uygulama*” sürecidir. Diğer en yetersiz kalınan bileşenler ise; “*tedavi-hizmet boyutu ile hastalıklardan korunma boyutlarındaki bilgiyi değerlendirme*” (sırasıyla indeks puanları 27,45 ve 28,38) süreçleridir. Bireylerin en yeterli olduğu bileşen ise; 36,20 indeks puanıyla “*hastalıklardan korunma boyutundaki bilgiyi anlama*” sürecidir. Düzce Üniversitesi'nde yapılan benzer çalışmada da; öğrencilerin hastalıktan korunma boyutundaki bilgiyi uygulamada ve sağlığın geliştirilmesi ve tedavi-hizmet boyutlarındaki bilgiyi değerlendirmede eksiklik yaşadığı tespit edilmiştir (110). Çalışmamızda bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmaktan ziyade, ulaştığı sağlık bilgisini değerlendirip bu bilgiyi kullanma ve uygulamada güçlük yaşadığı sonucuna varılmıştır. Kobayashi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da öğrencilerin daha çok sağlık bilgisini anlama ve sentezlemekte zorlandığı belirtilmektedir (112). Sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarında tıbbi terimlerin sıkça kullanılmasının bu duruma sebep olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza toplam 684 üniversite öğrencisi katılmış olup, katılımcıların cinsiyetleriyle yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Genel yaş ortalaması 20,99'dur. Bireylerin yaşı ($p=0,192$) ile sağlık okuryazarlığı genel indeks puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz, sorunlu/sınırlı, yeterli ve mükemmel şeklinde kategorize edilmiş haliyle bakıldığında da yine bireylerin yaş ($p=0,192$) ile SOY düzeyleri arasında anlamlı

bir ilişki saptanmamıştır. 341'i kadın, 345'i erkek olmak üzere toplam 686 üniversite öğrencisine ulaşılarak yapılan benzer bir çalışmada da; genel yaş ortalamasının 21,01 olduğu ve hem SOY puanlarının hem de SOY kategorilerinin yaşa ve okudukları sınıfa göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (110). Öte yandan Tanrıöver ve Okyay 'ın çalışmalarında ise yaşın artmasıyla sağlık okuryazarlığı puanlarının anlamlı olarak düştüğü görülmüştür (9,58). Yine Özdemir'in çalışmasında da sağlık okuryazarlığı puanlarının 45 yaş ve üzeri bireylerde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (29). Tanrıöver, Okyay ve Özdemir'in çalışmalarında katılımcıların yaş grubu yelpazesi oldukça geniştir ve genç yaşlı hemen hemen tüm yaş gruplarından hastalar ve halk araştırmaya dâhil edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların yaş aralığı minimum 18, maksimum 39 olup oldukça dardır ve katılımcıların yaşları çoğunlukla benzerdir. Bu sebeple diğer çalışmalarda yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı puanlarının azaldığı saptanırken, bizim çalışmamızda yaşla sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı düşünülmektedir. Diğer yandan yaş arttıkça teknoloji ve diğer bilgi kaynaklarına ulaşımın istenilen düzeyde sağlanamaması, görme duyma vb. yetilerin işlevlerinde azalma, sosyal yaşantılarında aile bireylerine veya başka kişilere bağımlılığın artmasının yanında, gençlerin eğitim düzeylerinin genellikle daha yüksek olması gibi nedenler ileri yaşla birlikte SOY düzeyinin azalmasını açıklayabilir.

Çalışmamıza katılanların 355'i kadın, 329'u erkek olup, ASOY-TR 47 ölçeği genel indeks puan ortalaması kadınlarda $31,45 \pm 7,65$ ve erkeklerde $30,3 \pm 8,29$ 'dur. Kadınlarda indeks puan ortalaması yüksek gibi görünse de, istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kadınların 69'u (%19,44) yetersiz, 165'i (%46,48) sorunlu, 84'ü (%23,66) yeterli ve 37'si (%10,42) mükemmel SOY kategorisinde iken; erkeklerin 76'sı (%23,17) yetersiz, 142'si (%43,29) sorunlu, 79'u (%24,09) yeterli ve 31'i (%9,45) mükemmel SOY kategorisindedir. Sonuç olarak; bireylerin cinsiyeti ile hem SOY puanları ($p=1,107$) hem de SOY kategorileri ($p=0,642$) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda olduğu gibi kadın ve erkek katılımcıların eşit eğitim düzeyine sahip olduğu başka çalışmalarda da, cinsiyet ile SOY düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmaması bu sonuçları desteklemektedir. Çalışmamızın sonuçları bu açıdan Özdemir, Tatar, Okyay ve Sungur'un çalışmalarıyla paralellik göstermektedir (29,32,58,110). Tanrıöver'in çalışmasında ise sağlık okuryazarlığı genel indeks puanları erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (9). Bu farklılığın ülkemizin bazı bölgelerinde

kadınların daha düşük okuryazarlık oranına ve daha düşük eğitim seviyesine sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bireylerin SOY puanları ($p=0,001$) ve SOY kategorileri ($p=0,007$) ile herhangi bir sağlık problemi varlığında ilk başvuru merkezi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. İlk başvuru merkezi aile hekimliği ve üniversite hastanesi olan öğrencilerin daha yüksek puan aldığı ve mükemmel SOY oranlarının daha yüksek olduğu saptanırken; ilk etapta acil servise ve eğitim araştırma hastanelerine başvuranların hem SOY puanlarının, hem de yeterli ve mükemmel SOY oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. SOY düzeyi düşük olan kişilerin daha fazla acil servisi kullandığı, daha az tarama programlarına katıldığı, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı bilinmektedir (6). Nitekim çalışmamızda bunu desteklemektedir. Çalışmamızda bireylerin sağlık problemi varlığında ilk olarak %32,3'ünün aile hekimliğine, %14,9'unun acil servise ve %9,1'inin üniversite hastanesine başvurdukları görülmüştür. Başka bir çalışmada da üniversite öğrencilerinin hastalandıklarında ilk olarak %28,9'unun aile hekimliğine, %23,9 acil servise, %8,9'unun üniversite hastanesine başvurdukları görülmüştür (110). Çalışmamıza katılan öğrencilerin kampüs içerisindeki üniversitenin mediko-sosyal tesislerine ulaşmalarının çok kolay olması ve birçoğunun hala memleketindeki aile hekimliği sistemine kayıtlı olmaları, ilk başvuru merkezlerinin aile hekimliğinin yanında üniversite hastanesi de olmasını açıklamaktadır.

Çalışmamızda bireylerin SOY puanları ile toplum içindeki hem ekonomik statüleri ($p=0,003$) hem de kültürel statüleri ($p=0,004$) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ekonomik ve kültürel statüleri yüksek olan bireylerin SOY puanlarının diğer bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda bireylerin SOY kategorileriyle (yetersiz- sorunlu/sınırlı- yeterli- mükemmel) kültürel statüleri arasında da anlamlı bir ilişki saptanmış olup ($p=0,020$), çok yüksek kültürel statüleri olanların mükemmel sağlık okuryazarlığı oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamız bu yönüyle literatürle uyumludur. Okyay ve Abacıgil'in çalışmasında da bireylerin sosyal statüleriyle SOY düzeyleri arasında ki ilişkiye bakıldığında; sosyal statü arttıkça SOY düzeylerinin de arttığı görülmektedir (58). Başka bir çalışmada *hane gelirinin ihtiyaçları karşılama ne kadar yeterli olduğu* sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde; yetersiz SOY oranının çok yeterli cevabı veren grupta %16,4 olduğu ve bu oranın giderek artarak çok yetersiz

cevabı veren grupta %56,4'e ulaştığı görülmüştür (113). Yine bir çalışmada sosyoekonomik düzey düştükçe SOY düzeyinin de düştüğü saptanmış olup, bu veriler çalışmamızı desteklemektedir (9). Öte yandan çalışmamızda halen sosyal güvencesi olmayan %9,6 oranında bir grup öğrencinin olması da düşündürücüdür. Ekonomik ve kültürel statünün sağlık okuryazarlığı ile arasında pozitif yönde bir ilişkinin olması beklenen bir durumdur. Ancak ekonomik ve kültürel statü ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif korelasyon raporlayan çalışma sayısı fazla olsa da; bu statülerin yüksek olmasının bireylerin SOY düzeylerinin yüksek olması için mutlak bir gereklilik olmadığı da unutulmamalıdır.

Çalışmamızda bireylerin SOY kategorileri ile okudukları bölümler arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup ($p=0,012$), tıp ve sağlık bilimleri fakültelerinde okuyan öğrencilerin daha yüksek oranda mükemmel SOY düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları benzer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Ramezankhani ve arkadaşlarının tıp ve tıp harici fakültelerdeki 500 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada da, tıp fakültesi öğrencilerinin SOY düzeyinin diğer fakültele göre daha iyi olduğu istatistiksel olarak gösterilmiştir (114). 2018'de yapılan Şahinöz ve arkadaşlarının çalışmasında da; hemşirelik ve beslenme-diyetetik bölümlerinde okuyan öğrencilerin SOY düzeyleri diğer bölümlerde okuyan öğrencilere göre anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır (115). Yine Tatar'ın çalışmasında tıp fakültesi öğrencilerinin mükemmel SOY oranı anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır (32). SOY düzeylerinin öğrenim görülen bölüme göre değişmesi; tıp ve sağlık alanında okuyan öğrencilere sağlıkla ilgili konularda bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve değerlendirme süreçlerinin kazandırılmasıyla ilişkilendirilebilir. Daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bir toplum için üniversite eğitimi belki de son fırsat olarak görülüp, bütün bölümlere sağlık okuryazarlığı dersleri konulması isabetli bir yaklaşım olabilir.

5.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) genel popülasyona uygulanabilen, basit ve hızlı bir ölçüm aracı olup ülkemizde bu konuda geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ilk ölçektir (109). Eski çalışmalara bakıldığında hep akılcı ilaç kullanımı hakkındaki davranış ve tutumlar incelenmiştir. Bu çalışmada ise; ilaç kullanım alışkanlıklarından ziyade, bireylerin akılcı ilaç kullanımı hakkındaki bilgi düzeylerini

ölçmek hedeflenmiştir. Ayrıca bireylerin daha çok hangi konularda yetersiz bilgiye sahip olduklarının belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleriyle olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ölçek yeni geliştirilen bir ölçek olduğundan, çalışmamızın bundan sonra yapılacak benzer ölçüm aracını kullanan çalışmalara zemin oluşturacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ortalama puanı $38,21 \pm 3,95$ ve uç değerleri 19,0-42,0 arasında saptanmıştır. Bu ortalama puan yüksek akılcı ilaç kullanımı kategorisine karşılık gelmektedir. Demirtaş ve arkadaşlarının, 2018'de 768 katılımcıyla yaptığı AİKÖ geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçekten alınan ortalama puan $33,6 \pm 6,2$, ortanca değeri 35,0 ve uç değerleri 6,0-42,0 arasında saptanmıştır (109). Kurt ve arkadaşlarının, 2020'de 790 kişiyle yürüttüğü benzer bir çalışmada ise öğrencilerin akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden aldıkları ortalama puan $32,53 \pm 5,82$ ve uç değerleri 14,0-42,0'dir (116). Yine 2020 yılında, Şahin'in, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi aile hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 180 kişi ile yaptığı çalışmasında AİKÖ ortalama puanı $35,64 \pm 5,73$ olarak bulunmuştur (117). Kılıç'ın çalışmasında ise AİKÖ ortalama puanı $34,11 \pm 3,82$ 'dir (118). Çalışmamıza katılan öğrencilerin %87,6'sının akılcı ilaç kullanımı seviyesinin yüksek olup yeterli akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu, %12,4'ünün ise akılcı ilaç kullanımı seviyesinin düşük olup yeterli akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olmadığı saptanmıştır. Akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olanların oranları; Şahin'in çalışmasında %62,8 (117), Kılıç'ın çalışmasında %48,7 (118) ve Kurt'un çalışmasında ise %43,8 (116)'dir. Diğer çalışmalara kıyasla bizim çalışmamızda gerek ortalama puanın gerekse akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olma oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmekte ve bu durumun çalışmanın evreninin diğerlerinden farklı olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgisinin de artması olağandır. Evrenimizin eğitim düzeyi göz önüne alındığında ortalama puanın yüksek olması beklenen bir durumdur. Ancak yine de akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olmayan bir kesimin olması, üniversite öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı konusunda hala bilgilendirilmeye ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılanların %51,9'u kadın, %48,1'i erkektir. Çalışmamızda bireylerin cinsiyeti ile AİKÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların AİKÖ puanları ortalamasının $38,8 \pm 3,2$, erkeklerin AİKÖ puanlarının ortalaması $37,6 \pm 4,5$ olduğu ve

kadınların AİKÖ puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Karakurt'un Erzincan ilinde yaptığı çalışmada cinsiyete göre AİK davranışları incelendiğinde; kızlarda AİK oranları daha yüksek bulunmuştur (78). Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında da; ilaç prospektüslerini okumama, ilaç son kullanma tarihine bakmama ve akraba/arkadaş/komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma, erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (119). Yine Lee ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada kadınların ilaç bilgi düzeyinin ve ilaçları doğru kullanma sıklığının erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (120). Kılıç'ın çalışmasında da çalışmamızla benzer şekilde AİK bilgisi yeterli olan kadınların oranı (%52,0), erkeklerin oranından (%43,6) daha yüksek bulunmuştur ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,106$)(118). Özyiğit ve Arıkan'ın çalışmasında ise erkeklerin %41,6'sı, kadınların ise %20,9'nun AİK davranışı gösterdiği bulunurken, erkeklerde AİK davranışı kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır (121). Çalışma sonuçlarının çeşitlilik göstermesi; örneklem gruplarının farklılık göstermesinden, kadın erkek eğitim seviyelerinin her yerde eşit olmamasından ve kadınların içinde yaşadıkları topluma göre sosyal hayatta değişken düzeylerde aktif rol almasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $20,99\pm 2,17$ (minimum 18, maksimum 39) olup, bireylerin yaşları ile AİKÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,325$). Karakurt'un çalışmasında da öğrencilerin yaşı ile kullandıkları ilaçların prospektüsünü okuma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (78). Yine Özkan'ın çalışmasında bireylerin yaşı ve ilaç prospektüsünü okumama durumları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (119). Denizli'de Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 385 kişide yapılan bir çalışmada ise 25-34 yaş arasında %64,0, 65 yaş ve üzerinde %34,9 oranında AİK bilgisinin yeterli olduğu görülmüştür ve yaş grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,016$)(118). Evrenimizin benzer yaş grubundan oluşması, yaş aralığının dar bir yelpazede olması çalışmamızda AİKÖ puanı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına neden olmuş olabilir. Daha geniş yaş aralığı içeren gruplarda araştırılabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin okuduğu bölüm ile AİKÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; tıp ve sağlık bilimleri fakültelerinde okuyanların AİKÖ puanları ortalaması $39,5\pm 2,96$ ve diğer bölümlerde okuyanların AİKÖ puanı ortalaması $37,4\pm 4,28$ olarak

saptanmıştır. Beklendiği üzere tıp ve sağlık bilimleri fakültelerinde okuyan öğrencilerin AİKÖ puanı diğer bölümlere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,001$). Yine AİKÖ kategorilerine (düşük/yüksek) göre bakıldığında; AİKÖ kategorileri ile bölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış ($p<0,001$) olup, tıp ve sağlık bilimleri fakültelerinde okuyanların AİKÖ kategorisi daha yüksek oranda yüksek bulunmuştur. Karakurt'un çalışmasında da benzer şekilde sağlık yüksekokulu öğrencilerinin eğitim, fen-edebiyat, hukuk fakülteleri ve meslek yüksek okulu öğrencilerine göre kullandıkları ilaçların prospektüsünü okuma oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (78). Sağlıkla ilgili bölümlerde akılcı ilaç kullanım ilkelerini benimsetecek müfredatın bulunması bu durumu açıklamaktadır. Tüm bölümlerdeki üniversite öğrencilerinin eğitime ve öğrenmeye açık olduğu göz önünde bulundurulduğunda; sağlıkla ilgili bölümlerdeki kadar geniş kapsamlı olmasa da müfredatlarına akılcı ilaç kullanımı hakkında ders eklenmesi, öğrenim hayatlarının bir döneminde AİK konusunda eğitim görmeleri, hem öğrenciler hem de sonrasında içine karışıp rol model olacakları toplum açısından faydalı olacaktır.

Katılımcıların %56'sının gelirinin yettiği, %44'ünün ise gelirinin yetmediği tespit edilmiştir. Çalışmamızda kişilerin algılanan gelir durumuna göre AİK bilgi düzeyi dağılımına bakıldığında; geliri yetmeyenlerin AİKÖ puanları ortalaması $37,6\pm 4,3$ iken geliri yetenlerin AİKÖ puanları ortalaması $38,7\pm 3,6$ olarak saptanmıştır. Geliri yeten bireylerin AİKÖ puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Kılıç'ın çalışmasında da geliri giderinden az olanların %33,7'sinde, geliri giderine eşit olanların %45,0'inde ve geliri giderinden fazla olanların ise %64,5'inde AİK bilgi düzeyinin yeterli olduğu bulunmuş ve gelir durumu arttıkça, AİK bilgi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ($p=0,001$)(118). Yine başka bir çalışmada öğrencilerin ailelerinin aylık gelir durumu ile kullandıkları ilaçların prospektüsünü okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (78). Ülkemizde sosyal güvencesi olmayan insanların çoğunun, birinci basamak tedavi hizmetini doktora gitmeden eczacı tavsiyesiyle çözmeye çalıştığı bilinmektedir (119). Geliri yetmeyen veya ailesinin gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin, öğrenim hayatları süresince ailelerine (sosyal güvencesi olmayanlar için muayene ücreti, ilaç ücreti, tedavi masrafları vb. gibi) fazladan ekonomik yük olmak istememeleri bu sonucu doğruluyor olabilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %14'ünün düzenli hastaneye başvurmasını veya ilaç kullanmasını gerektiren herhangi bir hastalığının olduğu, %1,5'inin birden fazla hastalığının olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın verileri bireylerin uzun süre tedavi ve takip gerektiren bir hastalığının olup olmasının AİK düzeyini etkilemediğini göstermektedir. Kronik hastalığı olan öğrencilerin AİKÖ puanı ortalaması $38,2\pm 3,89$ iken, kronik bir hastalığı olmayan öğrencilerin AİKÖ puanı ortalaması da $38,2\pm 4,31$ olup aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,867$). Demirtaş ve arkadaşlarının çalışmasında hekim tanımlı kronik bir hastalığı olan ve olmayan grupların AİK düzeyleri karşılaştırıldığında; her iki grubunda AİKÖ puanları ortalaması 35,00 çıkmış ve aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (109). Yine Özkan'ın çalışmasında kişilerin uzun süreli bir hastalığı olma durumu ile AİK davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$)(119). Çalışmamız bu anlamda literatürle uyumludur ancak çalışmanın başında kronik hastalık varlığının ilaç kullanım alışkanlıklarına farklı etkileri olabileceği düşünülmüştü. Şöyle ki; sürekli ilaç kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, tetkik ve tedavi için hastaneye sık sık gitme durumu vb. etmenler hastada bıkkınlığa sebep olarak kontrollerini aksatma ve akılcı olmayan ilaç kullanımına itebilir. Ya da tam tersi hasta durumu kabullenip, hastalığı ve kullandığı ilaçlar hakkında yeterince bilgi sahibi olup, bilinçli bir birey olarak akılcı ilaç kullanımına yönelebilir. İşte tam da bu noktada sağlık okuryazarlığı kavramının devreye girdiği düşünülmektedir. Ancak bizim evrenimizin gerek yaşlarının gerek eğitim düzeylerinin aynı olup sağlık okuryazarlığı düzeylerinin çoğunlukla benzer olması, yaşları itibari ile ciddi kronik hastalıklarının az oranda bulunması, evrenimizin 0 ila 10 üzerinden puanlanan algıladıkları sağlık hissi ortalamasının 7,7 olması gibi sebeplerden ötürü kronik hastalık varlığı ve AİKÖ puanları arasında ilişki saptanmamış olabilir. Daha karma ve daha yaşlı bir popülasyonda araştırılabilir.

Çalışmaya katılanların %9,2'si son bir yıl içinde acil servise beş ve üzeri sayıda başvuruda bulunmuşken, %50,3'ü bir ila dört kez başvurmuş ve %40,5'i hiç başvurmamıştır. Öğrencilerin AİKÖ puanları ile son bir yıl içinde acil servise başvuru sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Son bir yılda acil servise beşten az başvuranların ($38,3\pm 3,85$) AİKÖ puanları, beş ve üzeri başvurusu olanlardan ($36,9\pm 4,71$) daha yüksek saptanmıştır. Aynı zamanda katılımcıların son bir yıldaki acil servise başvuru sayıları ile AİKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı

ve negatif yönde korelasyon saptanmıştır ($p<0,01$, $r=-0,160$). Acil servise başvuru sayısı arttıkça akılcı ilaç kullanımını düzeyi azalmaktadır. Literatürde ilaç kullanım alışkanlıkları ile acil servise başvuru sıklığı arasındaki ilişkinin incelendiği verilere rastlanmadığından kıyaslama yapılamamıştır. Öte yandan çalışmamızda son bir yılda acil servise beşten daha az başvuranların ASOY-TR 47 Ölçeği indeks puanı ortalaması $31,07\pm 7,91$ iken, beş ve üzeri başvuru yapanların $29,14\pm 8,51$ olup; anlamlı düzeyde olmasa da acil servise beşten az başvuranların sağlık okuryazarlığı puanları ortalaması daha yüksektir ($p=0,056$). Verilerinde gösterdiği üzere acil servislerin gereksiz kullanılmasının önüne geçebilmek için bireylerin hem AİK hem de SOY düzeylerinin artırılması, toplumun bu konularda bilinçlendirilmesi ve bu hususlarda farkındalığın artırılması gerekmektedir.

Kişilerin ilaç kullanım alışkanlıklarının şekillenmesinde hekimin ilaç bilgisi, akılcı reçete yazabilme becerisi, hastaya karşı yaklaşımı ve hastayı yeterince bilgilendirmesi gibi etmenlerin yanı sıra; hastanın sosyodemografik ve kişisel özellikleri, içinde bulunduğu toplumla etkileşimi de önemli derecede rol oynar. Sonuç olarak çalışmamızdan elde edilen verilere göre; kadınların, geliri yetenlerin, ailesinde sağlık personeli olanların, tıp ve sağlık bilimleri fakültelerinde okuyanların ve son bir yılda acil servise beşten az başvuranların AİKÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

5.3. İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARINA GÖRE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ

Literatüre bakıldığında AİK ile SOY düzeyleri hep ayrı ayrı ele alınmış, tek başına inceleme konusu yapılmış olup, ikisini birbiriyle karşılaştıran çalışmalar az sayıdadır. Çalışmamızın güçlü yanlarından biri de bu ikisi arasındaki ilişkiyi incelemesi ve sonraki benzer çalışmalara zemin hazırlayacak olmasıdır. Çalışmamız verilerine göre; hem öğrencilerin AİKÖ'nin bazı sorularına verdiği yanıtlar ile hem de AİKÖ genel puanları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda “*Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.*” önermesine 54 kişi (%7,9) *yanlış*, 31 kişi (%4,5) *bilmiyorum* ve 599 kişi (%87,6) *doğru* yanıtlarını vermiştir. Benzer bir çalışmada bu yanıtların oranları sırasıyla 32 kişi (%17,8), 1 kişi (%0,6) ve 147 kişi (%81,7) olarak saptanmış olup, büyük bir çoğunluğun çalışmamızla benzer şekilde önermeyi doğru cevapladığı görülmüştür (117). Yine başka bir çalışmada bu önermeye 44

kişi (%11,5) *yanlış*, 4 kişi (%1) *bilmiyorum* ve 337 kişi (%87,5) *doğru* yanıtlarını vermiştir (118). Çalışmamızın sonuçları benzer ölçüm aracını kullanan bu çalışmalarla uyumludur. Bu önermeyi yanlış yanıtlayanların ASOY-TR 47 puanı ortalaması $29,58 \pm 6,13$ iken, doğru cevaplayanların puan ortalaması $31,16 \pm 8,09$ olup anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,034$). Bu soruya doğru yanıt verenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, soruyu yanlış yanıtlayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer yandan Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %25,62'si doktora danışmadan, akraba, arkadaş, komşu vb. tavsiyesi ile ilaç kullandığını belirtmiştir (119). Lise ve altı eğitim almış bireylerin, üniversite ve üzeri eğitim alan bireylere göre daha sık çevre tavsiyesi ile ilaç kullandıkları görülmüştür (28). Özkan'ın çalışmasında bu oranın nispeten yüksek olması AİK bilgi düzeylerinin değil davranış biçimlerinin incelenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bireylerin bilgi düzeyleri yeterli de olsa bunu davranışa tam anlamıyla dökemedikleri düşünülmektedir. AİK düzeylerinin artırılması için bilgi düzeylerinin artırılmasının haricinde, bilginin davranışa dönüştürülmesi anlamında da pekiştirmelerin yapılması faydalı olabilir.

İlaçları yeterli sürede kullanmamak, tedavi süresi dolmadan ilacı yarıda bırakmak akılcı olmayan ilaç kullanımının sık karşılaşılan bir örneğidir. Çalışmamızda bu konudaki bilgi düzeylerini ölçmek için sorduğumuz "*İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.*" önermesine 61 kişi (%8,9) *yanlış*, 22 kişi (%3,2) *bilmiyorum* ve 601 kişi (%87,9) *doğru* yanıtlarını vermiştir. Benzer bir çalışmada bu yanıtların oranları sırasıyla 29 kişi (%16,1), 7 kişi (%3,9) ve 144 kişi (%80,0) olarak saptanmıştır (117). Başka bir çalışmada bu önermeye 19 kişi (%4,9) *yanlış*, 3 kişi (%0,8) *bilmiyorum* ve 363 kişi (%94,3) *doğru* yanıtlarını vermiştir (118). Bu önermeyi yanlış yanıtlayanların ASOY-TR 47 puanı ortalaması $28,86 \pm 8,71$ iken, doğru cevaplayanların puan ortalaması $31,19 \pm 7,84$ olup anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,030$). Bu soruyu bireylerin büyük çoğunluğunun doğru yanıtladığı ve bu soruya doğru yanıt verenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, soruyu yanlış yanıtlayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Son yıllarda özellikle antibiyotiklerin reçeteye tabii tutulmasının ve toplum bilincini arttırmak için yapılan kamu spotlarının işe yaradığı düşünülmektedir. Diğer yandan hekimin hastayı ilaç ve tedavi süresi konusunda daha detaylı bilgilendirmesi, tedavinin devamı sırasında kontrole çağırması da ilaçların yarıda bırakılmasını önleyecektir.

Ülkemizde bitkisel ürünler ilk tercih tedavi yöntemi olarak oldukça sık kullanılmaktadır (66). Çalışmamızda *“Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.”* ters önermesine 599 kişi (%87,6) *yanlış*, 62 kişi (%9,1) *bilmiyorum* ve 23 kişi (%3,4) *doğru* yanıtlarını vermiştir. Benzer bir çalışmada bu yanıtların oranları sırasıyla 118 kişi (%65,6), 28 kişi (%15,6) ve 34 kişi (%18,9) olarak saptanmıştır (117). Yine farklı bir çalışmada bu önermeye 235 kişi (%61,0) *yanlış*, 91 kişi (%23,6) *bilmiyorum* ve 59 kişi (%15,3) *doğru* yanıtlarını vermiştir (118). Bizim çalışmamızda bu önermenin diğer iki çalışmaya göre daha çok oranda doğru yanıtladığı dikkati çekmektedir. Bunun nedeni genç nüfusun bitkisel ürünler konusunda daha dikkatli, bilgili ve bilinçli olması olabilir. Ülkemizde özellikle yaşlı kesimde bitkisel ürünlerin zararsız olduğu inancının yaygın olduğu gözlenmektedir. Bu önermeyi yanlış bilenlerin ASOY-TR 47 puanı ortalaması $26,26 \pm 8,98$ iken, doğru bilenlerin puan ortalaması $31,24 \pm 7,81$ olup anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,032$). Bitkisel ürünlerin tamamen zararsız olmadığını bilenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Akılcı ilaç kullanımının temel ilkeleri; doğru ilacın, doğru endikasyon varlığında, doğru dozda, doğru uygulama yoluyla, doğru süreyle kullanılmasını gerektirir(14). Toplumumuzda çok ilaç kullanmanın daha çabuk iyileştireceği gibi yanlış bir algı vardır. Hekimler bazen endikasyon dışı ilaç reçete ettirmeye zorlanmaktadır. Çalışmamızda *“Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.”* önermesine 20 kişi (%2,9) *yanlış*, 24 kişi (%3,5) *bilmiyorum* ve 640 kişi (%93,6) *doğru* yanıtlarını vermiştir. Benzer bir çalışmada bu yanıtların oranları sırasıyla 11 kişi (%6,1), 9 kişi (%5,0) ve 160 kişi (%88,9) olarak saptanmıştır(117). Yine başka bir çalışmada bu önermeye 2 kişi (%0,5) *yanlış*, 2 kişi (%0,5) *bilmiyorum* ve 381 kişi (%99,0) *doğru* yanıtlarını vermiştir(118). Bu önermeyi yanlış yanıtlayanların ASOY-TR 47 puanı ortalaması $24,58 \pm 9,2$ iken, doğru cevaplayanların puan ortalaması $31,14 \pm 7,9$ olup anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,002$). Bu soruya doğru yanıt verenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, soruyu yanlış yanıtlayanlara göre daha yüksektir. Bu soruyu her ne kadar katılımcıların büyük kısmının doğru yanıtladığı görülse de; her yaş grubu ve her kesimden bireylerin bu bilince ulaşmaya ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Toplumun bu konudaki yanlış algısının **“çok ilaç değil, doğru ilaç”** sloganı adı altında yapılan projelerle düzeltilmesi önerilmektedir.

Akılcı ilaç kullanımı; doğru ilacı seçerken bireye ve topluma en düşük maliyette olmasını gözetmeyi gerektirir. Bu konuda gerek hekimin gerek eczacının rolü büyüktür. Çalışmamızda “*Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.*” şeklinde sorduğumuz ters önermeye 622 kişi (%90,9) *yanlış*, 41 kişi (%6,0) *bilmiyorum* ve 21 kişi (%3,1) *doğru* yanıtlarını vermiştir. Benzer bir çalışmada bu yanıtların oranları sırasıyla 128 kişi (%71,1), 19 kişi (%10,6) ve 33 kişi (%18,3) olarak saptanmıştır (117). Yine başka bir çalışmada bu önermeye 236 kişi (%61,3) *yanlış*, 54 kişi (%14,0) *bilmiyorum* ve 95 kişi (%24,7) *doğru* yanıtlarını vermiştir (118). Diğer iki çalışmaya göre bizim çalışmamızda daha büyük oranda doğru yanıt alındığı gözlenmektedir. Genç ve eğitilmiş neslin toplum içinde doğru bilinen yanlışları irdeleyecek yetkinlikte yetiştirilmesi, ilacın maliyeti ile etkinliğinin aynı şey olmadığını ayırt edebiliyor olması bu sonucu doğurmuş olabilir. Bu önermeyi yanlış bilenlerin ASOY-TR 47 puanı ortalaması $22,06 \pm 9,32$ iken, doğru bilenlerin puan ortalaması $31,34 \pm 7,77$ 'dir. Bu önermeyi doğru bilenlerin sağlık okuryazarlığı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Gebelik, akılcı ilaç kullanım ilkelerine ekstra hassasiyet gösterilmesi gereken bir durumdur. Bu dönemde teratojenite riski göz önünde bulundurularak, gelişmiş ilaç kullanımından kaçınılmalıdır. Çalışmamızdaki “*Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.*” ters önermesine 684 kişi (%94,7) *yanlış*, 24 kişi (%3,5) *bilmiyorum* ve 12 kişi (%1,8) *doğru* yanıtlarını vermiştir. Benzer bir çalışmada bu yanıtların oranları sırasıyla 159 kişi (%88,3), 19 kişi (%10,6) ve 2 kişi (%1,1) olarak saptanmış olup, büyük bir çoğunluğun çalışmamızla benzer şekilde önermeyi doğru cevapladığı görülmüştür (117). Yine başka bir çalışmada bu önermeye 371 kişi (%96,4) *yanlış*, 10 kişi (%2,6) *bilmiyorum* ve 4 kişi (%1,0) *doğru* yanıtlarını vermiştir (118). Bu önermeyi yanlış bilenlerin ASOY-TR 47 puanı ortalaması $21,00 \pm 9,29$ iken, doğru bilenlerin puan ortalaması $31,23 \pm 7,76$ olup anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,001$). Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile bu önermeyi bilme durumu arasında güçlü ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür.

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmede faydalandığımız ASOY-TR 47 Ölçeği oldukça geniş kapsamlı, toplumun geneline uygulanabilen bir ölçektir. Sağlık okuryazarlığı düzeyini “*Tedavi ve Hizmet*”, “*Hastalıklardan Korunma*” ve “*Sağlığın Geliştirilmesi*” şeklinde üç alt boyutta inceler. Çalışmamızda bireylerin bu üç alt boyuta göre en çok zorlandığı sorular aşağıda belirtilmiştir.

“*Tedavi ve Hizmet*” alt boyutunda en çok zorlanılan sorular şu şekildedir;

- Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek.
- Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek.
- Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak.
- Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek.

“*Hastalıklardan Korunma*” alt boyutunda en çok zorlanılan sorular şu şekildedir;

- Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek.
- Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek.
- Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğuna karar vermek.
- Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek.
- Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgiyi bulmak.

“*Sağlığın Geliştirilmesi*” alt boyutunda en çok zorlanılan sorular şu şekildedir;

- Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak.
- İş yerinde sağlığınızı geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak.
- İsteddiğiniz zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak.
- Akıl sağlığımızı nasıl koruyacağımızla ilgili bilgiyi anlamak.

Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerini ölçmede yararlandığımız 11’i ters önerme şeklinde toplam 21 önermeden oluşan AİKÖ’ne verilen yanıtlar incelendiğinde ise en çok yanlış yanıtlanan önermeler sırasıyla şunlardır;

- Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.
- Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.
- İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.

Bu araştırmanın esas amaçlarından biri de sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Eğitimin her iki hususun geliştirilmesi ve farkındalığının artırılması için oldukça önemli olduğu düşünülerek; çalışma grubumuz genç, belirli bir eğitim düzeyine sahip bir kesim olan üniversite öğrencileri olarak belirlenmişti. “*Kişiler, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükselmesi ile akılcı ilaç kullanımı konusunda da daha hassas davranacaklardır*” önermesinin sunulabilirliğini araştırdığımız çalışmamızın sonuçları, bu önermeyi doğrulamıştır. Çalışmamız sonucunda; bireylerin AİKÖ puanları ile ASOY-TR 47 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,01$, $r = 0,191$). Başka bir deyişle sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça, ilaç kullanım davranışlarının da akılcı ilaç kullanım ilkelerine daha uygun şekilde olduğu gözlenmiştir. Yılmaz’ın 2018 yılında 405 kişiyle yürüttüğü çalışmasında akılcı ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (122). İşler’in çalışmasında da; ilaç kullanımı konusunda irrasyonel tutum gösteren bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (28). Yukarıda belirtilen öğrencilerin en çok yanlış cevap verdikleri, en yetersiz olunan sorular dikkate alınarak gerek sağlık okuryazarlığı gerekse akılcı ilaç kullanımı hususunda eş zamanlı, bütüncül ve etkili eğitim programları düzenlenmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak; çalışmamızda her 3 üniversite öğrencisinden 2’sinin yetersiz ve ya sorunlu/sınırlı SOY düzeyine sahip olduğunu saptanması ve bu oranın beklenen düzeyden oldukça fazla olması; sağlık okuryazarlığı konusunda eğitim projelerine daha fazla ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Akılcı ilaç kullanımı düzeylerine bakıldığında ise her ne kadar beklenen seviyede olsa da eğitime ihtiyacı olan bir grup öğrencinin olduğu göz ardı edilemez. Bu yüzden eğitimlerde planlanan sürenin belki de büyük bir kısmın sağlık okuryazarlığına ayrılması, peşi sıra akılcı ilaç kullanım ilkelerine de değinilmesi daha uygun ve daha çözüm odaklı olabilir. Bununla birlikte, daha önce de belirtildiği gibi konuyla ilgili yapılmış yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Çalışma sonuçlarımızın desteklenmesi ve tartışılması için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

- ✓ Sağlık okuryazarlığı, daha sağlıklı bir toplum ve daha akılcı ilaç tüketimi için adeta bir kilit nokta, bir anahtar kavramdır. Aynı zamanda sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar arasındaki etkileşimi arttırarak, mevcut sağlık sisteminin iyileşmesini de sağlar.
- ✓ Çalışmaya yaşları 18 ila 39 arası, 355'i kadın 329'u erkek toplam 684 üniversite öğrencisi katılmıştır.
- ✓ Kadın katılımcıların yaş ortalaması $20,73 \pm 1,86$, erkek katılımcıların yaş ortalaması $21,28 \pm 2,44$ ve genel yaş ortalaması $20,99 \pm 2,17$ 'dir.
- ✓ Çalışmaya en çok tıp (%33,6) ve mühendislik (%21,8) fakültesi öğrencileri ve daha çok birinci ve ikinci sınıflar katılmıştır.
- ✓ Öğrencilerin %12,5'i herhangi bir işte çalışmakta ve %44'ünün geliri yetmemektedir.
- ✓ Çalışmaya katılan öğrencilerin babalarının eğitim durumları annelere göre genel olarak daha yüksektir. Okuma yazma bilmeyen ebeveynlerin oranı annelerde daha fazladır.
- ✓ Öğrencilerin %9,6'sının sağlık güvencesi yoktur.
- ✓ Öğrencilerin %4,8'i obez, %19,2'si fazla kilolu, %7,2'si zayıftır ve sonuç olarak üçte biri olması gereken sağlıklı kilo sınırları içinde değildir.
- ✓ Araştırmaya katılan öğrencilerin %21,1'i sigara kullanmaktadır.
- ✓ Katılımcılar herhangi bir sağlık problemi varlığında en çok aile hekimliğine, devlet hastanesine ve acil servise başvurmaktadır. Öğrencilerin %60'ı son bir yıl içinde acil servise başvurmuş ve bu başvuruların ancak %16'sı yatarak tedavi almayı gerektirmiştir.
- ✓ Katılımcıların ASOY-TR 47 ölçeği ortalama puanı $2,85 \pm 0,47$ ve indeks puan ortalaması $30,89 \pm 7,98$ 'dir. Bu puan sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisine karşılık gelmektedir.
- ✓ Öğrencilerin %21,2'si yetersiz, %44,9'u sorunlu/sınırlı, %23,8'i yeterli ve %9,9'u mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. **Her 3 üniversite öğrencisinden 2'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz veya sorunlu/sınırlıdır.** Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ülkemizde üniversite

öğrencilerinde bile beklenenden oldukça düşük olması, bu konudaki eksikliğin ciddiyetini ortaya koymaktadır.

- ✓ Katılımcılar sağlık okuryazarlığının tedavi ve hizmet boyutunda diğer boyutlara kıyasla daha yüksek puan almıştır. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutlarında eksiklikler daha fazladır.
- ✓ Öğrenciler en çok medyadaki sağlık bilgilerinin güvenilirliğini değerlendirmede ve bu bilgileri nasıl kullanacağı konusunda zorlanmaktadır.
- ✓ Sağlık problemi varlığında ilk başvuru merkezi aile hekimliği ve üniversite hastanesi olanların, ekonomik ve kültürel statüleri yüksek olanların diğer katılımcılara göre ASOY-TR 47 Ölçeği puanları daha yüksektir.
- ✓ Katılımcıların AİKÖ ortalama puanı $38,21 \pm 3,95$ 'tir. AİKÖ puanı arttıkça bireylerin sahip olduğu akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri de artmaktadır. Katılımcıların %17,9'u (123 kişi) tüm sorulara doğru yanıt vermiştir.
- ✓ Çalışmamızda 599 (%87,6) öğrencinin akılcı ilaç kullanımı bilgi seviyesi yüksek, 34 puan ve altı alan 85 (%12,4) öğrencinin ise akılcı ilaç kullanımı bilgi seviyesi düşüktür.
- ✓ Üniversite öğrencilerinin AİK bilgi düzeyleri, toplum geneline bakıldığında daha yüksektir. Ancak yine de her 100 üniversite öğrencisinden 12'sinin AİK konusunda daha fazla bilgi sahibi olmaya ihtiyacı vardır.
- ✓ Öğrenciler en çok bitkisel ürünlerin ilaçların yerine kullanılıp kullanılmayacağı, tedavi sırasında kendini iyi hissettiğinde ilaç kullanmayı kesip kesmeyeceği ve ilaçların aç veya tok karnına alınması gerektiğinin nereden öğrenileceği konularında bilgisizdirler.
- ✓ Kadınların, geliri yetenlerin, ailesinde sağlık personeli olanların, tıp ve sağlık bilimleri fakültelerinde okuyanların ve son bir yılda acil servise beşten daha az başvuranların AİKÖ puanları daha yüksektir.
- ✓ Bireylerin AİKÖ puanları ile ASOY-TR 47 Ölçeği puanları arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde korelasyon vardır. Sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça, akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri de artmaktadır.
- ✓ Sonuç olarak; üniversite öğrencilerinin büyük bir kısmının SOY konusunda, az da olsa göz ardı edilemeyecek bir kısmının AİK konusunda bilgilendirilmeye ihtiyacı vardır. En yetersiz oldukları noktalar dikkate alınarak, önceliğin sağlık

okuryazarlığına verilmek suretiyle her iki konuda da eş zamanlı, bütüncül ve etkili eğitim programları planlanmalıdır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu bir araya gelip, yeni projelere öncülük etmelidir.

- ✓ Tüm ülke genelinde, daha geniş kitlelere ulaşılarak toplumun AİK ile SOY hakkındaki bilgi düzeylerini ölçen ve sahip oldukları bu bilgileri ne oranda davranışa dökebileceklerini kıyaslayan araştırmalar yapılabilir.

6.2. ÖNERİLER

- ✓ Bireylerin ve toplumun akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili farkındalıklarının artırılması için bir takım proje ve girişimlerin yapılmasına ihtiyaç vardır.
- ✓ Ülkemizde özellikle akılcı antibiyotik kullanımı konusunda gösterilen hassasiyetin artırılması ve etkin düzenlemelerle diğer ilaç gruplarında da yapılması isabetli olacaktır.
- ✓ Bireylere yalnız hekim önerisiyle ve kontrolünde ilaç kullanılması gerektiği, fazla sayıda ilacın değil doğru zamanda doğru ilacın kullanılmasıyla etkin bir tedavinin sağlanacağı bilincinin kazandırılması gerekmektedir.
- ✓ Bireylere birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sevk zincirinin, kanser taramalarının ve aşıların önemi, acil servislere hangi durumlarda başvurulması ve hangi durumlarda 112 ile irtibata geçilmesi gerektiği yalın bir dille, çarpıcı şekilde anlatılmalıdır. Özellikle eğitim seviyesi düşük, teknolojiyi iyi kullanamayan kesimlerde köy muhtarı, cami imamı, öğretmen vb toplum tarafından sözü dinlenen kişilerle irtibata geçip, halkı bilinçlendirme konusunda destek istenebilir.
- ✓ Hekim hastayla yapılan her görüşmeyi; hastaya SOY ve AİK hakkında bilgi vermek ve hastaya bu hususta sorumluluk kazandırmak için bir fırsat olarak değerlendirmelidir. Ancak bunun uygulanabilir olması için öncelikle sağlık sisteminin düzenlenerek, hasta başına yeterli sürenin ayrılması şarttır.
- ✓ Gerek SOY gerekse AİK konularında toplumun her kesiminin anlayabileceği şekilde, çeşitli görsel ve yazılı materyaller, kamu spotları şeklinde kısa ve etkili yayınlar, sürekliliği sağlanmış halk eğitimleri ile toplumun bu konularda bilgi

düzeylelerinin arttırılması hedeflenmeli ve edinilen bu bilgilerin davranışa dönüşmesi için teşvik edici politikalar geliştirilmelidir.

- ✓ Sağlık çalışanları için belirli periyotlarla hizmet içi eğitim programları düzenlenerek; SOY ve AİK hakkındaki bilgileri, halkı yeterince bilgilendirmek için şevk ve heyecanları diri tutulmalıdır.
- ✓ Çalışmamıza göre; bireylerin hem sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilmeye daha çok ihtiyacı vardır hem de SOY düzeylerinin artması AİK düzeylerinin de artmasına imkan sağlayacaktır. Bu nedenle daha geniş vaktin ve önceliğin sağlık okuryazarlığına ayrılması, ardından bütüncül bir şekilde akılcı ilaç kullanımı ilkelerine değinilmesi çözüm odaklı bir yaklaşım olabilir.
- ✓ Günümüz koşullarında geniş kitlelere ulaşarak önemli yer kaplayan sosyal medya, internet ve basın yayın organlarından aktarılan sağlık bilgilerinin ve sağlıkla ilgili haberlerin, ilgili otoriteler tarafından denetlenerek doğru şekilde aktarılması önem arz etmektedir.
- ✓ Gerek ilk ve orta öğretimde gerekse üniversitede öğrencilerin ders müfredatlarının sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim programlarını içerecek şekilde düzenlenmesinin, bu süreçte en köklü çözümlerden biri olacağı düşünülmektedir. Üniversitelerin, topluma yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip ve ilaçları akılcı kullanabilen bir birey kazandırmak için belki de son buluşma noktası olduğu varsayılarak, bu hassasiyetle davranılması gerekmektedir.
- ✓ Hekimlere mezuniyet öncesi AİK konusunda verilen eğitimlerin; sahadaki aktif eksiklikler göz önüne alınarak daha geniş kapsamlı, daha pratiğe yönelik olacak şekilde revize edilmesi, mezuniyet sonrası bu eğitimlerin belirli aralıklarla devam etmesi önerilmektedir. Ayrıca hekimler güncel bir ilaç yazım kılavuzu eşliğinde reçete yazmaya yönlendirilmeli, bu kılavuzların her hekime elden veya ücretsiz internet uygulamaları şeklinde ulaşması ile hekimler teşvik edilebilir.
- ✓ Tüm bunların dışında üçte birinin ideal kilo sınırlarında olmadığı saptanan öğrenciler için; gerek kaldıkları yurtlarda, evlerde vs. kalori hesabına ve sağlıklı beslenmeye dikkat edilerek öğünlerin hazırlanmasının teşvik edilmesi gerekse üniversite bünyesinde daha çok hareketli ve aktif olmalarını sağlayacak kulüp etkinliklerinin, sportif faaliyetlerin vb. arttırılmasının faydalı olacağına inanılmaktadır.

- ✓ Temel sağlık hizmetlerini almak yerli ve yabancı, ÷lkemizde okuyan tüm öğrenciler için ücretsiz ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. Ayrıca en sık karşılaşılan problemlerden biri olarak öğrenciler üniversiteye kaydoldukları andan itibaren, üniversite hayatı boyunca ikamet edecekleri yere en yakın aile hekiminin gözetimine girerek sahipsiz bırakılmamalıdır. Bu yönde sağlık politikalarının revize edilerek, öğrencilerin kayıtlı olduğu aile hekimini güncellemesi teşvik edilmelidir.
- ✓ Üniversite öğrencileri sigarayı bırakmaya ve sağlıklı yaşama azami derecede özendirilmeli, belki de bu konularda yapılan kampanyalarla teşvik edilmelidir. En azından sigarayı bırakmayı isteyen gençler desteklenerek cesaretlendirilmeli, sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmelidir.



KAYNAKÇA

1. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. İLETİŞİM. 2013;73-92.
2. Copurlar C, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? TJFMPC. 2016;10(1):40.
3. 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(3):259-67.
4. Erkoç Y, Göçmen L, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, World Health Organization, Regional Office for Europe. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011.
5. Hls-Eu C. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. 2012;25(6):1053-8.
6. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(4):321-6.
7. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. Journal of general internal medicine. 1998;13(12):791-8.
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(8):1273-6.
9. Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları, Ankara. 2014;17-66.
10. SSS : Akılcı İlaç Kullanımı [İnternet]. [a.yer 20 Şubat 2020]. Erişim adresi: http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=599
11. Dikici MF, Şahin MK. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı. Special Topics. :5.
12. Organization WH. Antimicrobial resistance: a threat to global health security. Rational use of medicines by prescribers and patients A. 2005;58.
13. Oktay Ş. Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri. Türk Geriatri Dergisi. 2006;9:15-8.
14. Kurumu TSG. Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı: 2013. SGK yayın no. 93.
15. İncesu E. Rational use in drug health literacy: A public hospital patients on an investigation. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2017;4(1):28-38.
16. Kesgin C, Topuzoğlu A. Sağlık tanımı: başa çıkma. 2006;

17. Gül G. Okuryazarlık Sürecinde Aile Katılımının Rolü. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi. 01 Şubat 2007;8(01):17-32.
18. Okuryazarlık [İnternet]. [a.yer 20 Nisan 2020]. Erişim adresi: <https://tr.wikipedia-on-ipfs.org/wiki/Okuryazarlık>
19. Seyret M. K.K.T.C YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ. :89.
20. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics. 2006;
21. Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. Health literacy: a prescription to end confusion. National Academies Press; 2004.
22. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, vd. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health. 2012;12(1):80.
23. Utma S. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı ve Sağlık Haberlerini Doğru Okumak. IBAD Sosyal Bilimler Dergisi. 31 Aralık 2018;223-31.
24. Tözün M, Sözmen MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı Health Literacy with Perspective of Public Health. :7.
25. ERTAŞ H, KIRIÇ R, DEMİR RN. DİJİTAL OKURYAZARLIK VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.
26. Çınar S, Ay A, Boztepe H. Çocuk Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 14(2):25-39.
27. Ratzan SC, Parker RM. Health literacy. National library of medicine current bibliographies in medicine Bethesda: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services. 2000;
28. İşler DAO. 18-65 YAŞ ARASI KİŞİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. :144.
29. Özdemir Y. AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: KAHRAMANMARAŞ İLİ ÖRNEĞİ. 2018;110.
30. Kanj M, Mitic W. Consultants to the Eastern Mediterranean Region. İçinde: World Health Organization Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document. 2009. s. 1-46.

31. Yilmazel G, Cetinkaya F. The importance of health literacy for community health. TAF Prev Med Bull. 2016;15(1):69.
32. Tatar DM. KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI. :111.
33. Pleasant A, Kuruvilla S. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. Health promotion international. 2008;23(2):152-9.
34. Çiftci Kİ. KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK BAKIM HİZMETİNİN BELİRLENMESİ. :80.
35. Kickbusch I, Pelikan JM. Sağlık okuryazarlığı Sağlam kanıtlar. :86.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı [İnternet]. [a.yer 19 Nisan 2020]. Erişim adresi: <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,61665/tc-saglik-bakanligi-2019-2023--stratejik-plani.html>
37. Güven A. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE HASTA GÜVENLİĞİ İLİŞKİSİ. 2016;170.
38. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social science & medicine. 2008;67(12):2072-8.
39. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. Health promotion international. 2005;20(2):195-203.
40. Deniz S, Öztaş D, Akbaba M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. :15.
41. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, vd. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC public health. 2013;13(1):948.
42. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. American journal of health behavior. 2007;31(1):S19-26.
43. Chiarelli L. The Impact of Low Health Literacy on Chronic Disease Prevention and Control. Canadian Public Health Association Publication. 2006;
44. Levin-Zamir D, Baron-Epel OB, Cohen V, Elhayany A. The association of health literacy with health behavior, socioeconomic indicators, and self-assessed health from a national adult survey in Israel. Journal of health communication. 2016;21(sup2):61-8.
45. Ussher M, Ibrahim S, Reid F, Shaw A, Rowlands G. Psychosocial correlates of health literacy among older patients with coronary heart disease. Journal of health communication. 2010;15(7):788-804.

46. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, vd. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2011;199(1):941.
47. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC family practice*. 2013;14(1):40.
48. Rudd RE, Moeykens BA, Colton TC. Health and literacy: a review of medical and public health literature. Office of Educational Research and Improvement. 1999;
49. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A. Health literacy. WHO Regional Office for Europe; 2013.
50. Sariyar S, Firat Kiliç H. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 30 Temmuz 2019;126-31.
51. American Medical Association AHC on the C on SA. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA*. 1999;281(6):552-7.
52. Thompson TL, Parrott R, Nussbaum JF. *The Routledge handbook of health communication*. Routledge; 2011.
53. Ertuğrul B, Albayrak S. Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Belirlemede Kullanılabilecek Bazı Ölçekler. *SAĞLIK VE TOPLUM*. 11 Haziran 2020;30(2):16-22.
54. Sezer A. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ. :79.
55. Türkiye’de okuryazarlık oranı yükseldi [İnternet]. *Haberizlenim*. 2018 [a.yer 19 Nisan 2020]. Erişim adresi: <https://www.haberizlenim.com/turkiyede-okur-yazarlik-orani-yukseldi-5556h.htm>
56. Türkiye’nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ölçüldü [İnternet]. [a.yer 18 Nisan 2020]. Erişim adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>
57. Sağlık okuryazarlığındaki yetersizlik, sağlık politikalarının başarısını etkiliyor [İnternet]. *Medikal Akademi*. 2016 [a.yer 17 Nisan 2020]. Erişim adresi: <https://www.medikalakademi.com.tr/saglik-okuryazarligindaki-yetersizlik-saglik-politikalarinin-basarisini-etkiliyor/>
58. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR) Mayıs. 2016;24-41.
59. Bakanlığı S. Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı. Erişim: <https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html>. 2014;

60. Kutlu G, Akbulut Y. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Politikalarının Hastaneler Açısından Değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi. 2019;11(1):132-43.
61. STRATEJİK PLAN - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI 2019-2023 [İnternet]. [a.yer 19 Nisan 2020]. Erişim adresi: <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/>
62. Akbulut Y. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. İçinde: F Yıldırım & A Keser (Ed), Sağlık Okuryazarlığı. 2015;113-32.
63. Hekimliği A, Tanımı GPA. WONCA. 2002. Erişim tarihi: 15/08/2016.
64. Cifuentes M, Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Albright K, Weiss BD, vd. Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit. Prepared by Colorado Health Outcomes Program University of Colorado; 2014.
65. Çati K. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ. 2018;14(1):22.
66. Erel KV, Erel Ö, Demirağ S. İlaç Kullanımının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Alanındaki Yeri. Special Topics. :4.
67. Organization WH. Guidelines for the assessment of herbal medicines. Geneva: World Health Organization; 1991.
68. Kayaalp O. Farmakoloji. 12. baskı, Ankara: Pelikan Yayıncılık Ltd. Şti; 2009.
69. Sezer Z. Akılcı İlaç Kullanımı ve Farmakoekonomi. Special Topics. :7.
70. İnal A. Akılcı İlaç Kullanımının Farmasötik Yönleri. Special Topics. :4.
71. Akıcı A, Uğurlu MÜ, Gönüllü N, Oktay Ş, Kalaça S. Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Sted. 2002;11(7):253-7.
72. Kalyoncu Nİ, Yarış E. Akılcı ilaç kullanımında hekim sorumluluğu. Toplum ve Hekim. 2004;19(5):359-63.
73. HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ. :6.
74. ÇALIKOĞLU O. Erzurum il merkezinde çalışan pratisyen hekimler ile 20 yaş ve üzeri kişilerin akılcı ilaç kullanım boyutları ve etkileyen faktörler. TC Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi Erzurum. 2006;
75. Yorulmaz F. Reçeteleme Kusurları Halk Sağlığını Olumsuz Etkiliyor.
76. Öztürk H, Misirlioğlu N, Mazicioğlu MM. Akılcı İlaç Tedavisine Uyumu Etkileyen Faktörler ve Uyumu Artırıcı Çözüm Önerileri. Special Topics. :7.

77. Özçelikay G. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÜZERİNDE BİR PİLOT ÇALIŞMA : A PILOT STUDY ON RATIONAL DRUG USE. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi. 2001;009-18.
78. Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Sağlam R. Üniversite öğrencilerinde ilaç kullanımı. TAF preventive medicine bulletin. 2010;9(5):505-12.
79. DEMİRBAĞ BC, TİMUR M. Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2012;11(1):1-8.
80. Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7:69-75.
81. Perrie Y, Badhan RKS, Kirby DJ, Lowry D, Mohammed AR, Ouyang D. The impact of ageing on the barriers to drug delivery. Journal of controlled release. 2012;161(2):389-98.
82. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(2).
83. ÖZKISA T, ABUL Y. İlaç Kullanmama Nedenleri. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2013;4(3):97-101.
84. Organization WH. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003.
85. Engeller İKU, Özşahin AK, Haydardedeoğlu FE. Barriers to Drug Adherence. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016;(2016;10(2)):58-62.
86. Akıcı A, Dülger GA, Toklu HZ, Uysal MK. Akılcı ilaç kullanımı sürecinde hasta uyuncuna hekim ve eczacının katkısı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2011;14(3):139-45.
87. Tedavi uyumsuzluğu akilci ilac [İnternet]. AbbVie Türkiye | Global Biyofarma Şirketi. [a.yer 02 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.abbvie.com/basin-odasi/tedavi-uyumsuzlugu-akilci-ilac.html>
88. 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(8):e002749.
89. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, vd. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. Bmj. 2006;333(7557):15.
90. Zedler BK, Kakad P, Colilla S, Murrelle L, Shah NR. Does packaging with a calendar feature improve adherence to self-administered medication for long-term use? A systematic review. Clinical therapeutics. 2011;33(1):62-73.

91. Azrin NH, Teichner G. Evaluation of an instructional program for improving medication compliance for chronically mentally ill outpatients. *Behaviour Research and Therapy*. 1998;36(9):849-61.
92. Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krähenbühl S. Drug-related problems in hospitals. *Drug safety*. 2007;30(5):379-407.
93. Şensoy N. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımını Yaygınlaştırma Faaliyetleri. *Special Topics*. :4.
94. Uğur BİLGE, İlhami ÜNLÜOĞLU. AİLE HEKİMLİĞİNDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI. 7. bs. İSTANBUL: TAHEV Yayınları; 2019. 184 s.
95. Organization WH. Promoting rational use of medicines: core components. Geneva: World Health Organization; 2002.
96. AKSOY M, ALKAN A, İŞLİ F. Sağlık Bakanlığı’nın Akılcı İlaç Kullanımını Yaygınlaştırma Faaliyetleri. *Turkiye Klinikleri Pharmacology-Special Topics*. 2015;3(1):19-26.
97. S. Oğuz KAYAALP. TÜRKİYE İLAÇLA TEDAVİ KILAVUZU. Pelikan Tıp Teknik Yayıncılık; 2011. 1077 s.
98. Hıfzıssıhha TSBRS, Müdürlüğü MBHM. Sonuç raporu. Akılcı ilaç kullanımı çalıştayı. :22-3.
99. Cangir A. Akılcı ilaç kullanımı: Batman ili merkez ilçesinde çalışan aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. 2019;
100. Akıcı A, Gelal A, Erenmemişoğlu A, Melli M, Babaoğlu M, Oktay Ş. AKILCI İLAÇ KULLANIMI EĞİTİMİ UYGULAMA SÜRECİNDE TÜRKİYE’DEKİ TIP FAKÜLTELERİNDE FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALLARININ DURUMUNUN İNCELENMESİ. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2011;29(29):11-20.
101. Akıcı DA. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamaları ve Klinik Farmakoloji Çalışma Grubunun Katkıları. :10.
102. AKICI A. Akılcı İlaç Kullanımının Genel İlkeleri ve Türkiye’deki Güncel Durum. *Turkiye Klinikleri Pharmacology-Special Topics*. 2015;3(1):1-10.
103. İnce K. HEKİMLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDAKİ BİLGİ, KARAR, TUTUM ve DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ; KONYA ÖRNEĞİ. :96.
104. Doğukan MN. Ankara İli Keçiören Sağlık Grup Başkanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi). Ankara, Gazi Üniversitesi. 2008;

105. Soyalan M. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ulusal farmakovijilans sistemi ve mevcut uygulamalar. 2012;
106. UZUNER A. Aile Hekimliği Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. Türkiye Klinikleri Pharmacology-Special Topics. 2015;3(1):45-9.
107. Wearne SM, Brown JB. General Practice Education: Context and Trends. Clinical Education for the Health Professions: Theory and Practice. 2020;1-20.
108. Akıcı A, Kurumlarında UABBS, Kullanımı ÇHYAİ. TC Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı. Ankara; 2013.
109. Demirtaş Z, Dağtekin G, Sağlan R, Alaiye M, Önsüz MF, Işıklı B, vd. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ GEÇERLİLİK ve GÜVENİLİRLİĞİ. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2018;3(3):37-46.
110. Sungur MA, Gamsızkan Z. Düzce Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okur yazarlık düzeyi: Kesitsel bir çalışma. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2020;24(2):117-25.
111. Duong VT, Lin I-F, Sorensen K, Pelikan JM, Van den Broucke S, Lin Y-C, vd. Health literacy in Taiwan: a population-based study. Asia Pacific Journal of Public Health. 2015;27(8):871-80.
112. Kobayashi R, Ishizaki M. Examining the Interaction Between Medical Information Seeking Online and Understanding: Exploratory Study. JMIR cancer. 2019;5(2):e13240.
113. PROF DR SEÇİL ÖZKAN. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİ ARAŞTIRMASI. TC SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ; 2018.
114. Ramezankhani A, Ghafari M, Rakhshani F, Ghanbari S, Azimi S. Comparison of health literacy between medical and non-medical students in Shahid Beheshti Universities in the academic year 92-93. pajoohande. 01 Haziran 2015;20(2):78-85.
115. Şahinöz T, Şahinöz S, Kivanç A. Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. :9.
116. Osman K, Oğuzöncül AF, Deveci SE, Pirinççi E. BİR SOSYAL BİLİMLER MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDA BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 5(1):62-72.
117. Şahin DP. YETİŞKİNLERDE AKILCI İLAÇ KULLANIM BİLGİ DÜZEYİ, TOKAT MERKEZ ÖRNEĞİ. uzmanlık tezi. 2020;99.
118. Kiliç DR. DENİZLİ İLİ PAMUKKALE İLÇESİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN YETİŞKİNLERDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI. uzmanlık tezi. 2020;93.

119. Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005;4(5):223-37.
120. Lee C-H, Chang F-C, Hsu S-D, Chi H-Y, Huang L-J, Yeh M-K. Inappropriate self-medication among adolescents and its association with lower medication literacy and substance use. PloS one. 2017;12(12):e0189199.
121. Özyiğit F, Arikian İ. KÜTAHYA İLİNDE ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI. :7.
122. Yılmaz CK, Kıl A. Individuals' health literacy level and their knowledge and practices with respect to rational drug use. Kontakt. 2018;20(4):e401-7.



EKLER

EK 1. Sosyodemografik Kısa Anket Formu

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ VE BU DURUMUN AKILCI İLAÇ KULLANIMIYLA OLAN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Sayın katılımcı; sizi yaklaşık 10 dk sürecek bir anket çalışmasına davet ediyoruz. Bu çalışmanın amacı: Kocaeli Üniversitesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin saptanması ve bu durumun akılcı ilaç kullanımına etkisinin belirlenmesidir.

Anketin uygulanmasını kabul etmeniz onam verdiğiniz anlamına gelmektedir. Çalışmaya katılmanız halinde anket sorularını eksiksiz yanıtlamanızı istiyoruz. Çalışmadan elde edilen tüm bilgiler sorumlu araştırmacılar tarafından saklı tutulacak ve sadece araştırmanın bilimsel sonuçlarının yayınlanması amacıyla kullanılacaktır.

Bu araştırma ile ilgili her türlü sorularınız için Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR veya Araş. Gör. Dr. Esmâ YAĞIZ (KOÜ Aile Hekimliği Anabilim Dalı-0262 3037527) ile görüşebilirsiniz.

Katkılarınız için teşekkürler ☺

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz -Erkek -Kadın
3. Hangi fakültede okuyorsunuz?
 - Eğitim Fakültesi
 - Fen Edebiyat Fakültesi
 - Hukuk Fakültesi
 - İİBF
 - İletişim Fakültesi
 - Mühendislik Fakültesi
 - Sağlık Bilimleri Fakültesi
 - Spor Bilimleri Fakültesi
 - Teknoloji Fakültesi
 - Tıp Fakültesi
 - Diğer
4. Kaçınıcı sınıftasınız? -Hazırlık -1 -2 -3 -4 -5 -6

5. Nerede kalıyorsunuz?

-Öğrenci evinde -Yurtta -Ailele birlikte -Diğer

6-a. Gelir kaynağınız nedir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

-Ailem yardımcı oluyor -Burs alıyorum -Çalışıyorum

b. Geliriniz giderinize yetiyor mu? -Yetiyor -Yetmiyor

7. Sigara kullanıyor musunuz? -Evet -Hayır

8. Geçtiğimiz hafta (ders kitabı hariç) kitap okumak için kaç dk zaman ayırdınız?.....

9. Toplum içinde sosyal statünüzü nasıl değerlendiriyorsunuz? (ekonomik ve kültürel açıdan)

a. Ekonomik açıdan

-Çok düşük
-Düşük
-Orta
-Yüksek
-Çok yüksek

b. Kültürel açıdan

-Çok düşük
-Düşük
-Orta
-Yüksek
-Çok yüksek

10. Boy:..... cm

Kilo:.....kg

11-a. Annenizin öğrenim durumu nedir?

-Okur yazar değil
-İlk okul
-Orta okul
-Lise
-Üniversite

11-b. Babanızın öğrenim durumu nedir?

-Okur yazar değil
-İlk okul
-Orta okul
-Lise
-Üniversite

12. Sağlık güvenceniz var mı? -Var -Yok

13. 1. Derece yakınlarınızda (anne, baba, kardeş) sağlık personeli olan var mı?

-Evet -Hayır

14. Sağlık durumunuza 0= "çok kötü", 10= "çok iyi" olacak şekilde kaç puan verirsiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren veya düzenli hastaneye gitmenizi gerektiren bir hastalığınız var mı?

-Evet (belirtiniz.....) -Hayır

16. Sağlıkla ilgili konularda bilgi edinmek için hangisini tercih edersiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

-Yazılı kaynaklar (dergi, kitap, gazete vs.) -İnternet
-TV, radyo -Sağlık personeli
-Aile üyeleri -Arkadaş çevresi
-Tıbbi literatür içeren bilimsel kaynaklar -Diğer

17. Herhangi bir sağlık probleminizde genelde ilk olarak hangisine başvurursunuz?

-Acil servis
-Aile hekimliği
-Devlet hastanesi
-Özel hastane

-Eğitim ve araştırma hastanesi

-Üniversite hastanesi

18.a. Son 1 yılda acil servise toplam kaç kez başvurduunuz?

18.b. Son 1 yılda acil servise başvurularınızın kaçında yatarak tedavi aldınız veya hastaneye yatmanız gerekti?



EK 2. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Türkçe Uyarlaması Formu

AVRUPA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE UYARLAMASI

Açıklama: Aşağıda sağlık, hastalık, ilaçlar gibi konularda bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her ifadede belirtilen konunun sizin için zorluk derecesini işaretleyiniz.

		1. Çok Zor	2. Zor	3. Kolay	4. Çok Kolay	5. Bilmiyorum
	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?					
1.	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri ile ilgili bilgi bulmak					
2.	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgi bulmak					
3.	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini bulmak					
4.	Hastalandığınız zaman profesyonel yardımı nereden alacağınızı bulmak					
5.	Doktorunuzun size ne dediğini anlamak					
6.	İlacınızın prospektüsünü anlamak					
7.	Acil bir tıbbi durumda ne yapılması gerektiğini anlamak					
8.	Doktorunuzun ya da eczacınızın reçeteli bir ilacı nasıl kullanmanız gerektiği ile ilgili talimatlarını anlamak					
9.	Doktordan aldığımız bilginin size ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek					
10.	Farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
11.	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
12.	Bir hastalıkla ilgili medyadaki bilginin güvenilirliğine karar vermek					
13.	Hastalığınızla ilgili karar verirken doktorun verdiği bilgiyi kullanmak					
14.	İlaç tedavisinde talimatları takip etmek					
15.	Acil bir durumda ambulans çağırmak					
16.	Doktorunuzun ya da eczacınızın talimatlarını takip etmek					
17.	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi bulmak					
18.	Stres ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgiyi bulmak					
19.	Olmanız gereken aşılardan ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak					
20.	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol gibi durumları önleme veya başa çıkma ile ilgili bilgi bulmak					
21.	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışlar hakkındaki sağlık uyarılarını anlamak					
22.	Aşıya neden ihtiyacınız olduğunu anlamak					
23.	Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak					

24.	Sigara içmek, yetersiz fiziksel aktivite ve aşırı alkol tüketimi gibi konularla ilgili sağlık uyarılarının ne kadar güvenilir olduğuna karar vermek					
25.	Genel sağlık kontrolü için doktora ne zaman gidilmesi gerektiğine karar vermek					
26.	Hangi aşılara ihtiyacınız olduğuna karar vermek					
27.	Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek					
28.	Sağlık riskleri hakkında medyadaki bilgilerin güvenilirliğine karar vermek					
29.	Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek					
30.	Aileniz ve arkadaşlarınızın tavsiyelerine dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek					
31.	Medyadaki bilgilere dayanarak kendinizi hastalıklardan nasıl koruyacağınıza karar vermek					
32.	Egzersiz, sağlıklı yiyecekler ve beslenme gibi sağlıklı aktiviteler hakkında bilgi bulmak					
33.	Ruh sağlığımız için iyi olan aktiviteleri bulmak					
34.	Yaşadığınız çevrenin nasıl daha sağlık dostu bir yer haline gelebileceği hakkında bilgi bulmak					
35.	Sağlığı etkileyebilecek politika değişikliklerini bulmak					
36.	İş yerinde sağlığınızı geliştirme ile ilgili girişimleri bulmak					
37.	Aile üyelerinin ya da arkadaşların sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak					
38.	Gıda ambalajlarındaki bilgiyi anlamak					
39.	Nasıl daha sağlıklı olunacağı ile ilgili medyadaki bilgiyi anlamak					
40.	Akıl sağlığımızı nasıl koruyacağımızla ilgili bilgiyi anlamak					
41.	Yaşantımızın sağlığımızı ve iyilik halimizi nasıl etkilediğine karar vermek					
42.	Konut koşullarının sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğuna karar vermek					
43.	Gündelik davranışlarımızdan hangisinin sağlığınızla ilgili olduğuna karar vermek					
44.	Sağlığınızı geliştirmek için kararlar almak					
45.	İstedığınız zaman bir spor kulübüne ya da spor salonuna katılmak					
46.	Sağlığınızı ve iyilik halinizi etkileyen yaşam koşullarınızı kontrol etmek					
47.	Sosyal çevrenizde sağlık ve iyilik halinizi geliştirecek aktivitelere katılmak					

EK 3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Formu

AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki soruları size en uygun şıkki işaretleyerek yanıtlayınız.

Ölçek Maddeleri	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.			
2. Benzer şikayetleri olan yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.			
3.Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.			
4. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.			
5. Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.			
6.İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.			
7. İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.			
8. İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.			
9. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.			
10. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.			
11. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.			
12. Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.			
13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.			
14. İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.			
15. Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.			
16. Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.			
17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.			
18. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.			
19. Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.			
20. Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.			
21. Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.			

EK 4. Etik Kurul Onayı

T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ		GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		EUA Kocaeli University Association		BSP LABORATORY		
Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu						
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ						
	Telefon	0262 303 74 50						
	Faks	0262 303 74 63						
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr						
Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Kocaeli Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Bunun Akılcı İlaç Kullanımına Etkisi						
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2019/304						
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR						
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği						
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Medikososyal Tesisler Aile Hekimliği Polikliniği						
	Destekleyici							
	Araştırmacının Türü	Uzmanlık Tezi						
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli	<input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli	<input type="checkbox"/>	Ulusal	<input checked="" type="checkbox"/>	Uluslararası
Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama				
	Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anket Çalışması				
	Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu		Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa				
		Onay Formu	08.05.2019/KOGOEK01.4	1/2				

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2019/48-081 Proje No: 2019/304 Tarih: 1.11/2019
	Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input checked="" type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	---

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahl	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloj ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Semil Seicen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Gereke ve öneriler:

ASLI GIBİDİR

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Onay formu	08.05.2019/KOGOEK01.4	2/2

EK 5. ASOY-TR 47 Ölçeği Kullanım İzni



PINAR OKYAY <pinarokyay@adu.edu.tr>

29.09.2020 Sal 20:59

Kime: esma bilgili



2 ek (47 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Sevgili Esm,

Ekinizi açamadım. Yazdım bu durumu zannediyordum ama taslaklarda görünce şimdi ölçekleri göndereyim dedim. Sanırım ölçek kullanım izni istiyorsunuz. Her iki ölçeği de kullanabilirsiniz. Amacına hizmet etmiş olur. Ekte yönergelerini gönderiyorum. Sevgiler.

Pınar

esma bilgili <hekim_e@hotmail.com>, 12 Eyl 2020 Cmt, 23:59 tarihinde şunu yazdı:



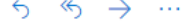
EK 6. AİKÖ Kullanım İzni



zeynep demirtaş <zeynepdemirtas@gmail.com>

19.06.2020 Cum 21:39

Kime: Siz



akılcı ilaç ölçeği.docx
14 KB

Merhaba,

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Akılcı ilaç kullanımı ölçeği ektedir.

Ölçeğe verilen cevaplar Evet : 2 puan, Bilmiyorum:1 puan, Hayır:0 puan şeklinde puanlanmaktadır.

2, 5, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20. maddeler ters önerme olup tam tersi puanlanmaktadır.

Ölçekten alınan puanlar arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi artmaktadır. Ölçek için kestirim değeri 34 puan olarak belirlendi.

35 puan ve üzeri akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olarak değerlendirilebilir veya ölçekten alınan puan arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi artıyor olarak değerlendirilebilir.

İyi çalışmalar dilerim

esma bilgili <hekim_E@hotmail.com>, 18 Haz 2020 Per, 14:17 tarihinde şunu yazdı:

Sayın hocam, ben Kocaeli Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan araştırma görevlisi Esmâ Yağız. Uzmanlık tezim için yürütmeyi planladığım araştırmamda bireylerin akılcı ilaç kullanımı durumlarının tespiti konusunda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçeğe ihtiyacım bulunmaktadır. Araştırmamı izinleriniz olduğu takdirde tarafınızca geliştirilen "AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ"ni kullanarak yürütmek isterim. Değerli ölçeğinizi çalışmamda kullanabilmem hususunda izinlerinizin beni çok mutlu edeceğini belirtmek ister ve saygılarımı sunarım.