



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

**İSTANBUL İLİNDE BULUNAN YATAKLI TEDAVİ  
KURUMLARININ KURUMSAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ – TÜRKİYE İÇİN ÖZEL ÖLÇEK  
GELİŞTİRİLMESİ**

ŞEYDA DÜNDAR EGE

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. OSMAN EROL HAYRAN

İSTANBUL-2022

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans ( ) Doktora (X)  
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi  
Tez Sahibi : Şeyda DÜNDAR EGE  
Tez Başlığı : İstanbul İlinde Bulunan Yataklı Tedavi Kurumlarının  
Kurumsal Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirilmesi-Türkiye  
İçin Özel Ölçek Geliştirilmesi  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 09.05.2022

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

<u>Danışman</u>	<u>Kurumu</u>	<u>İmza</u>
Prof.Dr. Osman Erol HAYRAN	İstanbul Medipol Üniversitesi	

### Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Pakize YİĞİT	İstanbul Medipol Üniversitesi
Prof.Dr. Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
Prof.Dr. Hacer Özgen NARCI	İstinye Üniversitesi
Doç.Dr. Emre İŞÇİ	Marmara Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Doktora Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun  
...../...../ ..... tarih ve ...../..... - ..... sayılı kararı ile şekil  
yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Vekili**

## ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmam tamamen kendi çalışmamdır. Tezin planlandığı andan yazımına kadar, bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

**Şeyda DÜNDAR EGE**

## TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmam oldukça uzun, yorucu ve hatta oldukça yıpratıcı bir macera şeklinde sürdü. Bu maceramda ve tüm yaşamımda, mutluluk ve motivasyon kaynağım, her daim varlığından ötürü gurur duyduğum oğlum Alp'e, anne olarak beni seçmiş olduğu için sonsuz teşekkür ederim. Maceranın her aşamasında, beni gönülden destekleyen ve yüreklendiren, sıkıntılarımı her daim keyfe dönüştüren, entelektüel anlamda beni hep etkilemeyi başaran, çok sevgili eşim Haluk'a tüm desteği ve varlığı için teşekkür ederim. Biricik kardeşim Funda'ya, varlığı için, zor anlarımda bana motivasyon verdiği için, manevi desteği için ve okuyucu olarak görüşleri için çok teşekkür ederim.

Tüm ailemin, arkadaşlarımla ve dostlarımla göstermiş olduğu yakın ilgileri, arayarak tebrik etmeleri, kutlamaları için ayrıca teşekkür ederim. Sevildiğini hissetmenin verdiği güç çok değerliydi.

Bana bu maceramda, çok önemli ve değerli bir destek veren sevgili hocam Prof. Dr. Osman Hayran'a sonsuz teşekkürler ederim. Kendisinin vermiş olduğu desteği ömrüm boyunca unutmayacağım. Tez süresi boyunca, ne zaman başım sıkışsa anında verdiği cevaplar, son derece nazik yaklaşımları, zaman zaman yüreklendirip, zaman zaman beni zorlayarak hep daha iyisine ulaşmamı sağlamaya çalışması muhteşemdi. Bana tüm yüksek lisans ve doktora eğitim hayatımda olduğu gibi, hep daha fazla bilgiyi öğretmek için çabaladı. Hayatımda özel bir yeri hep olacaktır.

Yüksek lisans ve doktora eğitimimde bende önemli iz bırakan hocalarımla Prof. Dr. Hacer Özgen Narcı ve Prof. Dr. Haydar Sur'a da teşekkürlerimi sunmak isterim.

Başta Prof. Dr. Nesrin Emekli olmak üzere, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne, Enstitü sekreteri Sn. Göknil Erbatu Çelik'e, tüm Enstitü Yönetim Kurulu'na ve tüm enstitü çalışanlarına göstermiş oldukları yakın ilgi ve alaka için teşekkürü bir borç bilirim.

Uzman olarak görüşlerine başvurduğum; Prof. Dr. Osman Hayran, Prof. Dr. Haydar Sur, Prof. Dr. Hacer Özgen Narcı, Prof. Dr. Mithat Kıyak, Prof. Dr. Zafer Öztekin ve Prof. Dr. Burak Bekaroğlu hocalarıma çalışmama zaman ayırdıkları için saygılarımı ve teşekkürlerimi ifade etmek isterim.

Ekte listesi bulunan hastanelerin değerleri yöneticilerine, bilime verdikleri destek ve katkılar nedeniyle saygılarımı sunuyorum.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Sağlık Okuryazarlığı (SOY).....	5
4.2. Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı (KSOY).....	12
4.2.1. KSOY çalışmaları konusunda farklı yaklaşımlar.....	15
4.2.1.1.Sağlık okuryazarı kurumların taşıması gereken 10 özellik... 15	
4.2.1.2.Viyana KSOY bildirgesi modeli (V-HLO).....	22
4.2.1.3.Harvard Üniversitesi çalışması.....	25
4.2.1.4.Brega ve ark. tarafından 2019 yılında yapılan çalışma.....	25
4.2.1.5.Bremer ve ark. tarafından 2021 yılında yayınlanan araştırma.....	26
4.2.1.6.Lubasch ve ark. tarafından KSOY konusunda yapılmış araştırma.....	27
4.2.1.7.Birinci basamak sağlık kuruluşları için yapılmış öz değerlendirme çalışması.....	27
4.2.2. KSOY konusunda önemli çalışmaların karşılaştırılması.....	28

4.3. Farklı Statüdeki Hastane Grupları.....	32
4.3.1. Kamu hastaneleri.....	32
4.3.2. Eğitim araştırma (dal) hastaneleri.....	33
4.3.3. Özel hastaneler.....	33
4.3.4. Dijital (kağıtsız) hastaneler (HIMMS).....	34
4.3.5. JCI belgeli hastaneler.....	35
4.4. Ölçek Geliştirme Aşamalarına İlişkin Genel Bilgiler.....	35
4.4.1. Ölçek geliştirme ya da ölçek uyarlama.....	36
4.4.2. Ölçekleme modelleri.....	36
4.4.3. Ölçeklerde değişken sayısı.....	38
4.4.4. Kuramsal kavramın amaçlanan anlamını ve genişliğini araştırma... 38	
4.4.5. Örneklem seçimi için yöntem belirlenmesi.....	41
4.4.6. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi.....	41
4.4.7. Kapsam geçerliliği sağlanması.....	42
4.4.8. Toplanan verinin kalitesinin değerlendirilmesi.....	45
4.4.9. Toplanan verinin faktör analizine uygunluğunun araştırılması... 45	
4.4.10. Ortak faktör analizi uygulanması.....	45
4.4.11. Faktör çıkarma yönteminin seçilmesi.....	46
4.4.12. Faktör sayısı konusunda karar verilmesi.....	47
4.4.13. Faktörlerin yerlerinin değiştirilmesi (Faktör döndürme).....	47
4.4.14. Geçerlilik.....	47
4.4.15. Güvenilirlik.....	48
4.4.16. Sonuçların açıklanması.....	49
<b>5. MATERYAL VE METOD.....</b>	<b>51</b>
5.1. Taslak Ölçeğin Hazırlanması.....	51
5.2. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi.....	53

5.3. Veri Toplama ve Analizler.....	55
5.4. İstatistik Analizler.....	57
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>60</b>
6.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	60
6.2. Hastanelerin Faaliyet Sürelerinin Dağılımı.....	61
6.3. Hastane Türlerinin Dağılımı.....	61
6.4. Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (KSOY).....	62
6.5. KSOY Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	63
6.6. KSOY KMO ve Bartlett Küresellik Testi .....	66
6.7. KSOY Ölçeği Başlangıç Ortak Değerlerinin Gösterimi.....	67
6.8. KSOY Ölçeği Faktör Analizi Özdeğerleri ve Açıklanan Toplam Varyanslar.....	68
6.9. KSOY Ölçeği Güvenilirlik Analizi.....	70
6.10.KSOY Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	72
6.11.KSOY Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	74
6.12.KSOY Uyum Ölçütleri.....	76
6.13.Gözlem Formu.....	79
6.14.KSOY Ölçeği ile Gözlem Formunun Birbirleriyle İlişkisi.....	83
6.15.Hastane Türlerine Göre Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	84
6.16.KSOY Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Gözlem Formu Toplam Puanı Üzerine Etkilerinin Regresyon Analizi Uygulaması.....	86
6.17.KSOY Ölçeği Alt Boyut Puanlarıyla Gözlem Formu Toplam Puanı Arasındaki İlişki.....	88
6.18.Tanımlayıcı Özelliklerin KSOY Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi.....	90
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>92</b>
<b>8. SONUÇ.....</b>	<b>97</b>
<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>99</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>116</b>
<b>11. ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>125</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>127</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ABD</b>	:Amerika Birleşik Devletleri
<b>DSÖ</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>EAH</b>	:Eğitim Araştırma Hastanesi
<b>EHII</b>	:European Health Information Initiative – Avrupa Sağlık Enformasyon Teşebbüsü
<b>HHS</b>	:US Department of Health and Human Services- ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı
<b>HIMMS</b>	:Healthcare Information and Management Systems Society – Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu
<b>HLS-EU</b>	:The European Health Literacy Survey-Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
<b>HLS-EU Consortium</b>	:The European Health Literacy Survey Consortium-Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu
<b>IOM UN</b>	:International Organization for Migration-Birleşmiş Milletler Uluslararası Göç İdaresi
<b>JCI</b>	:Joint Commission International – Uluslararası Ortak Komisyon
<b>JCAHO</b>	:Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – Sağlık Kuruluşları Ortak Akreditasyon Komisyonu
<b>KSOY</b>	:Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı
<b>M-POHL</b>	:Action Network – Measuring Population and Organizational Health Literacy – Nüfus ve Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı Ölçen Eylem Ağı
<b>NABH</b>	:National Accreditation Board for Hospitals – Ulusal Hastane Akreditasyon Kurulu
<b>SOY</b>	:Sağlık Okuryazarlığı
<b>V-HLO</b>	:Vienna Health Literate Organization-Viyana KSOY Bildirgesi Modeli



## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 4.1</b>	: Viyana KSOY Bildirgesi Özeti .....	24
<b>Tablo 4.2</b>	: KSOY Konusunda Literatür Özet Tablosu.....	29
<b>Tablo 5.1</b>	: Örneklem Seçim Tablosu.....	54
<b>Tablo 6.1</b>	: Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	59
<b>Tablo 6.2</b>	: Araştırma Grubundaki Hastanelerin Faaliyet Sürelerine Göre Dağılımı .....	60
<b>Tablo 6.3</b>	: Hastanelerin Türlerine Göre Dağılımı.....	60
<b>Tablo 6.4</b>	: KSOY Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı.....	61
<b>Tablo 6.5</b>	: KSOY Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları .....	63
<b>Tablo 6.6</b>	: Faktör Analizi Alt Boyutlar ve İlgili Maddeler.....	64
<b>Tablo 6.7</b>	: KSOY Ölçeği KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları	65
<b>Tablo 6.8</b>	: KSOY Ölçeği Başlangıç Ortak Değerlerinin Gösterimi....	66
<b>Tablo 6.9</b>	: KSOY Ölçeği Faktör Analizi Özdeğerleri ve Açıklanan Toplam Varyanslar.....	68
<b>Tablo 6.10</b>	: KSOY Ölçeği Madde Dağılımı ve İç Tutarlılık Değerleri..	69
<b>Tablo 6.11</b>	: KSOY Ölçeği Faktörlerini Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri.....	70
<b>Tablo 6.12</b>	: KSOY Ölçeği Puanlarının Alt Boyutlara Göre Dağılımı...	71
<b>Tablo 6.13</b>	: Yapısal Eşitlik Modelindeki İlişkiler ve Parametre Tahmin Değerleri .....	74
<b>Tablo 6.14</b>	: KSOY Ölçeği Doğrulamalı Faktör Analizine Ait Uyum Ölçütleri .....	76
<b>Tablo 6.15</b>	: Gözlem Formu Bulguları.....	78
<b>Tablo 6.16</b>	: Gözlem Formu Puanlarının Dağılımı.....	81
<b>Tablo 6.17</b>	: Ölçeklerin Birbirleriyle İlişkisi.....	82
<b>Tablo 6.18</b>	: Hastanelere Göre Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	83
<b>Tablo 6.19</b>	: Model Özeti.....	86
<b>Tablo 6.20</b>	: KSOY Ölçeği Alt Boyut Puanlarıyla Gözlem Formu Toplam Puanı Arasındaki İlişki.....	87
<b>Tablo 6.21</b>	:Tanımlayıcı Özelliklerin KSOY Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi.....	88

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 4.1</b>	: Pub Med YÖK Tez Merkezi ve Dergipark Akademik Veri Tabanındaki KSOY ile İlgili Yayınların Yıllara Göre Dağılımı .....	31
<b>Şekil 4.2</b>	: Ölçek Geliştirme Araştırmalarında Basamaklar .....	49
<b>Şekil 6.1</b>	: KSOY Ölçeği Scree Plot Grafiği.....	68
<b>Şekil 6.2</b>	: KSOY Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	72
<b>Şekil 6.3</b>	: KSOY Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Grafiği.....	73
<b>Şekil 6.4</b>	: Gözlem Formu Puan Dağılımı.....	81
<b>Şekil 6.5</b>	: Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	83
<b>Şekil 6.6</b>	: Hastanelere Göre Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	85

## 1. ÖZET

### İSTANBUL İLİNDE BULUNAN YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ KURUMSAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ – TÜRKİYE İÇİN ÖZEL ÖLÇEK GELİŞTİRİLMESİ

Bu çalışma, kurumsal sağlık okuryazarlığı (KSOY)'nı ölçmek amacıyla, Haziran - Ağustos 2021 aylarında, İstanbul ilinde faaliyet gösteren yataklı tedavi kurumlarında yapılmış bir ölçek geliştirme çalışmasıdır. Literatürden yararlanarak hazırlanan ölçek maddeleri uzman görüşleri alınarak şekillendirilmiş, ön uygulaması yapılmış ve amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenen farklı statülerdeki 47 hastanede, toplam 472 yönetici/karar verici kişiden anketler yoluyla veri toplanmış, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Geliştirilen KSOY ölçeği için keşfedici faktör analizinde Varimax rotasyonu uygulandığında maddelerin 5 faktör altında toplandığı ve açıklayıcılık katsayısının %78,9 olduğu görülmüştür. Keşfedici Faktör Analizinin uygulanabilirliğinin ölçümü için Kaiser-Meyer-Olkin yeterlilik ölçümü 0.959, Bartlett's Küresellik testi ise 0.001 düzeyinde anlamlı bulunmuştur. KSOY ölçeği sorularının iç tutarlılığını gösteren Cronbach's alfa değerleri; liderlik & yönetim boyutu için 0,987, iletişim boyutu için 0,946, operasyonel erişim boyutu için 0,954, bina içi erişim boyutu için 0,948 ve bina dışı erişim boyutu için 0,841 olarak saptanmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach's alfa değeri 0,975 olup, yüksek derecede güvenilirdir. KSOY ölçeği ile eş zamanlı olarak 95 soruluk gözlem formu hazırlanarak, sağlık hizmet kullanıcılarının KSOY konusundaki gözlemlerine başvurulmuştur. KSOY ölçeği ile gözlem formlarına verilen cevaplar istatistiksel olarak karşılaştırılmış ve KSOY ölçeği ile Gözlem Formu arasında her boyutta anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu şekilde, ölçeğin kriter geçerliliği de sağlanmıştır. KSOY konusunda daha önce geliştirilmiş geçerli ve güvenilir bir ölçek olmadığı için, bu çalışmada geliştirilen ölçeğin literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Kurumsal sağlık okuryazarlığı, ölçek geliştirme, sağlık okuryazarlığı, sağlık politikaları, sağlık yönetimi

## **2.ABSTRACT**

### **SCALE DEVELOPMENT FOR ORGANIZATIONAL HEALTH LITERACY**

This is a scale development study to measure organizational health literacy (OHL), conducted in inpatient treatment institutions operating in the province of Istanbul, in June - August 2021. For this purpose, the scale items are prepared by making use of international publications and are shaped by taking expert opinions, a pilot study is conducted and data is collected from a total of 472 managers/decision makers in 47 hospitals with different statuses which were determined by purposive sampling method. The validity and reliability analyzes are made. In the exploratory (explanatory) factor analysis for the developed OHL scale, when Varimax rotation is applied, it is seen that the items are gathered under 5 factors and the explanatory coefficient is 78.9%. While measuring the applicability of exploratory (explanatory) Factor Analysis, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) proficiency measurement is found significant at 0.959 and Bartlett's Sphericity test at 0.001 levels. Cronbach's alpha values, which show the internal consistency of the OHL scale questions, are determined as 0.987 for the leadership&management dimension, 0.946 for the communication dimension, 0.954 for the operational access dimension. It is determined as 0.948 for indoor access dimension and 0.841 for outdoor access dimension. The total Cronbach's alpha value of the developed OHL scale is 0.975 which is highly reliable. At the same time as the OHL scale, an observation form of 95 questions is prepared and the observations of health service users about OHL are taken. The responses given to observation forms are compared statistically with the OHL scale and a significant relationship is found between the OHL scale and the Observation Form in all dimensions. In this way, the criterion validity of the scale is also ensured. The scale developed to determine the level of organizational health literacy in hospitals is a highly valid and reliable scale. This study will contribute to the literature since there is no previously developed valid and reliable scale on OHL.

**Keywords:** Health literacy, health management, health policy, organizational health literacy, scale development

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde karmaşık yapılı sağlık sistemleri hizmet kullanıcıları açısından zorluklarla doludur. Bu karmaşık yapının içerisinde her bireyin, kendi sağlığı ile ilgili bilgileri anlamaları, haklarını ve sorumluluklarını algılamaları ve sağlıkları ile doğru karar vermeleri beklenmektedir. Bu anlamda uzunca bir zaman önce kullanılmaya başlanan bir kavram olarak Sağlık Okuryazarlığı (SOY), bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve iyileştirici temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, anlama ve kullanma kapasitesi anlamına gelmektedir.

SOY, başlangıçta “sağlıkla ilgili önemli bilgileri, randevuları, reçeteleri okuyup anlayabilme becerisi” olarak tanımlanmıştır [1]. Ancak, sağlık okuryazarlığı reçete, broşür, prospektüs okumak ve randevu almaktan daha fazla bir anlam ifade etmektedir. Nutbeam’e göre SOY, “Kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek, bireysel ve toplum sağlığını iyileştirmek için harekete geçmek amacıyla kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması anlamına gelir” demektedir [2]. Parvanta ve arkadaşları da SOY tanımını “Sağlıkla ilgili bilgileri okuma ve anlama becerisi ile aynı zamanda sağlıkla ilgili olarak gerekli olan, bilgiye dayalı bir altyapıyı da ifade etmektedir” şeklinde tanımlamaktadır [3]. Nutbeam’e göre, bireylerin sağlık bilgilerine ulaşmaları ve bu bilgileri etkili bir şekilde kullanabilmeleri halinde, kendi sağlıkları hakkındaki kararlarda daha yetkin hale gelmeleri sağlanabilir [2]. SOY aslında genel okuryazarlık seviyesi ile bağımlıdır. Bu nedenle zayıf okuryazarlık seviyeleri, bireyin kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini sınırlayarak, SOY’nın gelişimini engeller ve toplumun sağlığını doğrudan etkiler [2]. Bireylerin sağlık ile ilgili bilgileri ne şekilde anlamlandırdıklarına dair tahminler yürütürken, aslında SOY’nın okuma becerilerinin ötesindeki yönlerini (mesela, iletişimin gücü, bilimi ve medyayı takip etmenin önemi ve tüm bunları içinde yaşanan toplumun süzgecinden geçirerek özümsemesini) göz önüne almak gereklidir [4]. Ratzan’a göre ise SOY ile eğitim sistemi, kitle iletişimi ve sağlık sistemi arasında önemli bir bağ bulunmaktadır ve SOY toplumun her kesimini ilgilendiren önemli bir ihtiyaçtır [5].

Son yıllarda, SOY ile birlikte Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı (KSOY) da önemli hale gelmiştir. Bir taraftan kişisel SOY eğitiminin önemi vurgulanırken, diğer taraftan KSOY'nın da buna bağlı olarak gelişmesi önem kazanmaktadır. KSOY, sağlık kurumlarının, kendilerinden hizmet almak isteyen tüm bireylere, bulunması, anlaşılması ve kullanılması kolay olan hizmet ve bilgiler sunma, verecekleri kararlarda yardımcı olma becerisi ve bu konularda var olan engelleri kaldırmış olma özelliği olarak tanımlanmaktadır [6].

Buradan hareketle, kurumların çeşitli faaliyetlerle KSOY için hazır hale getirilmesi konusu gündeme gelmektedir. Bir kurumun nasıl kurumsal sağlık okuryazarı bir kurum haline gelebileceği konusunda uluslararası yayınlarda çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Söz konusu çalışmaların bir kısmı gözlemlere dayalı çalışmalar [7], bir kısmı ise yapılacaklar listesi şeklinde yer almaktadır [8-10]. Diğer bir kısmı ise, kısıtlı olmakla birlikte, bir ölçek sunuyor olmasına rağmen [6], bu konuda geliştirilmiş detaylı bir ölçeğe rastlanmamıştır. Üstelik var olan kısıtlı birkaç ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliklerinin test edilmediği görülmektedir. Bu nedenle bu tez konusu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KSOY konusunda yapılan çeşitli çalışmalar referans alınarak planlanan bu tez araştırmasında, KSOY konusunda detaylı bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır. Bu ölçeğin sağlık kurumları tarafından kullanılarak, hizmet sunduğu topluma hazır hale gelebilmesi için yapılması gerekenler olarak kullanılması ve referans bir ölçek haline gelmesi hedeflenmiştir.

## 4. GENEL BİLGİLER

Bireylerin, sağlıkla ilgili broşürleri, ilaç prospektüslerini okuyabilmeleri, sağlıkla ilgili bilgileri anlayabilmeleri ve kullanabilmeleri anlamında kullanılan SOY, günümüzde “Bireylerin, yaşam boyu sağlıklarını geliştirmek, hastalıklardan korunmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla, günlük hayatta yapacakları değerlendirmeler ve verecekleri kararlar için ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerine ulaşma, anlama, değerlendirebilme ve kullanma konusundaki bilgi, motivasyon ve yetenekleri” olarak tanımlanmaktadır [11]. SOY, bireyler açısından ömür boyu süren ve sürekli geliştirilmesi gereken bir öğrenme faaliyetidir.

KSOY ise, “Sağlık kurumlarının, kendilerinden hizmet almak isteyen tüm bireylere, bulunması, anlaşılması ve kullanılması kolay olan hizmet ve bilgiler sunabilme, verecekleri kararlarda yardımcı olma becerisi ve bu konularda var olan engelleri kaldırmış olma özelliği” olarak tanımlanmaktadır [6].

### 4.1. Sağlık Okuryazarlığı (SOY)

Yirminci yüzyılın ortalarına kadar, bulaşıcı hastalıklar ve bebek ölümleri, en önemli sağlık sorunlarının başında gelmekteydi. Tıp biliminin ilerlemesiyle birlikte, geliştirilen aşular ve ilaçlar ile yaşanan çevre koşullarında görülen iyileşmelere ve sağlık hizmetlerinde görülen gelişmelere bağlı olarak yaşam süreleri uzamış ve uzayan ömürler nedeniyle kronik hastalıklar çoğalmaya başlamıştır. Kronik hastalıklar ile mücadelede en önemli faktörler, bireye sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması ve sağlıkla ilgili davranışlarında değişiklik olmasıdır [12].

Sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması için bilgilendirme kadar, sağlıklı yaşam konusunda farkındalık yaratılması da önem taşımaktadır. SOY, bu konuda önemli adımlardan biri olarak görülmektedir [12,13]. Günümüz toplumlarında, sağlıklarını korumaları, geliştirmeleri ve sağlıklı olmaları sürecinde, SOY önemli konu başlıklarından biri olarak güncelliğini sürdürmektedir [13].

İlk kez SOY kavramı, 1974 yılında Simond tarafından ortaya atılmıştır [14]. Başlangıçta, bireylerin ilaç prospektüslerini ve sağlıkla ilgili broşürleri okuyabilmeleri, sağlıkla ilgili bilgileri anlayabilmeleri anlamında kullanılan SOY kavramı, zaman içerisinde değişmiş, genişlemiş ve önem kazanmıştır.

SOY, bireylerin yaşam boyunca, hem kendilerinin hem de toplumun sağlığı ile ilgili temel sağlık bilgisi ve hizmetlerine ilişkin bilgi birikimlerini ifade etmektedir. Söz konusu bilgilere erişimleri, erişilen bilgiyi anlamaları, bu bilgileri yaşam kalitesinin sürdürülmesi ya da geliştirilmesi amacıyla sağlığın geliştirilmesi için kullanmaları olarak tanımlanmaktadır [15]. Bireylerin, sağlıkları ile ilişkili kararlar alabilmeleri için ihtiyaç duyulan temel sağlık bilgilerine ve hizmetlerine erişim, anlama ve yorumlama kabiliyetine sahip olma derecesini ifade eden SOY sağlık ve okuryazarlık alanlarının birleşimi ile ortaya çıkmış güncel bir kavramdır [16,17]. Birleşmiş Milletler Göç İdaresi (IOM), SOY kavramını dört kategoride incelemektedir. Bunlar; dinleme ve konuşma becerilerini içeren sözlü okuryazarlık, okuma ve yazma becerilerini içeren yazılı okuryazarlık, kültürel ve kavramsal bilgi altyapısı ve işlemsel becerilerden oluşmaktadır [17].

Bireylerin sağlık hizmetleri konusunda bilgilenmeleri, sağlığın korunması ve geliştirilmesi uygulamalarını öğrenmeleri [13], kendi sağlıkları ile ilgili konularda sorumluluk alabilmeleri ve kararlara katılabilmeleri açısından SOY büyük önem taşımaktadır [11,13,18].

Toplum sağlığının geliştirilmesi açısından da bireylerin SOY düzeylerinin artırılması önem arz etmektedir. Böylece, etkin sağlık hizmeti kullanımı sağlanacak ve ortalama yaşam süreleri artışına olanak sağlanacaktır [19].

SOY'nın bu derece önemli olmasının nedeni, yapılan araştırmalar sonucunda SOY düzeyi ile sağlık sonuçları arasında ilişki saptanmış olmasından kaynaklanmaktadır. Bireysel SOY düzeyi düşük olanların olumsuz sağlık sonuçları yaşama olasılıklarının 1,5-3 kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir [20]. Yapılan bir araştırmada, düşük SOY ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Düşük SOY ile; sağlık bilgilerini yorumlayabilme becerisinde azalma, artan



hastaneye yatış, artan acil servis kullanımı, azalan aşı yaptırma oranları, azalan mamografi çekirme sıklığı, azalan uygun ilaç kullanımı, azalan sağlık statüsü ve artan ölüm oranları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur [21].

Sağlık harcamalarının azaltılması, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli kullanımı, sağlık sonuçlarında iyileşme gibi nedenlerle SOY, sağlık sektöründe gün geçtikçe önem kazanmakta olan bir konudur. Sağlık hizmetlerinde başarı ve olumlu sonuçların, bireylerin SOY düzeyi ile yakından ilişkili olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır [21].

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) SOY tanımı şöyledir; sağlığın korunması ve geliştirilmesi sırasında bireyin sağlığa ilişkin bilgilere ulaşma, bu bilgileri kavrama ve kullanma motivasyonu ile bilişsel ve sosyal becerilerin tamamını temsil eder [22]. SOY, bireyin ve toplumun sağlığını kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek, bireyin ve toplumun sağlığını iyileştirmek için gerekli bilgi, becerinin yanısıra güven düzeyinin elde edilmesini de ifade etmektedir. Buradan hareketle SOY, prospektüs okumak ve randevu alabilmekten daha fazlası anlamına gelmektedir [22]. SOY, geniş bir yelpaze içinde birçok değişik ve önemli konuyu barındırmaktadır. Söz konusu başlıklar; sağlık hizmetlerinin bilinmesi, sağlıkla ilgili kavramların algılanması, sağlık çalışanlarının önerilerinin anlaşılması, uygun ilaç kullanımı, aydınlatılmış onam formlarının imzalanması, öz bakım becerilerinin şeklinde sıralanabilir [13].

SOY düzeyinin artması ile birlikte, başarılı yaşlanma kavramı daha anlamlı hale gelmektedir. 2018 yılında Samsun ilinde yer alan üniversite hastanesinde yapılan bir araştırmada, SOY düzeyini arttıracak sağlık politikalarının ve uygulamalarının oluşturulmasının ve geliştirilmesinin, toplumun başarılı yaşlanma durumunu sağlayacağı anlaşılmıştır [23].

Başarılı yaşlanma, bireyin kendisini yaşlığa hazırlama döneminde, çevresini ve sosyal ilişkilerini korumaya çalışması, olası sağlık sorunlarını en aza indirmek için koruyucu tedbirler alması, ruhsal ve bedensel fonksiyonlarını geliştirmek için çaba göstermesi ve yaşama pozitif bakabilmek olarak ifade edilen olumlu düşünceler

içinde olması şeklinde tanımlanmaktadır [24]. Farklı bakış açısıyla başarılı yaşlanma; bireyin yaşamını bağımsız şekilde sağlayabilmesi, hastalıklardan kaçınmaya çalışması, yüksek ruhsal ve bedensel işlevsellik ile ilgili faaliyetlerde bulunması, hayata aktif katılım sağlayabilmesi, ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan iyilik haliyle ilişkilidir [25]. Başka bir tanım ise başarılı yaşlanmayı, ruhsal ve bedensel bakımdan yetkinliklerin yüksek olması ve hastalık riskinin düşük olması olarak tasvir etmektedir. [26].

SOY düzeyinin artması, yaşam kalitesi ve etkin sağlık hizmeti kullanımını artışı sağlarken, sağlık hizmet maliyetlerinde düşüşe neden olmaktadır. SOY, etkin kaynak kullanımını, sağlık hizmet kalitesinin gelişimini ve bireyin kendi ve toplum sağlığı ile ilgili doğru karar vermesini sağlamaktadır. SOY sayesinde bireyler, doğru bilgi kaynaklarına daha rahat ulaşabilmekte, daha hızlı karar verebilmekte ve bunun sonucu olarak daha uygun sağlık hizmeti alabilmektedirler. Etkin bir sağlık hizmeti için hizmeti veren ile alan arasında SOY, önemli bir yere sahiptir. Hizmet sağlayıcının etkin iletişimi ve becerileri açısından, hizmet alanın ise anlama ve karar verme noktasında SOY vazgeçilmezdir çünkü; hem yaşam kalitesini artırır hem de sağlık hizmet maliyetlerinden ve zamandan tasarruf sağlar.

SOY düzeyinin düşük olmasının beraberinde getirdiği bir takım olumsuzluklar bulunmaktadır. Bu olumsuzluklar bireyin kendisini doğru ifade edememesi ile başlar, tedaviye uyum sağlayamama, hastalığı hakkında bilgi sahibi olamama, kendi hastalığı ve tedavisi konusunda doğru kararlar alamama ve bunların sonucu olarak da yanlış tedavi ve tıbben hatalı uygulamalara maruz kalmaya kadar uzanır. Bireyin sağlık hizmetlerine erişimi konusunda sıkıntılar yaşanır. Tüm bunlar bireyin kendisi kadar, toplum genelini de etkileme gücüne erişir. Toplumun genel sağlık statüsünde bozulma, buna bağlı olarak sağlık harcamalarında artış, sağlık bakım maliyetlerinin artması, hatalı ilaç kullanımı nedeniyle etkili ve verimli ilaç kullanımında azalma, mortalite oranlarında yükselme, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında azalma ve sağlıksız yaşam tarzının yaygınlaşması sayılabilir [27].

Bir başka araştırmacı SOY'nı, 'Bireyin kendi hastalığı ile ilgili olarak tedavi süresi boyunca alınacak kararlara, bilgi birikimleri, becerileri ve kapasiteleri

ölçüsünde katılabilme durumlarıdır' şeklinde açıklamaktadır [28]. SOY'nın, toplum sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ve geniş bir açıdan değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir [29]. Sınırlı SOY düzeyleri, özellikle kronik hastalıkları olan hastalarda istenmeyen sağlık sonuçlarına ve bireye uygun olmayan sağlık hizmeti kullanımına yol açabilmektedir [30]. SOY düzeyi arttıkça bireyin yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam yılları artmakta ve sağlık hizmeti alan bireyler karar verme sürecine dahil olabilmektedir. Yapılan araştırmalara göre, eğitim düzeyi yüksek bireylerde dahi sınırlı SOY düzeyinin görülebildiği, dolayısıyla SOY'nın sadece eğitim düzeyi ile ilişkilendirmenin doğru olmayacağı düşünülmektedir [31]. SOY, eğitim düzeyinin yanısıra, sosyo-kültürel faktörler ve sağlık hizmetlerinin birleşiminden meydana gelmiş bir kavramdır [32].

Toplumun geneli açısından bakıldığında; etkilenen insan sayısının fazla olması, sağlık sonuçlarının kötü çıkması, kronik hastalıkların prevalansında artış, sağlığa ilişkin doğru iletişimin geliştirilmesine duyulan ihtiyaç ve sağlıktaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması gerekliliği gibi temel konular, SOY'nın toplum sağlığı açısından ne kadar önemli olduğunun açık bir göstergesi niteliğindedir [27].

SOY giderek akreditasyon ve kalite programlarının birer parçası haline gelmektedir. Joint Commission International (JCI), SOY'nın önemini "Hasta bakımında, düşük SOY seviyelerinin ve iletişimin hatalarının olumsuz etkileri en az seviyeye indirilmedikçe hastaların güvenliği garanti edilemez" maddesiyle ifade etmektedir [33]. Almanya'da 2002 yılında, hastalık yönetim programları incelenirken, kronik hastalıkların önlenmesi ve hastalık yönetiminde sorun teşkil eden kalite problemleri arasında, bu duruma yol açan faktörlerden birisinin de, düşük SOY olduğu belirtilmiştir [34]. Avrupa Birliği-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (The European Health Literacy Survey - HLS-EU) kullanılarak, Türkiye genelinde 23 ilde 4924 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların; %24,6'sının yetersiz SOY, %40,1'inin sorunlu SOY %27,8'inin yeterli SOY, %7,6'sın ise mükemmel SOY kategorisinde yer aldığı tespit edilmiştir. Buna göre, Türkiye'de yaklaşık 35 milyon kişi sorunlu ya da yetersiz SOY düzeyinde bulunmaktadır [35]. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu (HLS-EU Consortium) tarafından, Avusturya,

Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya’da toplam 8102 katılımcı üzerinde, aynı ölçek kullanılarak yapılan bir başka çalışmada, katılımcıların %47,6’sının yetersiz veya sınırlı SOY düzeyinde oldukları, %52,5’inin ise yeterli ve iyi SOY düzeyinde oldukları anlaşılmıştır [36].

Bireyin düşük SOY düzeyinde olması sadece kendisinin sorunu olmayıp, yakınlarının, sağlık hizmeti sunucularının, ülke çapında eğitimcilerin, yöneticilerin ve politika yapıcıların sorunu haline gelmektedir. SOY’nın hemen hemen toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren bir konu olması nedeniyle; birey, hasta, hasta yakını, hastane yönetimi, sağlık hizmeti sunucuları, medya, kamu kurum ve kuruluşları, politika yapıcılar, sivil toplum kuruluşları ve diğer tüm ilgili kurum ve kuruluşların iş birliği içinde ve bir plan dahilinde hareket etmesi gereken bir konu olarak değerlendirilmelidir [37].

SOY düzeyinin veya becerilerinin artırılması için toplumda birçok kişi ve kuruluşa düşen görevler bulunmaktadır. Teleş ve Kaya’nın 2018 yılında “Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Çeşitli Kişi ve Kuruluşların Rollerini” başlıklı bir çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

Bireyler hedefe yönelik eğitim programları ile SOY ile ilgili bilgi ve becerilerini arttırabilirler. Sağlık hizmeti sunucularının ise iletişime daha fazla özen göstermeleri teşvik edilebilir. Bu konuda sağlık çalışanlarının, daha sade bir dil kullanarak, daha yavaş ve anlaşılır konuşarak, tıbbi terimler kullanmamaya özen göstererek, hastanın ne anladığını kontrol etmek için öğrenileni geri anlatma metodunu kullanarak, hastaları soru sormaya teşvik ederek doğru iletişim sürecine katkıda bulunabilirler. Belediyeler, hastane yönetimleri, sivil toplum örgütleri gibi kuruluşlar; düşük SOY olan bireyler için eğitim faaliyetleri düzenleyebilirler. Bu durumda olan bireyler için özel birimler oluşturulabilir ve bu kişilerin takipleri yapılabilir. Politika yapıcılar, ilgili bakanlıklar, resmi kuruluşlar ve yöneticiler, gerekli yasal düzenlemeleri yaptırabilir, SOY ve ilgili konuların medyada aracılığı ile farkındalık yaratması sağlanabilir ve ders kitaplarında eğitimin bir parçası olarak zorunlu hale getirilebilir [37].

Toplumda yaşam kalitesinin yükseltilmesi, sağlık seviyesinin iyileştirilmesi ve sağlığın geliştirilmesi için, sağlık hizmetleri kadar, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması da büyük önem taşımaktadır. Sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması amacıyla toplumun bilinçlendirilmesi ve sağlıkla ilgili doğru bilgilerin kazandırılması için farkındalık yaratma çalışmaları içerisinde SOY'nın önemli bir bileşen olarak bu sürece katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu nedenle SOY eğitimi, erken çocukluk döneminden başlayarak verilmeli, sağlıkla ilgili temel kavramlar çocuklara aktarılmalıdır. Sürekli değişmekte olan dünyada, kendi sağlıklarına ilişkin sorumlulukları artan bireylerin, kendi sağlıkları ile ilgili daha aktif rol almaları beklenmektedir. Bu nedenle de SOY düzeyinin yükseltilmesine yönelik bilgi temelli ve planlı programların uygulanması gerekmektedir.

SOY, DSÖ'nün Avrupa Bölgesi Üye Ülkeleri ajandasında gittikçe daha fazla yer almaktadır. Bu amaçla 2018 yılında Avrupa Sağlık Enformasyon Teşebbüsü (European Health Information Initiative – EHII) şemsiyesi altında SOY ve KSOY'ni ölçen M-POHL (Action Network – Measuring Population and Organizational Health Literacy) kurularak ülkelerin bu yöndeki çabalarına destek verilmesi amaçlanmıştır [8].

Mart 2019 tarihinde aşağıdaki ülkeler Action Network; M-POHL içerisine dahil olmuşlardır:

Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Çekya, Danimarka, Almanya (sadece kuzey Ren-Westphalia bölgesi), Yunanistan, İrlanda, İsrail, İtalya, Kazakistan, Lüksemburg, Moldova, Hollanda, Norveç, Portekiz, Polonya, Rusya Federasyonu, Slovakya, Slovenya, İspanya, İsveç, İsviçre, Türkiye ve İngiltere.

## 4.2. Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı (KSOY)

KSOY terimi, ağırlıklı olarak sınırlı SOY olan bireylerin karşılaştığı zorlukları ele almak için ortaya çıkan yeni bir kavramdır. Bir kuruluşun hastalarının; sağlık bilgi ve hizmetlerini bulmalarını, anlamalarını, kullanmalarını ve kolayca gezinmelerini sağlamak amacıyla SOY'nı göz önünde bulundurma ve teşvik etme derecesidir [38].

Sağlık kurum ve kuruluşlarındaki hizmet ilişkisinin karşılıklı bir etkileşim olması nedeniyle, kurumların okuryazarlığı konusu son yıllarda ilgi toplayan bir konu haline gelmiştir. Yapılan araştırmalara göre sağlık kuruluşlarının okuryazarlığı, yani hastaya yaklaşımı, doğru yönlendirmeler, gösterilen saygı, sorulara verilen uygun ve doğru yanıtlar, alınan hizmetin doğru kullanımı üzerinde en az bireylerin okur-yazarlığı kadar etkili olmaktadır [6,39,40]. KSOY'nın geliştirilmesinin hastaların sağlığı üzerinde olan olumlu etkilere yol açtığını, hasta memnuniyetini arttırdığını gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır [41-44]. Kaliteli sağlık hizmetinin sunulabilmesi için, sağlık hizmeti alanların SOY düzeyi kadar, sağlık kurum ve kuruluşlarının da sağlık okuryazarlık düzeyinin yeterli olması gerektiği anlaşılmaktadır.

Zaman içerisinde, bu konunun sadece bireysel sorumluluk alanı olarak görülmemesi gerektiği, sağlık sisteminin ve sağlık kuruluşlarının da bu anlamda önemli rolünün olduğu anlaşılmış ve KSOY kavramı geliştirilmiştir. KSOY, "Sağlık kurumlarının, kendilerinden hizmet almak isteyen tüm bireylere, bulunması, anlaşılması ve kullanılması kolay olan hizmet ve bilgiler sunma, verecekleri kararlarda yardımcı olma becerisi ve bu konularda var olan engelleri kaldırmış olma özelliği" olarak tanımlanmaktadır [6].

KSOY'nın sağlık kuruluşlarında SOY faaliyetlerini ve sağlık sonuçlarını nasıl iyileştirebileceği konusunda bir fikir birliği yoktur. Yapılan araştırmalar, SOY ihtiyacını azaltmak için bireysel SOY ile birlikte KSOY'na da ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır [43, 45-47].

2020 yılının yaz aylarında, ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı (HHS), ülkenin tüm vatandaşlarının sağlığını iyileştirmeye yönelik 10 yıllık planının beşinci yinelemesi olan Sağlıklı İnsanlar 2030 yılı hedeflerini içeren genelge yayınlamıştır. Bu genelgede ilk kez sağlıklı insan tanımı çerçevesi içine sağlık okuryazarı olan insan tanımı da eklenmiştir. Ayrıca, herkesin sağlık okuryazarı olması, Sağlıklı İnsanlar 2030'un beş kapsamlı hedefinden biri olarak yer almaktadır.

Sağlıklı İnsanlar 2030 bildirisinde, SOY'nın genişletilmiş bir tanımı yayınlanmıştır. Daha önce SOY tanımında, sadece bireylerin sağlık bilgilerini anlama kapasitesi olarak tanımlanmaktayken, yeni sağlıklı insan tanımında, yeni bir bileşen olarak, SOY konusunda önemli rol oynayan sağlık hizmeti sunan kuruluşlar da yer almaktadır. Bu bildiride hekimler; hem klinisyen hem de örgüt liderleri olarak, görev yaptıkları sağlık kuruluşlarının, SOY'nı geliştirme konusunda kilit rollere sahip olan yöneticiler olarak tanımlanmaktadır.

SOY, HHS'nin 2030 hedeflerinin merkez odağında şu şekilde yer almaktadır; "Sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırın, sağlık eşitliğini elde edin ve herkesin sağlığını ve refahını iyileştirmek için SOY'na ulaşın." HHS [48] SOY'nı şöyle tanımlamaktadır:

- Kişisel SOY: Bireylerin kendileri ve başkaları için sağlıkla ilgili kararları alabilmek ve uygulayabilmek için gerekli bilgi ve hizmetleri bulma, anlama ve kullanma becerisine sahip olma derecesidir.
- KSOY: Kurumların; bireylerin kendileri ve yakınları için, sağlıkla ilgili kararları alabilmek ve uygulayabilmek amacıyla bilgi ve hizmetleri bulmalarını, anlamalarını ve kullanmalarını adil bir şekilde sağlayabilme derecesidir.

HHS'nin 2030 hedeflerinde yer alan SOY tanımları, 2010 ve 2020 hedeflerinde yer alan SOY tanımlarına göre değişiklik göstermektedir. Değişiklikler şu şekilde özetlenebilir;

- SOY konusu artık toplum sağlığı perspektifinden değerlendirilecektir.

- Bireylerin SOY konusunu sadece anlamaları değil, uygulayabilme becerisi de dikkate alınacaktır.
- Bireylerin sağlıkla ilgili karar almalarında sadece uygun olan kararları almalarından çok, iyi bilgilendirilmiş olmaları önemlenecektir.

“Kurumlara, KSOY konusunda sorumlulukları olduğu hatırlatılacaktır” denilmektedir.

Sağlık okuryazarı hastanelerin nasıl olması gerektiği konusunda yapılan bir araştırmada dört alt konu belirlenmiştir [49]. Bunlar; hastalar, çalışanlar, yönetim ve Sağlık Bakanlığı’dır. Katılımcılar, bu dört konudan en ağırlıklı olanın hastane yönetimi olduğunu ifade etmişlerdir. Buradan hareketle, çalışanlarını motive eden, destekleyen, gerekli insan gücü planlaması yapan, yönlendirme ve bilgilendirme hizmetlerini etkili yürüten, teknolojik araç ve gereçleri sıklıkla kullanan yönetim anlayışına sahip hastanelerin kurumsal sağlık okuryazarı hastaneler olduğunu ifade etmişlerdir [49].

Bir kurumun nasıl kurumsal sağlık okuryazarı bir kurum haline gelebileceği konusunda çeşitli çalışmalar bulunmakla birlikte, KSOY’un ölçülmesi ve değerlendirilmesi için genel kabul gören bir yöntem bulunmamaktadır. Var olan yöntemlerin genellikle kapsam geçerliliği yüksek, ancak araştırmalarda kullanılmadıklarından iç tutarlılığı, kriter geçerlilikleri genellikle bilinmeyen yöntemler olduğu dikkati çekmektedir [50].

KSOY’nın bu kadar önemli hale gelmesiyle birlikte, KSOY standartlarına karar verilmesi ve bu standartlar çerçevesinde kurumların hazır hale gelmesi konusu gündeme gelmektedir.



#### 4.2.1. KSOY çalışmaları konusunda farklı yaklaşımlar

KSOY standartları ve ölçüm yöntemleri son on yılda önem kazanan bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. KSOY konusuna yoğun bir ilgi olmasına karşın, yapılan çalışmaların sınırlı kaldığı, geliştirilen ölçme değerlendirme yöntemlerinin ise birbirinden farklı özellikler taşıdığı ve kavram kargaşası yaşandığı görülmektedir. KSOY konusunda yapılan çalışmaların kimisi teorik olarak neler yapılması gerektiği konusunda bilgiler vermekte, kimisi gözlem formu şeklinde düzenlemelerden yola çıkarak değerlendirme yapmakta, kimisi ise hastane yönetimine neler yapılabileceği konusunda ayrıntılı bilgiler sunmaktadır. Çalışmalar bir ölçek geliştirme şeklinde yapılmamış, kısıtlı birkaç çalışmada ölçek olarak sunulan çalışmaların da geçerlilik ve güvenilirliği sağlanmamıştır. Araştırmamız açısından önem arz eden KSOY çalışmalarından bazı örnekler aşağıda yer almaktadır:

##### 4.2.1.1. Sağlık okuryazarı kurumların taşınması gereken 10 Özellik:

Brach ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yayınlanan kapsamlı çalışma KSOY konusunda kilometre taşı niteliğindedir. Bu çalışmada sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların SOY'nın ne olması ve ne olmaması gerektiği konusunda ayrıntılı öneriler yer almaktadır. Brach ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada KSOY konusunda 10 temel özellik belirlenmiştir [6].

- Brach ve arkadaşlarının çalışmasında yer alan on temel özelliğin ilki "Liderlik" olarak karşımıza çıkmaktadır. SOY'nı kurumun misyonunun, yapısının ve operasyonlarının ayrılmaz bir parçası haline getiren liderliğe sahip olması gerektiğinden bahsedilmektedir. İletişimin önemi vurgulanırken; tüm düzeylerde ve tüm iletişim kanallarında net ve etkili iletişimin öncelik haline getirilmesi gerektiği, gerektiğinde iletişim için özel alanlar tahsis edilmesi, hizmet alanların görüş ve değerlerine önem veren bir kurum kültürü oluşturulması gerekliliğinden söz edilmektedir. Kısacası yönetimin, KSOY'nı misyon, politika, plan ve programlarına dahil etmesinin öneminden bahsederken, bunu başarmak için gerekli kilometre taşları olarak ise;

KSOY'dan sorumlu bir üst düzey yetkili atanmasının, KSOY konusunda teşvik edici uygulamalar planlanmasının, hedeflerin belirlenmesinin, teşvikler verilmesinin, ölçümler yapılmasının, bunlar için gerekli insan kaynağı ve finansman sağlanmasının gerekli olduğuna vurgu yapılmaktadır. Üstelik diğer kurumları da KSOY konusunda teşvik etmek için işbirlikleri, alım gücü kullanılması veya özendirme stratejileri kullanılmasının, gerektiğinde yerel yönetim, hükümet ve ulusal çabalara destek olunmasının büyük önem taşıdığına dikkat çekmektedir.

- Brach ve arkadaşlarının çalışmasında yer alan on temel özelliğin ikincisi “Entegrasyon”dur. KSOY konusunun planlama, değerlendirme, hasta güvenliği ve kalite süreçlerine entegrasyonu anlatılmaktadır. KSOY’un sürekli ölçülmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi, ölçülebilir hedefler oluşturulması, düzenli veri toplanması, özel programlar yürütülmesi, kısıtlı SOY olan bireylerin takibi, değişik ölçme değerlendirme yöntemlerine yer verilmesi, hasta memnuniyet anketlerinin tasarlanması, iletişim hatalarının kök neden analizlerinin yapılması ve KSOY’un diğer örgütsel öncelikler ile uyumlu hale getirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.
- On temel özelliğin üçüncüsü ise “İşgücü Eğitimi”dir. Örgütlerde işgücü eğitiminin önemine vurgu yaparken; işe alımda SOY konusunda uzmanların tercih edilmesinin, SOY eğitimlerinin planlanmasının, değerlendirmelerin yapılmasının, eğitimin oryantasyonun parçası haline getirilmesinin, gerekirse dışarıdan SOY konusunda uzmanlardan destek alınmasının, SOY müfredatının belirlenmesinin, eğitmen yetiştirilmesinin önemine değinilmektedir.
- Dördüncü temel özellik ise “Katılımcılık”tır. Sunulacak sağlık hizmetinin tasarımı, sunumu ve değerlendirilmesi aşamalarında toplumun katılımını sağlamayı hedeflemektedir.

- “Okuryazarlık Becerileri” beşinci temel özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. SOY konusunda evrensel çözümlerin benimsenmesi, her SOY düzeyindeki kişiye hitap edebilecek ortam yaratılması, SOY sınırlı olan bireylerin karşılaştığı engelleri aşmak için son yeniliklerin ve teknolojinin kullanılması, özel ilgiye ihtiyacı olanlara (engelliler, yaşlılar, azınlıklar, dil sorunu olanlar gibi) ekstra yardım sağlanması, ilaçlarla ilgili ödemeler hakkında yol gösterilmesi, hangi ilacın sigorta tarafından karşılanacağı veya hangi kısmının cepten ödeme şeklinde olacağı konusunda danışmanlık yapılması gerektiğine dikkat çekilmektedir. Sözlü iletişimi güçlendirmek için yazılı materyaller sağlanmalı, yazılı materyalin anlaşılma olasılığına karşı alternatifler sunmak amacıyla değişik materyaller kullanılmalı (örneğin hem görsel hem işitsel materyaller) ve tüm bunları yapabilmek için kaynakların SOY ihtiyaç düzeyine uygun kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır.
- Altıncı temel özellik ise “İletişim”dir. İletişim kurulan her bireyin bilgi, inanç ve becerileri konusunda ön yargı sahibi olunmamalı, karşıdakinin sözü kesilmeden dinlenmeli, farklı iletişim tercihleri (örneğin, test sonuçlarının nasıl iletileceği) öğrenilmeli, farklı dillerde konuşan kişiler için gerektiğinde tercüman desteği alınmalı, iletişimi kolaylaştıran bir teknoloji sağlanmalı (ör. videolu tercümanlar, konuşan dokunmatik ekranlar), iletişimin günlük konuşma dilinde olmasına ve yeterince zaman ayrılmasına özen gösterilmeli, iletişim hataları hasta güvenliği sorunları olarak ele alınmalı, mesajlar net ve kısa verilmeli, anlaşılıp anlaşılmadığı nazikçe sorgulanmalı, yazılı verilen mesajlar, anlaşılama durumuna karşı bir de sözlü olarak açıklanmalı kısacası SOY stratejileri kullanılarak kişilerarası iletişim ve anlayışa önem verilmelidir.
- Yedinci temel özellik ise “Erişim” olarak belirlenmiştir. Erişim; tıbbi bilgilere, sağlık hizmetlerine ve yol gösterme işaret ve işaretçilerine kolay erişim sağlanmasından söz etmektedir. Örneğin; sağlık kurumlarında tasarımların insanların yollarını kolayca bulabilecekleri şekilde düzenlenmesi,

levha ve işaretlerde kolay anlaşılır bir dil ve semboller kullanılması, kısıtlı sağlık okuryazarı bireyler için gerekli yerlere yol gösteren, yardım eden, destek veren, problem çözen, sorulara cevap veren ve bilgi veren personel konulması, telefon sisteminin kullanıcı dostu olması, santral görevlilerine gerekli eğitimlerin verilmesi, kurum kültürünü yansıtacak tarzda konuşma şekli gösterilmesi, telefonda yol tarifi verirken karşıdakinin hangi vasıta ile ulaşacağını sorulması ve ona göre tarif verilmesi, web sitesinde yol tarifi verirken değişik vasıtalarla ulaşım seçeneğine yer verilmesi erişim ile ilgili önemli detaylardır. Ayrıca, binalarda birbirleriyle ilişkili bölümlere aynı binada ya da katta yer verilmesi, hastalara ve yakınlarına sunulan hizmetler ve sağlanan imkanlar konusunda detaylı bilgi verilmesi, başka doktorlar, tanı merkezleri, fizik tedavi merkezleri, evde bakım hizmetleri, laboratuvarlar gibi yerlerden randevu almaları için hastalara yardım edilmesi, kurumun bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ve sosyal hizmet kuruluşlarının güncel bir listesinin bulundurulması ve bu kurumlarla ilişkilerin canlı tutulması, sevk edilen hastaların izlenmesi ve sonuçlar hakkında bilgi alınması, sağlık sigortasına talep ve şikayetlerin iletilmesi ve yardımcı olunması, kısıtlı SOY olan bireylere tüm elektronik cihazların kullanımı ile ilgili destek olunması, hastaların sağlıkları ile ilgili bilgilere web üzerinden kolayca ulaşabilmelerinin sağlanması, hastaların sağlık durumlarını izledikleri uygulamaların kolay anlaşılır ve kolay kullanılabilir olmasına özen gösterilmesi diğer öne çıkan noktalar olarak yer almaktadır.

- Sekizinci özellik “Medya Çeşitliliği” adı altında yer almaktadır. Yazılı, görsel, işitsel materyallerin ve sosyal medya mesajlarının anlaşılması kolay bir şekilde tasarlanması ve ilgili yerlere dağıtılması olarak açıklanmaktadır. Medya çeşitliliği konusu detayları ile irdelendiğinde aşağıda yer alan belli başlı konular karşımıza çıkmaktadır;

- Yüz yüze eğitimin önemli olduğu unutulmamalıdır, eğitici materyal sadece destek için kullanılmalıdır.

- Eğitim için kullanılacak materyalin (üç boyutlu modeller, sesli ve görüntülü materyaller vb.) yüksek kalitede olması, kısıtlı sağlık okuryazarı olan kişilere de (videolar, podcastler, resimli hikayeli anlatımlar, çizgi film şeklinde videolar, eğitici videolar vb.) hitap edebilmesi ve birçok kanaldan (sosyal medya, podcastler, hasta portalleri vb.) hastalara ulaştırılması gereklidir.
- Hazırlanan materyalin değişik seviyelerdeki sağlık okuryazarı kullanıcılar tarafından anlaşılıp anlaşılmadığının zaman zaman değerlendirilmesi ve kullanıcılardan geri bildirim alınması gereklidir.
- Hazırlanan materyalin; amacına yönelik olması, günlük konuşma dilinin kullanılması, sadece kısıtlı sayıda mesaj içermesi, basit görsellerin kullanılması, kısa cümleler halinde olması, aktif bir sesle mesajın verilmesi, kullanılan formlarda “bilmiyorum” seçeneğine yer verilerek kullanıcıların bilmedikleri soruları zorunlu olarak işaretlemek zorunda olmamaları, soruların mantıklı bir şekilde küçük parçalara ayrılması ve mantık sırası içerisinde yer alması, kullanıcıların hesap yapmalarının istenmemesi ama çok gerekliyse basit hesaplar yapmalarının sağlanması, yapılması gerekenler konusunda net mesajlar verilmesi ve hatta yapılması gerekenleri bölümlere ayırarak daha kolay hale getirilmesi gerekir.
- Hazırlanan materyallerin aktif konuşulan dillerde olmasına özen gösterilmelidir.
- Yabancı dillere çevrilmesi gerektiğinde bu işlemin titizlikle yürütülmesi gereklidir. Öncelikle çevrilecek dil, anadili olan iki ayrı kişiye çeviri yaptırılmalıdır. Ancak bu kişilerin yerel kültüre hâkim kişiler olmasına özen gösterilmelidir. Farklılıklar var ise bu konuda uzman bir kişiden destek

alınmalı ve sonuçlar mutlaka hedef kitle açısından test edilmelidir.

- Yeni materyaller hazırlanacağı zaman SOY konusunda uzmanlardan destek alınmalıdır.
- Materyallerin tasarım ve test aşamalarında hedef kitlenin katılımı sağlanmalıdır.
- Materyalleri elektronik ortamda ya da sosyal medyada yayınlamadan önce mutlaka hedef kitleye test ettirilmesi gereklidir.

- Dokuzuncu özellik ise “Riskli Durumlar” olarak ele alınmıştır. Bu ilke, SOY’nın; ilaç kullanımının düzenlenmesi, hasta nakilleri gibi yüksek riskli durumlarda hayati bir güvenlik sorunu haline gelebileceğine dikkat çekilmektedir. Hasta açısından özel dikkat gerektiren yüksek riskli durumların neler olabileceği belirlenmiş, bunlar için özel kaynak ayrılmış ve güvenli bir iletişim sağlanması için gereken planlar yapılmış olmalıdır. Bu durumlarda çok önemli olan bilgilendirilmiş onam konusunda gerekli olan yazılı dokümanlar, bireylerin anlayabileceği dil ve sadelikte hazırlanmalıdır. Bilgilendirilmiş onam formlarının yabancı hastalar için çevirisi yapılmalı, anladıklarından emin olabilmek için yapılacak işlem, bu işlemin ya da tedavinin neden yapılacağı, ne gibi yararlar beklendiği, başarı şansı, olası riskler gibi konularda hastaya teker teker sorular sorularak kendi kelimeleriyle anlatması istenmelidir. Hastaların ilaçları düzenli kullanmasını sağlamak için gerekli olan ilaç kutuları, ilaç kartları ve doz ayarlama cihazları verilmeli ve ayrıntılı olarak anlatılmalıdır. Yaşam sonu kararları konusunu hasta ve yakınları ile görüşürken olabildiğince basit ve anlaşılır dil kullanılmalıdır. Taburcu işlemleri sırasında hastaya evinde veya başka kurumda ihtiyacı olabilecek bilgiler ve tedavi önerileri açık bir şekilde anlatılmalı, yazılı bilgiler anlaşılır şekilde düzenlenmiş olmalıdır. Taburcu işlemlerinden sonraki 24 saat içinde yatışa ilişkin tüm bilgiler hastaya iletilmiş olmalı ve hastanın izlenmesi için gereken önlemler alınmalıdır.

- Onuncu ve son özellik “Maliyet” ile ilgili konuları ele almaktadır. Hastanın tedavi giderlerinin ne kadarının sigorta tarafından, ne kadarının cepten ödeneceği konusunda hizmet alanlara bilgi ve destek sağlanmalıdır. İlaç önerisinde bulunurken sigortanın ödeme planlarına uygun bir yol izlenmelidir. Tedavinin maliyeti konusu hastalarla açık ve net olarak görüşülmelidir. Sigorta firmaları kendilerinden istenilen bilgileri hızlı ve anlaşılır şekilde sağlamalıdır. Tüm bunlarla ilgili hastaya açık ve net bir iletişim sağlanmalıdır.

Brach ve arkadaşları tarafından yapılan bu çalışmada, sağlık okuryazarı bir kurum olabilmek için yatırım yapılması gereken alanlar ile ilgili bir liste sunulmaktadır. Bu listede yer alan konulara önem verildiği takdirde, hizmet sunulan kişilerin ülkenin sağlık sisteminden tam olarak yararlanması sağlanacaktır. İnsan odaklı bir sağlık sistemine dönüşüm, sağlık bilgi ve hizmetlerini yeniden tasarlamak, SOY ilkelerini organizasyon hedeflerine, altyapıya, politikalara ve uygulamalara, işgücü gelişimine ve iletişim stratejilerine entegre etmek için fırsatlar sağlamaktadır. Sağlık kuruluşlarının 10 özelliğinin çoğunu basit bir şekilde bile benimsemeleri halinde halk sağlığının iyileştirilmesine önemli bir katkıda bulunulacağı önemle vurgulanmaktadır.

Özetle bu çalışma, 10 ana başlık altında 98 maddeden oluşan, KSOY ölçümü için hazırlanmış, kapsamlı bir yazındır. Söz konusu çalışmada KSOY’ı ölçmek amacıyla ana başlıklar şöyledir; liderlik, katılımcılık, erişim, iletişim, medya çeşitliliği, işgücü eğitimi, maliyet, entegrasyon, riskli durumlar ve okuryazarlık becerileri. Çalışma içerisinde yer alan maddeler, kurumda çalışan yetkili kişilerin kurumsal sağlık okuryazarı bir kurum yaratmak amacıyla uygulamaları gereken kurallar olarak yorumlanabilir. Kurumda, KSOY konusunda yetkili bir kişinin, kurumunda bu konuda neler yapılması gerektiği ile ilgili tavsiyeler görülmektedir.

#### **4.2.1.2. Viyana KSOY bildirgesi modeli (V-HLO):**

2019 yılında Pelikan tarafından proje liderliği yapılmış olan çalışma literatürde “Viyana KSOY Bildirgesi” olarak yer almıştır [9]. Yapılan bu çalışmada, diğer çalışmalarda görülmeye alışık olunan yapılacaklar listesi yerine matris şeklinde bir model kullanılmıştır. KSOY konusunda 8 standart ve 23 alt standarta yer verilmiş, ayrıca üç farklı paydaş grubu ve dört farklı etki alanı bütünsel olarak incelenmiştir. V-HLO modellemesinde KSOY sadece sağlığın geliştirilmesi açısından gerekli bir unsur olarak değil, sağlıkta kalitenin temel bileşeni olarak da değerlendirilmiştir.

Viyana KSOY Bildirgesinde yer alan standartlar, konuya değişik bir perspektiften yaklaşıldığı için, Brach ve arkadaşları tarafından belirlenen 10 temel özellikten farklılık göstermektedir. Burada temel farklılık olarak paydaşlar için içerisine katılmış ve organizasyonun etki grupları KSOY çalışmalarının içine entegre edilmiştir.

Çalışmada yer alan sekiz ana standart incelendiğinde, ilk olarak SOY'nın organizasyonun tüm yapı ve süreçlerinde kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır. Organizasyonun yönetiminin, KSOY uygulamayı, izlemeyi ve geliştirmeyi planlaması, KSOY'ü kurumsal bir öncelik haline getirmesi, KSOY için gerekli altyapı ve kaynakları sağlaması ve tüm bu süreçleri kalite yönetimi ile birlikte yönetmesi gerektiğinden bahsedilmektedir.

Sekiz standarttan ikincisi, konunun paydaşlarını KSOY çalışmaları içine dahil etmektir. Paydaşları KSOY çalışmalarına entegre ederek, hasta odaklı belgelerin, materyallerin ve hizmetlerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi aşamasında, hastaların katılımının sağlanması gerektiğine, personel odaklı belgelerin materyallerin ve hizmetlerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi aşamasında ise, personel temsilcilerinin katılımının sağlanması gerektiğine vurgu yapılmaktadır.

Üçüncü standart olarak, organizasyonun tüm personelin kişisel SOY ve KSOY eğitimleri almasını sağlamakla yükümlü olduğunun altı çizilmektedir.



Organizasyonun; malzeme, belge ve hizmetlere kolay erişe bilirliği sağlaması ve desteklemesi gerektiği dördüncü standart olarak yer almaktadır. Buradan hareketle, kullanıcı dostu web sitesi ve telefon santrali önem arz eden unsurlardan biridir. Organizasyon, hasta ve ziyaretçilerin kolay ulaşımı için gerekli ulaşım bilgilerini sağlamalıdır. Hastalara ve ziyaretçilere, hastanede gezinmeleri için destek vermelidir. Sağlık ile ilgili bilgiler hastalar ve ziyaretçiler için kolay anlaşılır bir dilde yazılmalı ve isteyenlere ücretsiz olarak verilmelidir.

Beşinci standart olarak, her türlü iletişimde SOY uygulamalarının kullanılması gerektiği ifade edilmiştir. Hastalarla sözlü iletişim, yüksek kalitede ve anlaşılması kolay bir şekilde yapılmalı, yazılı materyal ile dijital hizmetler ve medya ise yüksek kalitede, kolay erişilebilir ve kolay anlaşılabilir olmalıdır. Hastaya bilgi verme, hasta ile iletişim kurma ve hastaya verilen tüm materyaller, eğitimli personel tarafından, hastaların kendi dillerinde anlatılmalıdır. İletişim, özellikle yüksek riskli durumlarda, gerekli bir güvenlik önlemi olarak kabul edilmelidir.

Viyana KSOY Bildirgesinde yer alan altıncı standart, hasta ve yakınlarının kişisel SOY için teşvik edilmesi çalışmalarına ağrılık verilmesi gerektiği yönündedir. Sağlıklı yaşam tarzlarının geliştirilmesi konusunda hastaların SOY'nı geliştirmeleri ve sağlık kurumundan taburcu olurken, gelecekteki tedavileri ve iyileşme süreçleri hakkında bilgi verilmesinin önemine dikkat çekilmektedir.

Yedinci standartta, mesleki riskler ve kişisel yaşam tarzları ile ilgili olarak, personelin kişisel SOY'nın teşvik edilmesi yer almaktadır. Çalışanların; iş sağlığı, güvenlik riskleri ve sağlıklı yaşam tarzlarının özyönetimi için, bilgi ve becerilerini geliştirmeleri desteklenmelidir.

Sekizinci ve son standart olarak ise organizasyonun içinde bulunduğu bölgede yerel yönetimlere, devlet kurumlarına ve sivil toplum örgütlerine, SOY ve KSOY'nın desteklenmesine katkıda bulunmak için girişimler yapması gerektiği vurgulanmaktadır. Yerel nüfusun kişisel SOY gelişimine katkıda bulunulmalı, bulunduğu coğrafi bölgede KSOY'nın yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi için destek programları hazırlanmalıdır.

Viyana KSOY Bildirgesinde yer alan standart ve alt standartlarla ilgili özet bilgi aşağıdaki 4.1 nolu tabloda yer almaktadır.

**Tablo 4.1:** Viyana KSOY Bildirgesi Özeti

<b>Sağlık Okuryazarlığı Paydaş/ Alan</b>	<b>Hastalar</b>	<b>Personel</b>	<b>Toplum</b>	<b>Örgütsel yapı ve süreçler</b>
<b>Alan 1</b> Yaşam ve çalışma alanlarına erişim	<b>Standart 4</b> Malzeme, belge ve hizmetlere kolay erişimin sağlanması ve desteklenmesi			<b>Standart 1</b> Organizasyonun tüm yapı ve süreçlerinde kurumsal SOY'nın en iyi uygulamalarının kullanılması
<b>Alan 2</b> Tanı, teşhis & tedavi	<b>Standart 5</b> Hastalarla her türlü iletişimde SOY uygulamalarının uygulanması	<b>Standart 3</b> Tüm personelin kişisel SOY ve KSOY eğitimleri alması	<b>Standart 8</b> SOY'nun yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi ile bölgedeki SOY'na katkıda bulunulması	<b>Standart 2</b> Paydaşlarla katılımcı bir şekilde belge, malzeme ve hizmet geliştirilmesi
<b>Alan 3</b> Hastalık önleme ve yönetme	<b>Standart 6</b> Hasta ve yakınlarının kişisel SOY'nın teşvik edilmesi	<b>Standart 7</b> Personelin SOY'nın teşvik edilmesi		
<b>Alan 4</b> Sağlıklı yaşamı özendirme	<b>Standart 6</b> Hasta ve yakınlarının SOY konusunda teşvik edilmesi	<b>Standart 7</b> Personel SOY'nın artması	<b>Standart 8</b> Bölgede kişisel ve kurumsal SOY'nın desteklenmesine katkıda bulunulması	

Dünya Sağlık Örgütü Hastanelerde ve Sağlık Hizmetlerinde Sağlığın Geliştirilmesi İşbirliği Merkezi tarafından yayınlanan ve Jürgen Pelikan'ın proje lideri olarak yer aldığı, Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Çalışma Grubu'nun 2019 yılında yayınlanan bu raporunda özetle, KSOY ile ilgili 8 ana madde ve 23 alt madde bulunmaktadır. Bu raporda yer alan maddelerin kimisi ziyaretçi gözlemleri şeklinde yer almakta, kimi maddeler ise kurumda çalışan yetkililerin düzenleyeceği standartlar olarak ele alınmaktadır.

#### ***4.2.1.3. Harvard Üniversitesi çalışması***

DSÖ tarafından, Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Çalışma Grubu'nun 2019 yılında yayınlanan raporunda yer alan, Harvard Üniversitesi tarafından geliştirilen KSOY konusunda yapılmış çalışma, oldukça geniş kapsamlıdır [7]. Söz konusu çalışma, kişilerin gözlemlerinden yola çıkılarak yapılması gerekenler listesi olarak düzenlenmiştir. Söz konusu liste, kurumlardaki çalışma gruplarıyla beyin fırtınası toplantıları şeklinde uygulanabilecek niteliktedir. Harvard Üniversitesi tarafından geliştirilen ölçekteki maddelerin bazıları ziyaretçi gözlemleri şeklinde, bazı maddeler ise kurumda çalışan yetkililerin düzenleyeceği standartlar olarak yer almaktadır. Böyle bir çalışma, kurum için KSOY konusunda danışmanlık yapacak kişi ya da kişiler tarafından kullanılmak için daha uygundur.

Harvard Üniversitesi çalışması daha çok gözlem üzerine hazırlanmış kapsamlı bir çalışmadır. Söz konusu çalışmada, 5 farklı ana başlık altında toplam 100 maddeden oluşan gözlemler ve puanlamaları yer almaktadır. Harvard Üniversitesi'nin çalışmasında KSOY'ni ölçmek amacıyla belirlenen ana maddeler; erişim, yazılı doküman, iletişim, teknoloji, protokol ve uygulamalar şeklinde yer almaktadır. Gözlemsel skorumla yapılan çalışma oldukça kapsamlı ve geniş tutulmuştur.

#### ***4.2.1.4. Brega ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan çalışma***

Brega ve arkadaşları tarafından yapılan bu çalışmada, KSOY konusunda yapılmış çalışmalar taranarak, kalite iyileştirmede kullanılacak faktörler belirlenmiştir. Hasta geri bildirimlerinden yola çıkarak belirlenmiş faktörler, hastanelerde klinik, idari ve kalite birimi profesyonelleri tarafından değerlendirilmiş ve hastanelerde kaliteyi arttırmak için gerekli önlemler olarak sunulmuştur. Kriterler; a) Örgütsel yapı, politika ve liderlik, b) İletişim, c) Navigasyon, d) Hasta katılımı olarak belirlenmiştir. Diğer çalışmalarla benzer sonuçlar karşımıza çıkmaktadır [51].

#### ***4.2.1.5. Bremer ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yayınlanan araştırma***

Bremer ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yayınlanan bir çalışmada, CINAHL, Cochrane Library, JSTOR, PsycINFO, PubMed, Web of Science Core Collection ve Wiley Online Library veri tabanları, üç araştırmacı tarafından taranarak, KSOY konusunda yapılmış tüm çalışmalar incelenmiştir. Yeterli ve uygun bulunan 60 çalışma derinlemesine incelenerek, KSOY çalışmalarında odak oluşturan kriterler belirlenmiştir. Söz konusu çalışmada KSOY kriterleri, 6 ana kategori ve 23 alt kategori olarak tespit edilmiştir [52].

Bremer ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada en yaygın görülen konunun hizmet kullanıcılar ile iletişim olduğu tespit edilmiştir. Bu ana kategoriye ilişkin örnek kriterler olarak; hizmet kullanıcılarının eğitimi ve bilgilendirilmeleri, anlaşılması kolay yazılı materyallerin sağlanması ve sözlü iletişimin doğrulanması ihtiyacı yer almaktadır.

Söz konusu çalışmada tespit edilen altı ana kategori şu şekilde yer almaktadır;

- Hizmet kullanıcılar ile iletişim
- Kolay erişim ve navigasyon
- Entegrasyon ve KSOY'un kurumsal öncelik haline getirilmesi

- KSOY konusunda performans değerlendirmesi ve organizasyonun KSOY konusundaki gelişiminin takibi
- Navigasyon, hizmetler ve kullanılan materyaller konusunda hizmet kullanıcılarından geri bildirim alarak tasarlama yapılması ve hizmet kullanıcılarının desteklenmesi
- Personele KSOY konusunda eğitim verilmesi ve personelin KSOY konusundaki düzeyinin ölçülmesi

Bremer ve arkadaşları tarafından yapılan bu araştırma, daha önce yapılmış olan çalışmaların bir özeti şeklinde literatürde yerini almıştır.

#### ***4.2.1.6. Lubasch ve arkadaşları tarafından KSOY konusunda yapılmış araştırma***

2021 yılında Lubasch ve arkadaşları tarafından KSOY konusunda bir araştırma yapılmış ve KSOY'nın önemli bir boyutu olarak "iletişim" incelenmiştir. İletişimde, hastaların perspektifinden yaklaşılan bu çalışmada, SOY konusunda duyarlı bir iletişimin, hastaların sağlığı açısından ne denli etkili olduğu araştırılmıştır [53].

SOY konusunda duyarlı bir iletişimin teşvik edilmesinin, hastaların kendi hastalıkları ve tedavileri ile ilgili konularda bilgi ihtiyaçlarını azaltma yönünde gerekli bir önlem olabileceğine değinilmektedir. İletişim eğitiminin yanı sıra, hastanelerin süreç organizasyonu ile ilgili iyileştirmeler yapmasının, SOY'na duyarlı iletişimin geliştirmesine ve iletişimden kaynaklanan sorunların iyileşmesine katkıda bulunabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, KSOY'nın önemli bir boyutu olan SOY duyarlı iletişimin, sosyal destek sağlama açısından da önemli olduğu ve hasta-sağlık çalışanı ilişkisini de geliştirme potansiyeli olduğundan bahsedilmiştir.

#### ***4.2.1.7. Birinci basamak sağlık kuruluşları için yapılmış öz değerlendirme alışması***

KSOY konusundaki çalışmaların büyük bir bölümü, yataklı tedavi hizmeti veren veya klinik hizmeti sağlayan sağlık kuruluşlarının kullanımı amacıyla yapılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri veren sağlık kurumlarında böyle bir çalışma yapılmadığı için, De Ganni ve arkadaşları KSOY konusundaki çalışmalarını bu alana ışık tutmak için planlamışlardır. Bu amaçla, birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların, KSOY konusunda kendi kendilerini değerlendirmeleri için bir araç geliştirmişlerdir. Bu şekilde, KSOY konusunda eksik oldukları alanlarda kendilerini değerlendirerek geliştirmeleri amaçlanmıştır.

2020 yılında İsviçre’de yapılan, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki KSOY’nı ölçmek amacıyla yapılan bu araştırmada, 6 ana başlık ve 43 alt madde kullanılmıştır. Söz konusu araştırmada ana maddeler erişim, iletişim, SOY hasta eğitimi, SOY personel eğitimi, entegrasyon ve liderlik şeklinde yer almıştır [54].

#### **4.2.2. KSOY konusunda önemli çalışmaların karşılaştırılması**

KSOY konusunda yapılmış olan çalışmalarda tespit edilen kriterler genel olarak birbirleriyle benzer durumdadır. Bremer ve arkadaşlarının çalışmasında yer alan kriterler diğer çalışmalarla benzeşmekte olup daha kısa ve zet şeklinde sonuçlar sunmaktadır. Brach ve arkadaşları tarafından yapılmış olan çalışma diğer çalışmalara göre daha derli toplu ve daha geniş kapsamlı bir çalışmadır. Çalışma KSOY konusunda kilometre taşı niteliğinde bir çalışma olup araştırmalarda sıkça kullanıldığı görülmektedir.

Harvard niversitesi çalışmasında, çok daha geniş ve ayrıntılı kriterler ve uygulama detayları yer almaktadır. Organizasyonlarda, beyin fırtınası toplantılarında kullanılabilecek “yapılacaklar listesi” gibi listeler, gözlem formları, organizasyonlardaki süreç yönetimi gibi detaylara da yer verilmektedir. Viyana KSOY Bildirgesi Modelinde, KSOY konusunda kriterler verilmekle birlikte, daha çok

paydaş bakış açısıyla konuya yaklaşılmış ve KSOY etki alanları için içine dahil edilmiştir. Lubasch ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen araştırmada; KSOY'nın önemli bir boyutu olarak iletişim ele alınmış ve SOY duyarlı iletişimin olası faydaları incelenmiştir. De Ganni ve arkadaşları tarafından yapılan KSOY çalışması ise, birinci basamak sağlık hizmetlerinde KSOY araştırması şeklinde uygulanmıştır.

Uluslararası literatürdeki KSOY çalışmaları hakkında PubMed veritabanı 10 Şubat 2021 tarihinde ve 27 Mart 2022 tarihlerinde, “Organizational Health Literacy” kelimesi, “title” ve “key words” içinde taranmış ve 48 farklı çalışma bulunmuştur. Bulunan çalışmaların 16 tanesi SOY ile ilgilidir. Kalan 32 çalışmanın 7 tanesi bu araştırma açısından önem arz eden çalışma olduğu için detaylı olarak incelenmiştir. 25 çalışma ise KSOY ile ilgili çalışmalardır. 10 Mart 2021 ve 31 Mart 2022 tarihlerinde Yükseköğrenim Kurumu Başkanlığı Tez Merkezi sayfasından, “başlık” ve “özet” içinde “kurumsal sağlık okuryazarlığı” kelimesi taranmış ve sadece 1 çalışma bulunmuştur. Aynı şekilde Dergipark Akademik içerisinde aynı tarihlerde “başlık” ve “anahtar kelime” içinde “kurumsal sağlık okuryazarlığı” kelimesi taranmış ve 2 sonuç bulunmuştur. Tüm sonuçlar aşağıdaki 4.2 no.lu tabloda kronolojik sırada özetlenmektedir.

**Tablo 4.2: KSOY Konusunda Literatür Özet Tablosu**

ARAŞTIRMANIN KÜNYESİ	AMAÇ	Ölçek Geliştirme E/H	BULGU	
Advancing organizational health literacy in health care organizations serving high-needs populations: a case study [43]	2012 Weaver vd.	Nitelikli sağlık merkezi kliniklerinin KSOY konusunda ihtiyaç değerlendirmesini yapmak	H	İhtiyaç değerlendirmesi çalışması, SOY ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olan organizasyonel değişiklikleri uygulamak için devam eden bir işbirliği sürecine katkıda bulunmuştur.
Health Literate Organizations: Are Clinical Trial Sites Equipped to Recruit Minority and Limited Health Literacy Patients? [55]	2014 Livaudais-Toman vd.	Azınlıklar ve kısıtlı SOY düzeyindeki hastalar için 353 kanser kliniğinin yeterli olup olmadığını araştırmak	H	Azınlıklar ve kısıtlı SOY düzeyindeki hastalar için imkanların kısıtlı olduğu, anlaşılmıştır.
Why should and how can hospitals improve their organizational health literacy? [56]	2015 Pelikan vd.	KSOY konusunda geliştirilmiş olan değerlendirme araçlarının incelenmesi	E	Yapılan KSOY çalışmalarının önemi ve ne şekilde kullanılabilceği anlatılmaktadır. Tüm ölçekler incelenip konsolide edilmiştir.
Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM) [57]	2017 Ernstmann vd.	Kanser hastaların bakış açısıyla KSOY duyarlı iletişim için ölçme aracı yapmak	E	SOY duyarlı iletişimin doktorların yardımıyla hastaları olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Ölçek KSOY'nın sadece iletişim boyutunu ölçmektedir.

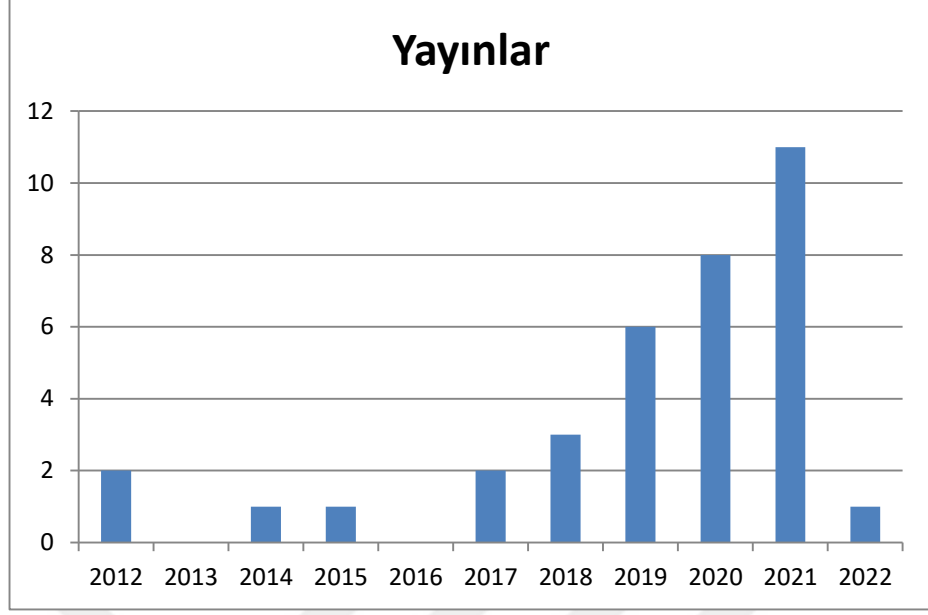
Improving Organizational Health Literacy in Extracurricular Youth Work Settings [58]	2017	Wieczorek vd.	V-HLO gençlik ortamında test edilmesi	H	V-HLO ders dışı gençlik çalışma ortamına başarılı bir şekilde aktarılmıştır, V-HLO'nun sağlık hizmetlerinin ötesinde çeşitli ortamlarda potansiyelle sahip olduğunu göstermektedir.
An Assessment of Organizational Health Literacy Practices at an Academic Health Center [38]	2018	Prince vd.	KSOY'un 10 özelliğini kullanarak akademik bir sağlık merkezindeki sağlık uygulamalarını değerlendirmek	H	Anket yanıtları, yetersiz SOY olan hastalara daha iyi hizmet verebilmek için sağlık uygulamalarında iyileştirmelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.
Organizational health literacy as a determinant of patient satisfaction [44]	2018	Hayran vd.	Bir grup hastanenin KSOY seviyelerini değerlendirmek ve hasta memnuniyeti ile SOY arasında ilişki olup olmadığını araştırmak	H	KSOY'nın, hasta memnuniyetinin önemli bir belirleyicisi olduğu anlaşılmıştır.
OHL: Review of Theories, Frameworks, Guides and Imp. Issues [59]	2018	Farmanova vd.	KSOY konusunda yapılan çalışmaları derlemek ve KSOY konusundaki engelleri belirlemek	H	Organizasyonların KSOY bir kurum haline gelmesi için birçok radikal değişikliğin sürekli yapılması ve KSOY'nın klinik ve finansal açılardan anlamlı olması gerekir.
Culturally Diverse Patient Experiences and Walking Interviews: A Co-Design Approach to Improving Organizational Health Literacy [60]	2019	Lloyd vd.	Bu çalışma, kültürel olarak farklı gruplar için bir kuruluşun KSOY konusundaki güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek için tasarlanmıştır.	H	Canterbury hastanesinde geçen çalışmada kültürel olarak farklı grupların daha çok tercihmana ve işaret dili desteğine ihtiyacı olduğu belirlenmiştir.
Applying OHL to Maternal and Child Health [61]	2019	Vamos vd.	KSOY konusunda eğitim vermek isteyenler için araç olması amacıyla yapılmıştır.	H	KSOY eğitimi için bir araç geliştirilmiştir.
Enhancing organizational health literacy in a rural Missouri clinic: a qualitative case study [62]	2019	Wray vd.	Bu makalenin amacı, bir sağlık kuruluşu ile akademik kurum arasında KSOY güçlendirmek için yapılan işbirliği çabalarını değerlendirmektir	H	Çalışma, KSOY uygulamalarını geliştirmeleri için ele alınması gereken programlı, kavramsal ve metodolojik zorluklara işaret ederek KSOY'nu yükseltmek için yönetim stratejilerini değiştirmeyi öneriyor.
Factors influencing implementation of organizational health literacy: a realist review [63]	2020	Meggetto vd.	Bir literatür taraması olan bu çalışma, KSOY'nın operasyonel hale getirilmesini araştırmayı amaçlamaktadır.	H	KSOY konusunda, personel bilgisinin en önemli bileşen olduğu anlaşılmıştır. .
Improving Organizational Health Literacy Responsiveness in Cardiac Rehabilitation Using a Co-Design Methodology: Results from The Heart Skills Study [64]	2020	Aaby vd.	SOY duyarlılığının sağlık eşitsizliğini gidermedeki rolü araştırılmıştır	H	Kardiyo servisinde yapılan araştırmada kalite geliştirme açısından olumlu sonuçlar alınmıştır.
Review of Organizational Health Literacy Practice at Health Care Centers: Outcomes, Barriers and Facilitators [65]	2020	Charoghchian vd.	KSOY'nın etkinliğine ve sağlık sonucuna etkilerini ve KSOY uygulanmasını etkileyen kolaylaştırıcıları ve engelleri anlamak için yapılmıştır.	H	Sonuçlar, kapsamlı bir KSOY'na geçmenin büyük olasılıkla karmaşık bir süreç olacağını, çünkü SOY'nın genellikle sağlık kuruluşunun vizyonuna ve stratejik planlamasına entegre olmadığını göstermiştir.
Organizational Health Literacy in Facilities for People with Disabilities: First Results of an Explorative Qualitative and Quantitative Study [66]	2020	Rathmann vd.	HLHO-10 ölçeğini adapte ederek engelli hastalara uygulamak	H	Nitel bulgular, tesislerde navigasyon ihtiyacının geliştirilmesi gerektiğini açıkça göstermiştir.
Fit for Diversity: A Staff-Driven Organizational Development Process Based on the Organizational Health Literacy Responsiveness Framework [67]	2020	Aaby vd.	Bu vaka çalışması, Danimarka belediyesi rehabilitasyon biriminde SOY stratejisi geliştirmede KSOY Duyarlılığı (Org-HLR) sürecinin fizibilitesini araştırmayı amaçlamaktadır.	H	Bu çalışma, Org-HLR'nin KSOY ihtiyaçlarını belirlemek ve KSOY iyileştirmelerine rehberlik etmek için uygulanabilir bir yaklaşım olduğunu doğrulamıştır.
Health-Literate Healthcare Organizations and Quality of Care in Hospitals: A Cross-Sectional Study Conducted in Tuscany [68]	2020	Bonaccorsi vd.	HLHO-10 ölçeği aracını İtalyancaya uyarlamak ve Toskana'da test etmek	H	Akredite hastanelerde KSOY puanları daha yüksek saptanmıştır. Kullanılan ölçek puanı arttıkça, algılanan kalitenin de arttığı tespit edilmiştir. Kalite çalışmalarında KSOY kültürünün önemli bir bileşen olduğu anlaşılmıştır.
Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı Olgusuna İlişkin bir Durum Çalışması [69]	2020	Aydın Büyük vd.	Kamu hastanelerinde KSOY ile ilgili durum tespiti yapmak	H	KSOY ile ilgili telefon sistemi boyutunda eksiklik, web sitesi ve koridorlarda daha olumlu bildirim alınmıştır.
Understanding and Advancing Organizational Health Literacy Within a Public Health Setting [70]	2021	Kruzliakova vd.	Virginia'daki dört tıbbi yetersiz sağlık bölgesinde Virginia Sağlık Bakanlığı (VDH) personelinin KSOY uygulamalarını değerlendirmek ve iyileştirmek için üniversite araştırmacıları ve VDH bölge direktörleri ve personelinden oluşan bir SOY iyileştirme ekibi oluşturmak	H	Personelin ve müşterilerin değerlendirilmesi, KSOY uygulamalarında güçlü ve zayıf yönleri ortaya koymuş ve geri bildirim, KSOY kapasitesini arttırmaya yönelik çabalara rehberlik etmiştir.
Organizational Health Literacy: Opportunities for Patient-Centered Care in the Wake of COVID-19 [71]	2021	Sentell vd.	Hasta merkezli inovasyon çerçevesinde, KSOY ile ilgili mevcut çalışmaların, sistemlerin ve sonuçların hasta merkezli yenilikçi yaklaşımla neler sunabileceğini araştırmak	H	KSOY ilkeleri ve yönergeleri, bu kriz, değişim ve dönüşüm zamanında bile hasta merkezli bakımı teşvik etmek için bir yol haritası sağlamaktadır.



Barriers to Organizational Health Literacy at Public Health Departments in Germany [72]	2021	Mehlis vd.	Organizasyonların KSOY seviyelerini yükseltmeyi nelerin engellediğini araştırmak ve bunları aşmak için yollar bulmak	H	Bu araştırmada KSOY konusunda engeller ve engelleri aşmada kullanılacak yollar anlatılmaktadır
Leveraging OHL to Enhance Health Promotion and Risk Prevention: A Narrative and Interpretive Literature Review [73]	2021	Palumbo	Makale, KSOY hakkındaki güncel bilgileri özetleyerek konuya ışık tutmayı amaçlamaktadır.	H	KSOY konusunda bilgili personel ile hastaların sorumluluk almaları ve işbirliği olanağı güçlenir. Ayrıca KSOY seviyesi yükseldikçe hastaların önleyici sağlık hizmetlerine ilgisi artar
Collaborative updating of an organizational health literacy tool confirms medical librarians' leadership roles [74]	2021	Grabeel vd.	Sağlık kuruluşlarının KSOY düzeyini değerlendirmek ve hastanelerin ve sağlık merkezlerinin SOY ortamının güncellenmesi sürecini detaylandırmak	H	Sağlık çalışanları tarafından yapılan değerlendirme, kuruluştaki değişikliklerin şekillenmesine yardımcı olmuştur. HLEHHC öçeği güncellenmiş ve geliştirilmiştir.
Organizational Health Literacy of German Public Health Departments (OHL-PH): Development of a Conceptual Model Employing Expert Interviews [75]	2021	Mehlis vd.	Alman halk sağlığı departmanlarının KSOY'nın en iyi kavramsal modelini araştırmak için ölçek geliştirmek	E	Alman halk sağlığı departmanlarının KSOY düzeyini artırılarak, halk sağlığının iyileştirilmesine önemli bir katkı sağlanabilir. 12 başlık tespit edilmiştir. Odak grup görüşmesi ve nitel içerik analizi yapılmıştır.
Outcomes and Critical Factors for Successful Implementation of Organizational Health Literacy Interventions: A Scoping Review [76]	2021	Kaper vd.	Bu literatür incelemesinin amacı aşağıdaki konuları özetlemektir: (1) KSOY-müdahalelerinin hasta, meslek ve örgütsel düzeydeki sonuçları; ve (2) KSOY müdahalelerinin uygulanmasını ve sonuçlarını etkileyen faktörler ve stratejiler.	H	Örgüt çapındaki müdahaleler KSOY etki alanlarında daha olumlu değişikliklere yol açar, ancak KSOY sonuçlarıyla ilgili kanıtların güçlendirilmesi gerekir
Attributes of Organizational Health Literacy in Health Care Centers in Iran: A Qualitative Content Analysis Study [77]	2022	Khorasani vd.	Bu makale, İran'daki sağlık merkezlerinde KSOY'nın niteliklerini açıklamaya yönelik ilk girişimlerden biridir. Bir içerik analizi araştırmadır.	E	Önceden yapılmış çalışmalar incelenmiş ve 26 uzman görüşü de eklenerek KSOY konusunda 10 alt konu, 21 alt kategori ve 67 kod konsolide edilmiştir.

Veri tabanında yer alan yayınların yıllara göre dağılımını gösteren grafik aşağıdaki 6.1 no.lu şekilde yer almaktadır. Grafik incelendiğinde, KSOY konusuna ilginin son yıllarda iyice artmış olduğu gözlemlenmektedir.

Sonuç olarak incelenmiş olan birçok değerli çalışmada, birtakım ölçekler sunulmuş olmakla birlikte, sunulan ölçeklerin hiçbirinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması saptanmamıştır.



**Şekil 4.1:** PubMed, YÖK Tez Merkezi ve Dergipark Akademik Veri Tabanındaki KSOY İle İlgili Yayınların Yıllara Göre Dağılımı

### 4.3. Farklı Statüdeki Hastane Grupları

Hastaneler, sahiplik yapıları, kuruluş yılları, uzmanlık alanları, uluslararası standartlara uygun olup olmamaları, hitap ettikleri toplum kesimi gibi birçok değişik sınıflandırmaya tabi tutulabilmektedirler. Kamuya ait ya da değil, bütün sağlık hizmet kuruluşları birer işletmedir. Tamamen sosyal fayda amaçlı bile olsa işletmeye tahsis edilen kaynakların topluma maksimum sağlık faydasını üretebilmesi için işletme mantığı ile çalışması bir zorunluluktur [78]. KSOY çalışmaları da topluma maksimum fayda sağlanması açısından önemlidir. Değişik hastane gruplarıyla ilgili olarak, genel bilgiler aşağıda yer almaktadır.

#### 4.3.1. Kamu hastaneleri

Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere kurulmuş hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri

ve benzeri sağlık kuruluşlarıdır [79]. Söz konusu sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi ile bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilerek yürütülmektedir. İstanbul ilinde Temmuz 2021 tarihinde 31 adet kamu hastanesi bulunmaktadır.

#### **4.3.2. Eğitim araştırma (dal) hastaneleri**

Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan, uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği, genel ya da özel dal konularında uzmanlaşmış sağlık kurumlarıdır. Sağlık hizmeti verilen bir kuruluş olan hastanelerin bir kısmına eğitim ve araştırma rolü de yüklenerek farklı bir kimlik kazandırılmıştır. Özel dal hastaneleri; yönetmeliklerde belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa yakalananların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumları olarak tanımlanmıştır [79]. İstanbul ilinde, Temmuz 2021 tarihinde 49 adet eğitim araştırma hastanesi bulunmaktadır.

#### **4.3.3. Özel hastaneler**

Sahiplik yapısı olarak özel girişimciler tarafından kurulup işletilen hastanelerdir. Bir başka değişle, kar amacı güden ya da gütmeyen kuruluşlara ait olabilen sağlık kuruluşlarıdır. Finansman; hastaların kendisi, hastaların sigorta şirketleri veya yabancı elçilikler tarafından karşılanmaktadır. İstanbul ilinde Temmuz 2021 tarihinde, 178 adet özel hastane bulunmaktadır. Hastane grupları içerisinde çoğunluk grubu oluşturmaktadır.

#### 4.3.4. Dijital (kağıtsız) hastaneler (HIMMS)

HIMMS (Healthcare Information and Management Systems Society – Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu), 1961 yılında kurulan, 480 tedarikçi şirket, 470 dernek/vakıf ve 650 sağlık kurumu ile birlikte dünya çapında sağlık alanında 100.000'den fazla kişiyi kapsayan bir sivil toplum kuruluşudur. Merkezi Şikago'da olan ve Amerika, Avrupa ve Asya'da yapılanması bulunan HIMSS'in kuruluş amacı; sağlık hizmetleri sunumunda ve geliştirilmesinde, bilgi teknolojilerinin kullanımını sağlamaktır [80].

HIMSS, dünyadaki en büyük sağlık bilişimi organizasyonudur. Sağlık hizmetinin dönüşümünü desteklemek adına pazarı bilgilendiren, yönlendiren ve destekleyen bir konumda olan HIMMS, dünyanın lider sağlık bilgi teknolojileri organizasyonudur.

HIMMS sistemleri kullanılarak oluşturulan dijital hastaneler, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdir ve İstanbul ilinde dijital hastane olarak faaliyet gösteren 28 adet hastane bulunmaktadır. Sağlık kurumu içerisindeki bütün bilgi sistemlerinin entegre olduğu, güvenilir veri akışı olan, sağlık hizmet sunucularının verimli çalışmasına olanak sağlayan, mobil iletişim imkânı sağlayan, her işlemin dijital olarak gerçekleştiği, doğru ilaç ve medikal tedavi uygulamalarının kontrol edildiği, bütün işlemlerin tam otomasyon sistemi ile yapıldığı, kontrol edildiği ve yönetildiği bir hastane işleyişine ve ileri teknolojiye sahip hastanelere denilmektedir [81].

Dijital hastane uygulamalarının kullanımı ile hastanelere ulaşmak kolaylaştırılmış [82], teknolojiyi kullanan doktorun verimliliği artırılmış, hasta ve hasta yakınlarının sağlık bilgi düzeyi ve memnuniyet düzeyi artırılmış [83], hasta ve hastanenin gereksiz işlem tekrarlarından kaynaklanan maliyetler sınırlandırılmış [84], hastaların istediği yer ve zamanda kendi sağlık bilgilerine ulaşabilmesi [85] sağlanmıştır.

Temmuz 2021 tarihinde, dijital hastane olarak 28 adet hastane İstanbul ilinde faaliyet göstermektedir. Bu tür hastanelerin dijitalleşme nedeniyle KSOY konusunda farklı sonuçlar üreteceği düşünülerek farklı bir grup olarak değerlendirilmiştir.

#### **4.3.5. JCI belgeli hastaneler**

Joint Commission International (JCI), Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) kurumunun uluslararası akreditasyon hizmetleri için oluşturulmuş birimdir [33]. Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini arttırmaya yönelik, kar amacı gütmeyen, bağımsız, uluslararası akreditasyon hizmetleri veren bu kurum Türkiye'deki birçok hastaneye de akreditasyon vermiş bulunmaktadır. Sağlıkta kalite anlamında önemli standartlar getirmesi nedeniyle, bu çalışmada bu akreditasyonu almış kurumların KSOY konusunda daha iyi şartlarda olmaları beklenmektedir. KSOY düzeyini araştırdığımız bu çalışma için bu grupta yer alan hastanelerin ayrı olarak değerlendirilmesinin araştırma açısından daha doğru sonuçlar vereceği düşünülmüştür. İstanbul ilinde, Temmuz 2021 tarihinde, 38 adet JCI belgeli hastane faaliyet göstermekte olup büyük çoğunluğu özel sektöre ait hastanelerdir.

#### **4.4. Ölçek Geliştirme Aşamalarına İlişkin Genel Bilgiler**

Ölçek kelimesi, Türk Dil Kurumu sözlüğünde, birim kabul edilen herhangi bir şeyin alabildiği kadar ölçü, ölçü miktarında olan, bir ölçü aletinin üzerinde çizgilerle ayrılmış bölüm anlamlarını taşımaktadır.

Ölçme; kişilerin ya da olayların belli özelliklerinin sayısal şekilde ifade edilmesini ifade etmektedir [86]. Değerlendirme ise ölçme sonucunda ortaya çıkan sonuçların belirlenen kriterlere uygunluğunun karşılaştırılıp ölçülen nitelik hakkında düşüncelerin belitilmesi olarak tanımlanmaktadır [87].

Doğrudan gözlemlenemeyen kavramlar, ölçekler aracılığı ile somut ifadelere dönüştürülmeye çalışılır. Ölçekler, ölçülen olgunun sıralanması, sınıflanması, miktar

ve derecelerinin belirlenmesi için uyulması gereken kural ve kısıtlamaları belirleyen ölçme araçlarıdır [88]. Ölçekler sayesinde; doğrudan yollarla kolayca gözlemlenemeyecek teorilerin değişik öğeleri bir skorlama sistemi ile bütünleşik hale getirilerek, değişkenlik düzeyleri tespit edilmeye gayret edilir [89]. Ölçekler sayesinde sınıflama, sıralama gibi tasnifler yapılarak elde edilen sonuçlar daha kolay yorumlanabilir hale gelmektedir.

Ölçek geliştirme ve uyarlama sürecinde sırasıyla; amaç ve ihtiyacın ortaya konulması, madde havuzunun oluşturulması, madde sayısına karar verilmesi, örneklemin belirlenmesi, deneme uygulamalarının gerçekleştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik analizleri ile son kontrol aşaması gibi konular yer almaktadır [90-94]. Özet olarak belirtilen aşamalar aşağıda detaylarıyla yer almaktadır.

#### **4.4.1. Ölçek geliştirme ya da ölçek uyarlama**

Literatürde ilgili ölçeğin olmaması, var olan ölçeklerin yetersiz kalması, hedef kitlenin farklı olması veya uygulamada karşılaşılabilecek birtakım zorluklar nedeniyle, yeni bir ölçek geliştirme ya da ölçek uyarlama çalışmasına karar verilir [94]. Araştırmanın hangi amaçla ve nerede yapılacağına göre ölçek geliştirme mi yoksa ölçek uyarlama mı yapılacağı önem kazanmaktadır.

#### **4.4.2. Ölçekleme modelleri**

Sosyal bilimlerde incelenen zekâ, inanç, tutum, davranış gibi değişkenlerin ölçülmesi zor olduğu için, bu değişkenlerin soyut yapıları içerisindeki özellikleri ve bu özelliklerin ilişkili olduğu kişilik niteliklerini belirlemek için ölçümler yapılmaktadır [95]. Bu tür ölçümler, ölçülmesi hedeflenen özelliği uyaracak olan maddeler sunularak, gelen tepkiler doğrultusunda dolaylı ölçümler şeklinde yapılmaktadır. Dolaylı ölçümlerin kullanıldığı psikolojik testler; uygulama kolaylıkları, objektif puanlama sağlanması, geçerli ve güvenilir gözlemler sunması

nedeniyle araştırmacılar tarafından sıklıkla tercih edilmektedir [96]. Sosyal bilimlerde uygulanan psikolojik testlerde Thurstone Ayırma Ölçeği, Osgood Boyutsal Ayırma Ölçeği, Likert Toplama Ölçeği, Guttman Ölçeği, Duygusal Anlam Ölçeği gibi çeşitli ölçekler kullanılmaktadır [95]. Bu ölçekler sayesinde doğrudan gözlenemeyen özellikler açıklanmaya çalışılmaktadır [94]. Geliştirilen her ölçek, kültürel açıdan ve kullanılan dil özellikleri açısından belirli bir topluma aittir. Sürekli değişmekte olan teknoloji ile birlikte iletişim olanaklarının artması neticesinde bu tür ölçeklerin kullanımı artmakta, hatta değişik kültürlü toplumlar için uyarlamalar yapılarak kullanılabilir [97].

Çok çeşitli ölçek geliştirme modelinin olmasına karşın günümüzde en fazla tercih edilen model Rensis Likert [98] tarafından ortaya atılan “dereceleme toplamlarıyla ölçekleme” modelidir. Likert Tipi ölçekler; kullanışlı olmaları, her düzeyde eşit aralıklı ölçme sonuçları vermeleri nedeniyle günümüzde sıklıkla kullanılan bir ölçek türüdür. Likert tipi ölçeklerin geliştirilme ve uyarlama sürecinde; temel istatistiksel hesaplamalar kolaylıkla yapılabilir.

Likert tipi bir yanıt ölçeği kullanıldığında, ölçekteki noktalar ölçümün sürekliliğini yansıtmalıdır. Yanıtlar sıralı bir şekilde, yani herhangi bir çakışma olmadan artan bir sırada sunulmalı ve veri kalitesini sağlamak için yanıt ölçeğindeki her nokta anlamlı olmalı ve her katılımcı tarafından aynı şekilde yorumlanmalıdır.

Yanıt ölçeğindeki puan sayısı açısından, iki ila üç puana sahip yanıtların, beş ila yedi puanlı Likert tipi yanıt ölçeklerinden daha düşük güvenilirliğe sahip olduğunu göstermiştir [99]. Tek kutuplu öğeler için, yani tek bir öğe yanıt kalitesinin görelili derecelerini yansıtanlar için beş noktalı yanıt ölçekleri önerilmektedir. Buna örnek olarak memnuniyet derecesi ölçme skalası verilebilir. İki kutuplu öğeler için yedi yanıt öğesi önerilmektedir. Örnek olarak bir öğe yanıt ölçeğinin iki niteliğinin göreceli derecelerini yansıtanlar gösterilebilir yani; yanıtlarda hem memnuniyet ve hem de memnun olmama durumunu ölçme skalaları 7’li likert ölçeğinin en yaygın olarak kullanıldığđ alanlardır. Beşli likertten daha az kategorili ölçeklerin analizi yapılırken kategorik şekilde değerlendirilirse daha anlamlı sonuçlar çıkabilmektedir. Beş ile yedi kategoriye sahip likert ölçekleri ise, maksimum olasılık tahminleri

kullanılarak, doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modellemesi şeklinde değerlendirilebilir [100].

#### **4.4.3. Ölçeklerde değişken sayısı**

Bilimsel gelişme ölçmeye dayanır. Duyarlı ölçüm araçlarıyla yapılan ölçmeler de bu gelişmeyi arttırmaktadır. Bilim insanları öğeler arasındaki ilişkiyi doğrudan gözlemleyememelerine rağmen, birbirleriyle yeterince ilişkili olup olmadıklarını belirleyebilmektedirler [89]. Bilimsel bir yapı gerçekten soyutsa, alt ölçeklerin esas kavramın gerçekliğini yakalayabilmesi ve içerik geçerliliğini sağlayabilmesi için en az 3 değişkenden meydana gelmesi gerekmektedir [101]. Ayrıca birden çok maddenin kullanılması; kültürden kaynaklanan, önyargıdan kaynaklanan ve maddelerin sıralanma biçiminden kaynaklanan sorunlara karşı da koruma sağlamaktadır [102].

Araştırmacıların ayrıca, gizli değişkenin tek boyutlu mu yoksa çok boyutlu bir ölçü mü olduğunu araştırması önemlidir. Eğer değişken çok boyutluysa, ölçeğin sonunda bileşik ölçeği temsil eden alt ölçeklere bölünmüş olması gerekir [90].

#### **4.4.4. Kuramsal kavramın amaçlanan anlamını ve genişliğini araştırma**

- a. Uygun kavramsal etiketlerin seçimi
- b. Kavramsal tanımların seçimi
- c. Olası boyutların ve öğelerin belirlenmesi

Araştırmanın her boyutu ile ilgili teorik anlayışları yansıtan öğelerin oluşturulması ve araştırma yapılan konunun boyutsal haritasının çıkarılabilmesi için derinlemesine literatür incelemesi gereklidir. Soyutluk (ve genişlik) arttıkça, yapının birden fazla boyuttan oluşması beklenebilir. Örneğin, lisansüstü öğrenci danışmanlığı desteği ile ilgili literatür taraması yapıldığında, fakülte rehberlik desteğinin üç ayrı



türünün (veya boyutlarının) olduğu ortaya çıkabilir: psikososyal boyut, araştırma boyutu ve kariyer planlama boyutu [103].

Teori ve araştırma, soyut yapıyı temsil edecek olan nitelikleri tanımlamak için ölçek geliştirme en önemli kısmıdır [89,90,104,105]. Kurulması tasarlanan ölçeğin unsurlarının, teorideki karşılıklarının belirlenmesi gereklidir. Burada araştırmacının, hangi boyutları ölçeğine katacağı, kattığı boyutlarla ilgili nasıl bir ifade kullanacağı ile ilgili kararları büyük önem taşımaktadır. Hazırlanan sorular ile sorgulanan soyut yapı başarıyla temsil edebiliyorsa yani ölçülmek istenen soyut kavramı sorular vasıtasıyla ölçebildiğiniz zaman ölçek anlamlı olarak nitelendirilir. Teorik bir kavramı açıklayabilmek için fazla sayıda öge gerekebilir ancak amacına en uygun sayıda öge ile temsil edebilme gücüne sahip olanları belirleyebilmektir. Chaffee bu süreci, araştırmacının ölçütü oluşturacak yapının kavramsal ve operasyonel tanımlarını haklı çıkarmak için mantıksal prosedürler uyguladığı anlam analizi olarak adlandırmaktadır [104]. İçerik geçerliliğini sağlamak için dikkatli kavramsallaştırma, madde seçimi ve ifadelerle dikkat edilmelidir [90, 105].

d. Boyutlar ve öğeleri oluşturmak için nitel araştırma yapılması

Araştırmaya başlarken olası çerçeveyi belirlemek amacıyla konusunda uzman kişilerin ya da araştırma konusunun araştırma evrenini oluşturan kurum yetkililerinin görüşlerine başvurularak çerçeve belirlenir.

e. Ölçeği hassaslaştırmak için geri bildirim kullanılması

Ölçeği hassaslaştırmak için konunun uzmanlarından geribildirim alınabilir ya da ölçek geliştirilecek konunun araştırma evreninde nitel araştırma yapılabilir.

f. Madde ifadelerini, madde geçerliliğini, anket tasarımını ve model yapısını değerlendirmek için uzman geri bildirimleri, ön testler, bilişsel görüşmeler veya pilot testler kullanılması

Literatürde ölçek geliştirme çalışmaları incelendiğinde; ölçek öğelerini oluşturup değerlendirebilmek için, önce literatür ve ilgili teorilerin incelendiği ve bunlara dayanarak; odak grup görüşmeleri, röportajlar, bilişsel görüşmeler, ön testler veya

pilot testler, uzmanlarla görüşme gibi yöntemlerin bazen birkaçının bazen sadece birinin kullanıldığı görülmüştür [103].

Madde havuzu oluşturma sürecine “soru geliştirme” [106] veya “öge oluşturma” [107] da denir. Uygun soruları tanımlamanın iki yolu vardır: tündengelimli veya tümevarımlı yöntemler [107].

Mantıksal bölümlenme veya yukarıdan sınıflandırma [108] olarak da bilinen tündengelimli yöntem, ilgili etki alanının açıklamasına ve öğelerin tanımlanmasına dayanır. Bu yöntem, literatür taraması ve bu etki alanının mevcut ölçeklerinin ve göstergelerinin değerlendirilmesi yoluyla yapılabilir [109]. Gruplandırma veya aşağıdan sınıflandırma olarak da bilinen tümevarım yöntemi [108], bireylerin yanıtlarından öğelerin üretilmesini içerir [107]. Odak grupları ve bireysel görüşmeler gibi doğrudan gözlemler ve keşif araştırma metodolojileri ile elde edilen nitel veriler, etki alanı öğelerini tümevarım olarak tanımlamak için kullanılabilir [110].

Hem konuyu tüm boyutlarıyla tanımlamak, hem de değerlendirmek amacıyla soruları oluşturmak için hem tündengelimli hem de tümevarımlı yöntemleri birleştirmek en iyi uygulama olarak kabul edilmektedir. Literatür taraması konuyu tanımlamak için teorik temel sağlarken, nitel tekniklerin kullanılarak araştırma yapılması konuyu soyut bir noktadan daha somut bir alana taşımaktadır. Teorik temeller tarafından tanımlanan bir ölçek veya yapı, konunun tüm boyutları hakkında belirli pragmatik kararlar almak için daha iyi sonuç vermektedir çünkü çeşitli kişi, topluluk, kültürler tarafından tasarlanmış ölçekleri oluşturan öğeler yıllar içinde birikmiş ve toparlanmış olan çeşitli bilgileri içermektedir [111].

Tündengelim ve tümevarım ile oluşturulan ilk madde havuzunda istenmeyen öğeler uzman görüşleri ve pilot uygulamalar sonrasında ortadan kaldırılacağından, başlangıç aşamasında ölçekte tanımlanan konuya mükemmel şekilde uymayan öğelere de yer verilebilir. Kline ve Schinka ve arkadaşları, geliştirilen ilk ürün havuzunun istenen son ölçekten en az iki kat daha uzun olması gerektiğine dikkat çekmektedirler [112]. Diğerleri, en uygun öge kombinasyonunu seçmek için gerekli kenar boşluğunu sağlamak için ilk havuzun son sürümünden beş kat daha büyük

olmasını önermektedir. Ürün sayısının istenen ölçekten en az iki kat daha uzun olması gerektiği konusunda hemfikir olan bir başka makale de Boateng ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yazılan makaledir [111].

#### **4.4.5. Örneklem seçimi için yöntem belirlenmesi**

Nitel araştırmalarda kullanılan amaçlı örneklem yöntemi, yaygın olasılıksız örnekleme tekniklerindedir. Araştırmacının yapmak istediği çalışmanın amacına uygun olarak, örneklemin araştırmacı tarafından belirlenmesini ifade eden bir tekniktir [113]. Amaçlı örnekleme, örnekleme dahil edilecek unsurların, subjektif olarak seçilmesi nedeniyle kolaycı örnekleminin bir alt kümesi olarak düşünülebilir. Bununla birlikte, amaçlı örnekleme yönteminde örnekleme dahil edilecek unsurların belirlenmesinde uzman görüşüne yer verilir oysa diğer kolaycı örnekleme yöntemlerinde uzman görüşü dikkate alınmaz [114].

Amaçlı örnekleminin diğer bir adı da yargısal örneklemedir. Araştırmacının ana hedefi evrenin tamamını temsil edebilecek bir örneklem seçmektir. Bazı araştırmalarda, evrenden yüzeysel olarak farklı olan, araştırma için önemli özellikler içeren bir grubun da işin içine dahil edilmesi gerekebilir. Bu durumda örneklem seçimi sırasında, mutlaka örneklem içinde olması istenen gruplar özel olarak gruba eklenebilir. Bu tip örnekleme yargısal (judgemental) örnekleme olarak adlandırılır. Araştırmacılar kendi yargılarına göre ya da araştırmanın sonuçları açısından önem arz edecek olan grupları örnekleme dahil edebilirler.

#### **4.4.6. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi**

Araştırmacıların, araştırma yaparken en çok karşılaştıkları sorunlardan biri, araştırma yapılacak kişilere ulaşabilme problemidir. Genellikle daha çok olan denekten daha azına ulaşılması sorunu yaşanır. Ancak, "yeterli büyüklükte" örneklem belirlemede kullanılacak genel kurallar bulunmaktadır. Örneklem

büyüküğü araştırmanın tipine bağlı olarak değişmektedir. Nitel araştırmalarda örneklem büyüküğüünü hesaplamada belli bir kural yoktur ancak araştırmanın amacına ve sahip olunan olanaklara göre kararlaştırılır.

Nitel araştırmalar için evrenin %10'unu oluşturan bir örneklem, olabilecek en az oran olarak dikkate alınır. Küçük evrenler için %20 gerekebilir. Korelasyona bakan araştırmalarda, en azından %30'luk bir örneklem bir ilişkinin varlığı ya da yokluğunu kanıtlamada gerekli görölür [115].

Bir ölçek geliştirilmesi için kullanılacak örnek boyutu genellikle tartışma konusu olmuştur. Potansiyel ölçek öğelerinin heterojen, yani hedef popölasyon aralığını hem yansıtan hem de yakalayan bir örneklem üzerinde test edilmesi önerilir.

Ölçeğin geliştirme ya da uyarılama çalışması yapılmasına göre ölçeğin uygulanacağı hedef kitlenin etkisi önemlidir. Ölçeğin amacına uygun olarak belirlenen hedef kitlede, yeterli sayıda kişiye uygulama yapılmalıdır. Gereкли örneklem boyutu, değişkenler arasındaki değişim düzeyi ve değişkenlerin faktör sayısına oranı da dahil olmak üzere çalışmanın çeşitli özelliklerine bağlı olarak karar verilir. Örneklem büyüküğü olarak da ifade edilen uygulama yapılacak kişi sayısı, madde sayısı ile bağlantılı olarak değişmektedir. Literatürde, madde sayısının en az beş katı, 10 katı, 15 katı kişiye uygulama yapılması gerektiğinden bahsedilmektedir. 100 kişinin zayıf, 200 kişinin orta, 300 kişinin iyi, 500 kişinin çok iyi ve 1000 kişinin mükemmel olduğu, 200-300 kişinin faktör analizi için yeterli olduğu gibi görüşler bulunmaktadır [90] Guadagnoli ve Velicer, farklı örneklem boyutları kullanarak yaptıkları simölasyon çalışmasına dayanarak, desenlerin kabul edilebilir bir karşılaştırılmasını gözlemlmek için en az 300-450 gerektiğini ve örnek boyutu < 300 ise, replikasyonun gerekli olduğunu öne sürmüşlerdir [116].

#### **4.4.7. Kapsam geçerliliği sağlanması**

Madde yazım süreci ve örneklem tespitinden sonra kapsam geçerliği sağlanmalıdır. Ölçek maddelerinin ölçölmek istenen özelliği kapsayacak özellikte

olması kapsam geçerliliği olarak adlandırılmaktadır. Kapsam geçerliği uzman görüşlerine dayalı olarak yapılmaktadır [117]. Ölçek geliştirme çalışmalarında ana uygulamaya geçilmeden önce pilot uygulama yapılması önerilmektedir.

Ölçek geliştirme çalışmaları, deneysel süreç ve kuramsal süreçler şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Deneysel süreçte literatür ya da uzman görüşleri sayesinde taslak ölçek formu elde edilir ve hedef kitle ile benzer özellikler taşıyan bir örneklem grubuna deneme uygulaması yapılarak, taslak ölçek maddeleri uygulanmak suretiyle nihai form elde edilir. Kuramsal süreçte ise örneklem gruplarına ulaşamama durumunda, taslak ölçek formundaki maddelere ilişkin uzman görüşleri alınarak nitel çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmada uzman görüşleri arasındaki uyum test edilebilmektedir. Kapsam geçerlik oranları yardımı ile bu nitel süreç istatistiksel nicel bir sürece dönüştürebilmektedir [118].

Ölçek maddeleri ile ölçülmek istenilen özellik arasındaki bağlantı, ölçme aracının geçerliliğine ilişkin olarak değerlendirilir. Ölçek maddesinin ölçülmesi amaçlanan özelliği kapsama (kapsam geçerliği) ya da maddenin yapı geçerliği yani ilgili maddeyi yorma gücünü belirlemek amacıyla ön çalışmalara ihtiyaç vardır [118]. Ölçme aracının geçerliğini etkileyen diğer faktörler de ölçek geçerliği için göz önüne alınması gereken noktalardır. Bu faktörler; ölçek maddesinin anlaşılabilir olması, hedef-kitleye uygunluğu vb. ön çalışmalarda elde edilen uzman görüşleri arasındaki uyum ya da uyumsuzluk aynı zamanda kapsam ya da yapı geçerliği için kullanılmaktadır. Kapsam geçerlik oranları, Lawshe [119] tarafından geliştirilmiştir. Bu nedenle Lawshe tekniği olarak bilinen bu yaklaşım 6 aşamadan oluşmaktadır.

1. Araştırma konusu olan alanda uzman olanlardan bir grubun oluşturulması
2. Taslak ölçeğin oluşturulması
3. Uzman görüşlerine başvurulması
4. Ölçekte yer alan her madde için kapsam geçerlik oranlarının elde edilmesi
5. Ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik endekslerinin elde edilmesi

## 6. Kapsam geçerlik oranları/endeksi ölçütlerine göre nihai formun oluşturulması

Lawshe tekniği için, en az 5 en fazla ise 40 uzman görüşüne ihtiyaç vardır. Her bir madde için uzmanların “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor”, “madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz” ya da “madde hedeflenen yapıyı ölçmez” şeklinde karar vermeleri beklenmektedir. Kapsam geçerliğinin yanında uzmanlardan maddenin anlaşılabilirliği, hedef kitleye uygunluğu vb. amacıyla da görüşleri istenebilir. Buna göre, uzmanların her bir madde ile ilgili olarak görüşleri değerlendirilir ve kapsam geçerlik oranları elde edilir. Kapsam geçerlik oranları (KGO), herhangi bir maddeye ilişkin “Gerekli” görüşünü belirten uzman sayılarının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına oranının 1 eksiği ile elde edilir.

$$KGO = \frac{N_G}{N/2} - 1$$

Formülde KGO kapsam geçerlik oranını,  $N_G$  maddeye “Gerekli” diyen uzmanların sayısını ve  $N$  ise maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısını göstermektedir. Uzmanların yarısı maddeye ilişkin “Gerekli” şeklinde görüş bildirdiklerinde  $KGO=0$ , yarısından fazlası “Gerekli” şeklinde görüş bildirmiş ise  $KGO>0$  ve uzmanların yarısından fazlası “Gereksiz” şeklinde görüş bildirmiş ise  $KGO<0$  olacaktır.

İlk etapta, KGO değerleri negatif ya da 0 değer içeren maddeler elenirler. KGO değerleri pozitif olan maddeler için istatistiksel ölçütler ile anlamlılıkları test edilirler. Elde edilen KGO’ların istatistiksel olarak anlamlılığını test etmek için kapsam geçerlik ölçütleri için ilgili literatürde önceleri birikimli normal dağılımdan yararlanılırken, hesaplama kolaylığı açısından  $\alpha=0,05$  anlamlılık düzeyinde

KGO'ların minimum değerleri 5 uzman gri için (kapsam geçerlik ltleri) tarafından 0,99 olarak belirtilmiştir [120].

#### **4.4.8. Toplanan verinin kalitesinin değerlendirilmesi**

Toplanan veriler için kalite kontrol yapılması önem taşımaktadır. Rastgele doldurulan, çelişkili cevap içeren, "fikrim yok" seçeneği çoğunlukla iaretlenmi anketler değerlendirilmeden çıkarılmalıdır. Bu tür anketler sonucu yanlış Şekilde etkileyebilmektedirler.

#### **4.4.9. Toplanan verinin faktör analizine uygunluğunun araştırılması**

- a. Bartlett Küresellik Testi ( $\leq 0,05$ )
- b. Kaiser-Meyer-Olkin yeterlilik ölçümü ( $\geq 0,60$ )
- c. Inspect korelasyon matrisi ( $\geq 0,30$ )

Toplanan veriler için çalışmanın durumuna göre yukarıdaki istatistiksel analizler yapılmalıdır.

#### **4.4.10. Ortak faktör analizi uygulanması**

Literatür incelemesi çalışmaları sonrasında, ölçek değerlendirilme aşamasında kavramsal tanımlamalar yapabilmek ve bu kavramsal çerçevenin içinde yer alacak boyutları ve öğeleri belirleyebilmek için en sık uygulanan yaklaşım, açıklayıcı faktör analizi (EFA) uygulamasıdır. Faktör analizi, yapının her bir boyutuyla (yani faktörüyle) ile ilgili değişkenlerin veri azaltmasına yardımcı olmak için gözlemlenebilir değişkenler arasındaki korelasyonları tanımlamak amacıyla kullanılan, yapı analiz prosedürleri grubudur [121]. Esasen EFA, verileri inceler ve faktör sayısı hakkında rehberlik sağlar. Doğrulayıcı faktör analizinde (CFA) araştırmacılar, önce faktör sayısını ve her bir faktörle birlikte ilişkili değişkenleri belirtirler. Ölçek geliştirmede EFA, araştırmacıların yapının boyutlandırması

hakkındaki varsayımları konusunda hatalı olabilmeleri ve madde kalitesini sağlama konusunda sorun yaşayabilmeleri olasılığı nedeniyle CFA sonrasında tavsiye edilir. EFA çalışması sonucunda oluşturulan ölçeğin yapısını doğrulamak için ayrı bir örnek üzerinden CFA çalışması yapılarak ölçek tasdik edilmelidir [122-126]. Bilim insanları daha önceden yayınlanmış ölçeklerin kesinliği ve doğruluğu konusunda risk almaktan kaçınmalıdırlar. Yayınlanmış olan tüm ölçekler, ölçeğin boyutsal yapısını doğrulamak için doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmalıdır. Bu şekilde tüm literatürün geçersiz ölçekler üzerine inşa edilme hatası önlenmiş olur [127].

Geliştirilen ya da uyarlanan ölçeğin faktör sayısı, faktörleri temsil eden madde sayısı, maddelerin ortalama puanları değişkenlerine bağlı olarak yapılan istatistiki hesaplamalarda, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları için Cronbach Alpha katsayısı ( $\alpha$ ), İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI) gibi sabit bazı katsayılar kullanılmaktadır. Bir testin iç tutarlılık güvenirliliğinin elde edilmesinde Cronbach (1951) tarafından ortaya atılan, güvenilirlik kestirim yöntemlerinden birisi olan Cronbach Alpha katsayısı, ölçekte yer alan maddelerin birbirleriyle ne kadar uyumlu olduğunu gösteren ve ölçülmek istenen arka plandaki değişkeni temsil etme gücünü belirlemektedir [128,129].

#### **4.4.11. Faktör çıkarma yönteminin seçilmesi**

- a. Temel Faktörler Analizi yapılması
- b. Maksimum Olasılık yapılması (Maksimum Likelihood)

Araştırma sonuçları değerlendirilirken, konu ile ilgisiz görülen faktörler veya alt boyutları çıkarılmalıdır. Çalışmanın uygunluğuna göre gerekli analizler yapılarak faktör yapısı değerlendirilmelidir.



#### 4.4.12. Faktör sayısı konusunda karar verilmesi

- a. Özdeğere Göre Belirleme (Eigen values)
- b. Serpilme Diyagramı (Scree test)

Faktör sayısı belirlemek amacıyla özdeğeri 1 veya 1'den büyük faktörler dikkate alınır. Serpilme diyagramı özdeğerleri görselleştirir ve sıklıkla kullanılır. Ani, keskin düşüşün olduğu noktanın üzerinde kalan özdeğerlere sahip faktörler dikkate alınır.

#### 4.4.13. Faktörlerin verilerinin değiştirilmesi (Faktör döndürme)

- Eğik (Direct Oblimin, Promax)
- Dik (Varimax, Quartimax, Equamax)
- İlişkisiz (Varimax)

Faktörler, istatistiksel analizler sonunda, kimi zaman literatürde ya da uzman görüşünde olduğu şekilde çıkmayabilir. Bu durumda faktörlerin yeri değiştirilerek istatistiksel analizler tekrarlanır. En sık kullanılan faktör döndürme yöntemi Varimax rotasyonudur. Varimax rotasyonu ile daha az değişken ile faktör varyanslarının maksimum olmasını sağlamak amacıyla döndürme yapılır. Döndürme işleminin sonunda, faktör yükleri tablosunda hangi değişkenin hangi faktör üzerinden en yüksek yüke sahipse o değişken, o faktöre atanır.

#### 4.4.14. Geçerlilik

- a. Kapsam Geçerliliği (Content Validity)
- b. Yapı Geçerliliği (Construct Validity)
- c. Kriter Geçerliliği (Criterion Validity)
- d. Görünüş Geçerliliği (Face Validity)
- e. Faktörler arası korelasyon
- f. En az 3 faktör yaklaşımı
- g. Başlangıç ortak değerleri ( $\geq 0,40$ )

Geçerlilik ölçmek istenen, amaçlanan şeyin gerçekten ölçülüp ölçülmediği ile ilgili olup kesinlik ölçüsüdür. Geçerli bir analiz mutlaka güvenilir olmalıdır. Kapsam geçerliliği, ölçekte yer alan her maddenin amaca ne ölçüde hizmet ettiği ile ilgilidir. Kapsam geçerliliğinde ölçüm aracının ölçmek istediği yapıyı ölçüp ölçmediği, uzman kararları ile belirlenir.

Yapı geçerliliği ise, testin ölçme gücü olarak tanımlanır. İlgili yapıyı ölçmesi düşünülen değişkenlerin oluşturduğu bütünün, öngörülen yapıyı doğru belirleyip belirlemediğinin tespit edilmesidir. Bu geçerlilik türü, faktör analizi olarak adlandırılan istatistik analiz yöntemi ile analiz edilerek bulunur. Bu analizde amaç, ilişkili maddeleri bir araya toplayarak yeni sanal maddeler (faktörler) oluşturmaktır.

Çalışma sonuçlarının belirlenmiş olan bir veya birkaç ölçütle ilişkisini inceler. Diğer ölçütle benzer olması istenir. Diğer ölçüt aynı deneklere uygulanır ve aralarındaki korelasyona bakılır.

Görünüş geçerliliği uzman görüşleri ile belirlenir ve bir ölçekteki unsurların görünüşte ölçmesi istenilen yapıyı ne derecede ölçtüğünün göstergesidir. Hem testin bütünü hem de her bir soru için gereklidir.

#### **4.4.15. Güvenilirlik**

- a. Test Yeniden Test
- b. Paralel Formlar Yöntemi
- c. Gözlemciler Arası Güvenilirlik
- d. İç Tutarlılık Güvenilirliği
  - a) Cronbach Alfa Katsayısı (Cronbach's Alpha)
  - b) İkiye Bölme (Split-Half)
  - c) Guttman Katsayıları
  - d) Paralel Model
  - e) Kesin Paralel Model

Güvenilirlik yapılan ölçümün kararlılığını (consistency) gösterir. Yapılan ölçümün aynı şartlarda, aynı nesnelere, değişik zamanlarda veya kişilerce ölçüldüğünde benzer sonuçları vermesi durumudur. Güvenilir bir analiz geçerli olmayabilir.

Test Yeniden Test, anketin iki farklı zamanda aynı deneklere aynı şartlarda uygulanmasıdır. Paralel Formlar yönteminde, bir anketin en az iki formunun eşdeğer olacak şekilde geliştirilmiş olması gereklidir. İki ölçümün denk olması beklenir. Gözlemciler arası güvenilirlik, birbirinden bağımsız gözlemcinin aynı şeyleri ölçmeye çalıştıkları durumlarda kullanılır.

İç Tutarlılık; ölçülmek istenen kavramın Likert tipi ölçekle, maddeler arasındaki korelasyona bakılarak ölçülmesidir. Ankette yer alan her bir sorunun ölçülmek istenilen olguyu ne kadar ölçtüğünü hesaplar.

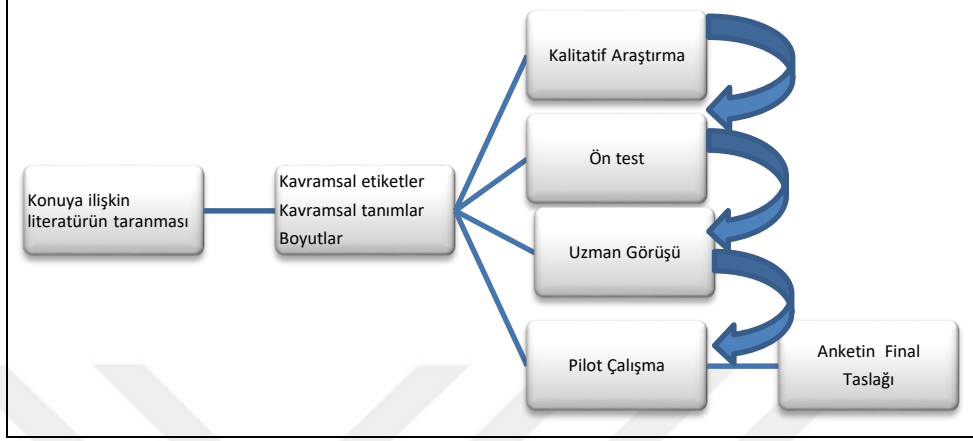
Cronbach Alfa katsayısı, ölçekte yer alan n sorularının varyansları toplamının, genel varyansa oranlaması ile bulunan bir ağırlık standart değişim ortalamasıdır. Sorular arasında negatif korelasyon varsa Cronbach Alfa katsayısı da negatif çıkar. Bu durum güvenilirlik modelin bozulmasına neden olur. Cronbach Alfa ne kadar yüksek olursa ölçekteki maddelerin birbiriyle tutarlı ve aynı özelliği arayan maddeler olduğu anlaşılır.

Yarıya bölmede tek bir test ve tek bir grup için uygulanır. Gutman ise kovaryans ya da varyans hesapları ile güvenilirlik ölçmektedir. Paralel modelde eşit varyans ve eşit hata varyansı varsayılarak hesaplanır. Kesin paralel yöntemi ise soruların ortalamalarının da eşit olduğunu varsaymaktadır.

#### **4.4.16. Sonuçların açıklanması**

Sonuçlar, her faktör için; değişkenlik yüzdesi, ölçek ve alt ölçek adlandırma mantığı, kavramsal tanımlar, örneklem büyüklüğü mantığı, faktör sayılarını belirleme yöntemleri, Bartlett'in küresellik testi, Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliliği sonuçları, faktör çıkarma yöntemi, maddeler üzerinde karar verme stratejileri, tüm

faktörler için özdeğerler, açıklayıcı istatistikler gibi yöntemlerle hesaplanır ve yorumlanır.



Şekil 4.2: Ölçek geliştirme araştırmalarında basamaklar [103]

## 5. MATERYAL VE METOD

Bu araştırma, Haziran 2021 ile Temmuz 2021 tarihleri arasında yapılmış kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın amacı İstanbul ilindeki yataklı tedavi kurumlarının KSOY durumunu değerlendirmek için uygun bir ölçek geliştirmektir.

Bu tez araştırması konusu olan KSOY konusunda geliştirilmiş bir ölçek bulunmaması, önceki araştırmacılar tarafından geliştirilmiş birkaç ölçeğin yeterli olmaması ve kısıtlı olarak geliştirilmiş bazı ölçeklerin de geçerlilik ve güvenilirlik testlerinin yapılmamış olması nedenleriyle ölçek uyarlama olarak değil, yeni bir ölçek geliştirme olarak planlanmıştır. Bu nedenle bu tez konusu araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### 5.1.Taslak Ölçeğin Hazırlanması

Bu araştırmada, kuramsal kavramın amaçlanan anlamının ve genişliğinin tüm boyutsal haritasının çıkarılması için literatür incelemesi yapılmıştır. Yapılmış olan literatür çalışmasında önemli olarak öne çıkan çalışmalar 4.2. numaralı tabloda yer almaktadır. Literatür özeti içinde yer alan ve çalışmamız açısından önem arz eden tüm çalışmalar konsolide edilerek detaylı olarak incelenmiştir. İnceleme sonunda literatürdeki çalışmamız açısından önem arz eden tüm çalışmalar bir araya getirilerek KSOY konusundaki tüm boyut ve alt boyutlar oluşturulmuştur. Söz konusu çalışmada, değişik araştırmacılar tarafından belirlenmiş, farklı boyutların tamamı bu çalışmaya dahil edilmiştir [\*].<sup>1</sup>

Kaynaklardan konsolide edilerek, madde havuzuna konulacak maddelere karar verilirken tekrara düşülmeden, uygun bir şekilde eklemeler ve çıkarmalar yapılarak, taslak ölçek oluşturulmuştur. Uygulama açısından uygun olmayan bazı maddelere yer verilmemiş, bazı maddelerin ise teknolojik gelişmelere paralel olarak eklenmesine karar verilmiştir. Sonuç olarak, 10 alt boyut altında toplam 118 soruluk

---

\*1 [6,7,9,38,43,44,51-77]

bir taslak anket düzenlenmiştir. Danışmanla yapılan çalışma sonunda, tekrarlayan boyut ve alt boyutlar çıkarılmış, detaylı boyutlar özetlenmiş ve 10 alt boyut altında 99 soru olarak taslak anket oluşturulmuştur.

Taslak ölçeğin boyutlarının kapsam geçerliliğini saptamak amacıyla, İstanbul’da bulunan altı değişik üniversitenin “Halk Sağlığı” ve “Sağlık Yönetimi” bölümlerinde görev yapmakta olan, Prof. Dr. Ünvanlı, konularında uzman, altı farklı öğretim üyesinin görüşlerine başvurulmuştur. Uzmanlardan 99 soruluk anketin her bir maddesini değerlendirmeleri istenmiştir. Her bir maddenin konuyla ilgisinin yanı sıra, anlaşılabilirliği, hedef kitleye uygunluğu da sorgulanmıştır. Uzmanlardan her madde için ayrı ayrı olmak kaydıyla “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor”, “madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz” ya da “madde hedeflenen yapıyı ölçmez” şeklinde görüş bildirmeleri istenmiştir.

Uzmanların tamamının “Çıkarılsın” şeklinde görüş bildirdiği maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Uzmanların tamamının “Çalışmada kalması gerekir” şeklinde görüş bildirdiği maddelere ölçekte yer verilmiştir. Uzmanlar arasında görüş farklılığı olması durumunda ise Lawshe [119] tekniği kullanılarak karar verilmiştir [96]. Uzman görüşü öncesi, literatür çalışmasıyla 99 soru olarak belirlenmiş ölçek, uzman görüşleri sonrası 50 adet soruya düşmüş; uzmanların tekrara düşüldüğünü düşündükleri, gereksiz gördükleri ya da konu ile ilgisiz buldukları sorular ölçekten çıkarılmıştır.

Her bir madde için uzman görüşleri derecelendirilmiştir. Kapsam geçerliğinin yanı sıra benzer şekilde maddenin anlaşılabilirliği, hedef kitleye uygunluğu vb. amacıyla da uzman görüşleri derecelendirilmiştir.

Bu çalışmadaki ölçek maddelerine alınacak yanıtları değerlendirme amacıyla 7’li Likert Tipi [98] ölçek kullanılmıştır. Krosnick ve Presser’in 2009 yılındaki çalışmasında da belirttiği gibi iki ve üç puanlı yanıtlar beş ile yedi puanlı yanıtlara göre daha az güvenilir bulunmuştur [99]. Aynı çalışmada tek kutuplu yanıtların beklendiği sorularda beş puanlı yanıtların kullanılmasının, iki kutuplu yanıtların beklendiği durumlarda ise yedi puanlı ölçeklerin daha doğru olacağı açıklanmaktadır.

Anketimizde “çok önemlidir” olumlu kutuptaki yanıtı oluştururken, “hiç önemi yoktur” olumsuz kutuptaki yanıtı temsil etmektedir. KSOY ile ilgili uygunluk ölçme konusunda her hastanenin farklı statü ve KSOY seviyelerinde olacağı düşünülerek her iki kutbu da ayrı ayrı temsil edebilmesi için 7’li likert ölçeği tercih edilmiştir [100].

## 5.2. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi

KSOY konusunda farklı yaklaşımlar incelendikten sonra KSOY çalışması evrenini oluşturan hastaneler incelenmiştir. Evrenin tamamını oluşturan yataklı tedavi kurumlarının sayısı, Temmuz 2021 tarihinde, İstanbul ili için 238 adettir.

Araştırmada, amaçlı ve kotalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yönteminin, araştırma konusu itibariyle daha uygun olacağı düşünülmüştür. Bu yöntemin tercih edilmesi, İstanbul ilinde bulunan yataklı tedavi kurumlarının KSOY açısından homojen bir yapısının olmaması nedeniyledir. Farklı sahiplik yapıları, farklı işletim sistemleri ve farklı kalite değerlendirme yöntemlerine sahip kurumların, KSOY konusunda farklı uygulamalar kullandıkları bilinmektedir. Bu nedenle de homojen KSOY derecelerine sahip olmadıkları ortadadır. Ayrıca, ölçek madde sayısının fazla olması nedeniyle yönetici/karar verici konumundaki çalışanların, anketi doldurmak için daha geniş bir zaman aralığı ayırmaları gerekmektedir. Dünyada sürmekte olan Covid-19 salgını nedeniyle, hastane yöneticilerine erişim güçlüğü yaşanmıştır. Bu nedenlerle kotalı olarak ayrılmış olan gruplar içerisinde, ulaşılabilen hastanelerin yöneticileri/karar verici konumundaki yöneticileri ile anket çalışması yapılmıştır. Tüm İstanbul ilindeki farklı türlerden uygun olan yataklı tedavi kurumlarının temsil edilebilmesi amacıyla, amaçlı örneklem yöntemi tercih edilmiştir.

Bu araştırma açısından, yani KSOY uygulamalarının araştırılması konusunda, hastanelerin, hangi sınıflandırmaya göre ayırımının yapılması gerektiği konusu araştırılmış ve KSOY uygulamaları arasında farklılık olabilecek sınıflandırmanın

daha doğru olacağı düşünülmüştür. Hayran tarafından 2018 yılında KSOY konusunda yapılan bir araştırmada [44], eğitim araştırma hastanelerinde KSOY seviyelerinde farklılık saptanmıştır. İtalya Toskana'da yapılan bir başka çalışmada, KSOY puanının hastane türüyle önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmektedir. Söz konusu çalışmada JCI akredite özel hastaneler daha yüksek KSOY puanlarını alırken, kamu hastaneleri en düşük KSOY puanlarını almışlardır [68]. 2020 yılında, kamu hastanelerinde KSOY düzeyi araştırmak için yapılan bir çalışmada KSOY düzeyleri arasında önemli farklılıklar bulunmuştur [69].

Türkiye'de JCI akredite hastanelerin büyük bir kısmı özel hastane statüsünde yer almaktadır. Bu nedenle, JCI akreditasyonun KSOY konusundaki farklılıklarını tespit edebilmek için JCI akreditasyonu olan ve olmayan hastaneler ayrı gruplar olarak alınarak aralarında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Böylece JCI akreditasyonu olmayan özel hastaneler de ayrı bir grup olarak değerlendirilmiştir. JCI akredite hastanelerin, kamu hastanelerinin, özel hastanelerin ve eğitim araştırma hastanelerinin ayrı bir bölüm şeklinde incelenmesi gerekliliği oluşmuştur.

Bazı kamu hastanelerinde başlatılan kağıtsız (dijital) hastane uygulamaları, hastanelere birtakım yenilikler getirmiştir. Bunlar arasında; hasta bekleme ve yatış sürelerinin azalması, hastaya ayrılan sürelerin uzaması, tıbbi ve idari hataların en aza indirilmesi, tedavi ve teşhiste doğruluk ve kalitenin artması, destek sistemlerinin hatasız çalışması gibi kolaylıklar sağlamaktadır. Dijital uygulamaları olan hastanelerin, KSOY konusunda farklılık yaratıp yaratmadığını araştırmak amacıyla farklı bir grup şeklinde yer alması kararlaştırılmıştır. Tüm bu nedenlerle sınıflandırma; kamu hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri, özel hastaneler, dijital hastaneler ve JCI belgeli hastaneler olarak yapılmıştır.

Amaçlı örnekleme yöntemi kullanıldığı için, seçilmiş olan 47 adet hastanenin her bir grubun genel içindeki ağırlığı korunmak suretiyle temsil edilmesi sağlanmıştır. Burada dikkat edilmesi gereken husus bir hastanenin birden fazla grubun içinde yer alması nedeniyle, grupta yer alan toplam hastane sayısının 238'den fazla görünmesidir. Örnek olarak bir kamu hastanesi, hem eğitim araştırma hastanesi hem de HIMMS statüsünde bir hastane olabilmektedir. Ya da özel hastane aynı



zamanda JCI akreditasyonu almış hastane statüsünü taşıyabilmektedir. Tablo 5.1’de araştırma örnekleme ilişkin ayrıntılar yer almaktadır.

**Tablo 5.1:** Örneklem Seçim Tablosu

Grup No	Grup İsmi	Grupta Yer Alan Hastane Sayısı	Gruptaki Ağırlığı	Örnekleme Giren Hastane Sayısı	Örnekleme Giren Anket Sayısı
1	Kamu	32	32/328=%10	6	61
2	Özel	178	178/328=%54	25	251
3	EAH	49	49/328=%15	7	70
5	JCI	38	38/328=%12	5	50
7	HIMMS	28	28/328=%9	4	40
<b>Toplam</b>		<b>328</b>		<b>47</b>	<b>472</b>

*Toplam Hastane Sayısı= 238*

*Örneklem Toplamı= 47 Hastane*

### 5.3. Veri Toplama ve Analizler

Araştırma verileri iki farklı anket ile toplanmıştır. İlk anket aynı zamanda geliştirilen ölçek olan KSOY ölçeği anketidir. KSOY ölçeği anketi; hastanelerde kalite ve hasta ilişkilerinden sorumlu olanlar başta olmak üzere, görüşmeyi kabul eden genel direktör, tıbbi hizmetler yöneticileri, hemşirelik hizmetleri yöneticileri, idari hizmetlerden sorumlu yönetici veya karar verici pozisyonlarda bulunan yöneticilere uygulanmıştır. Söz konusu ankette, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile KSOY ölçeği için belirlenen 50 soru yer almaktadır.

- Maddelere alınacak yanıtlar 7’li likert tipi ölçeklenmiş olup;

Fikrim yok “0”,

Hiç önemi yoktur “1”,

Pek önemli değildir “2”,

Biraz önemlidir “3”,

Kararsızım “4”,

Önemlidir “5”,

Oldukça önemlidir “6”

Çok önemlidir “7”

şeklinde kodlanmıştır.

Toplanan veriler için çalışmada kalite kontrolü yapılmıştır. Doldurulan her anket titizlikle incelenmiş, gelişigüzel doldurulmuş anketler değerlendirmeden çıkarılmıştır. Bu tür anketler, birbirleriyle çelişkili sorular nedeniyle kolaylıkla anlaşılabilir. Ayrıca çok fazla “Fikrim yok” seçeneği işaretlenmiş anketler de değerlendirmeden çıkarılmıştır. Konu hakkında bilgisi olmayan kişilerin doldurduğu anketin bu araştırma açısından bir önem arz etmeyeceği nedeniyle değerlendirme dışı bırakılmıştır. Bazı anketlerde ise tekrarlayan değerlendirme puanları gözlemlenmiş (örneğin anketi dolduran kişi soruların büyük bir çoğunluğuna 5 puan vermiş) bunlar da değerlendirme dışı bırakılmıştır. Çıkarılan anket toplamı 15 adettir.

Ölçek maddeleri ve örneklem tespit edildikten sonra 13 hastaneden toplam 71 anket ile gerçekleştirilen bir pilot çalışma yapılarak hazırlanan anket test edilmiş ve son şekli verilmiştir. Daha sonra bulgular kısmında bahsedileceği üzere 50 soruluk KSOY ölçeği, istatistiksel analizler sonucunda 43 soruya düşmüştür (Ek-1).

İkinci anket ise her hastane için doldurulan ve toplam 95 maddeden oluşan bir gözlem formudur (Ek-2). Gözlem formu literatürde yer alan KSOY çalışmalarının içinden gözleme dayalı olarak yapılan Harvard Üniversitesi çalışması [7] esas alınarak oluşturulmuştur. Söz konusu çalışmada yer alan maddeler gözden geçirilmiş, tekrarlayan maddeler elenmiş ve teknolojik değişimlere paralel olarak bazı maddeler ilave edilmiştir. Gözlem formunda kodlama şu şekilde yapılmıştır:

3 Puan: Bu vardır / işlevseldir / başarılıdır / çok iyidir

2 Puan: Bu vardır ancak gelişmesi gereken yönleri bulunmaktadır

1 Puan: Bu yapılmamıştır / yoktur / başarısızdır / kötüdür

Gözlem formu; web sitesi, yönlendirme sistemi, yazılı iletişim, sözlü iletişim ve hatırlatma sistemleri şeklinde ana başlıklar altında yer alan 95 maddeden oluşmaktadır. Örneklemeye giren 47 hastane için ayrı ayrı olmak üzere gözlemciler tarafından doldurulmuştur.

Bu araştırma bir ölçek geliştirme çalışması olduğu için, finalde KSOY ölçeği anketinde yer alan soru sayısının 43 olmasından yola çıkılarak ve ölçekte yer alan her bir madde için 10 kişiden veri toplanması koşuluna uygun olarak ( $43 \times 10 = 430$  en az toplanması gereken anket sayısı), yönetici/karar verici konumundaki toplam 472 çalışandan anket yoluyla veri toplanmıştır [130].

KSOY ölçeği ile yataklı tedavi kurumunda çalışan yönetici/karar verici konumundaki çalışanların görüşlerine başvurulmuş ve tedavi kurumunda KSOY konusunda yapılan işler sorgulanarak, hastanenin KSOY ile ilgili durumu tespit edilmiştir. Gözlem formunda ise, sağlık hizmeti kullanıcıları için önem taşıyan çeşitli KSOY özelliklerinin her hastanedeki durumu yerinde gözlem ile saptanmıştır. Yani aslında hastanelerin yönetici/karar verici konumundaki çalışanlar tarafından KSOY konusunda yapıldığı ifade edilen düzenlemelerin, sağlık hizmeti kullanımına yansıyor yansımadığı incelenmiştir. Gözlem formunda yer alan maddeler puanlanarak KSOY ölçeği puanları ile ilişkisi incelenmiş, bu şekilde KSOY ölçeğinin kriter geçerliliğinin sağlanması hedeflenmiştir.

#### **5.4. İstatistik Analizler**

İstatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum-maksimum değerler hesaplanmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma

uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Çok değişkenli analiz olarak, KSOY toplam puanının, Gözlem Formu alt boyut puanlarına etkileri, Lineer Regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

KSOY ölçeğinin geliştirilmesinde Keşfedici (açıklayıcı) Faktör Analizi, geçerlilik-güvenilirlik değerlendirmelerinde Reliability analiz ve Doğrulayıcı faktör analizi (AMOS) yapılmıştır. Hesaplanan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Cronbach alfa katsayıları aşağıdaki sınırlara göre yorumlanarak sonuca varılmıştır.

#### **KMO ölçütü değerlendirme sınırları [131-133]**

0,80-100	:	Çok Güçlü
0,60-0,79	:	Güçlü
0,40-0,59	:	Orta
0,20-0,39	:	Zayıf
0,00-0,19	:	Çok Zayıf

#### **Cronbach Alpha katsayısı değerlendirme sınırları [96]**

$0.0 \leq \alpha < 0.40$ :	Güvenilir değil
$0.40 \leq \alpha < 0.60$ :	Düşük güvenilirlik
$0.60 \leq \alpha < 0.80$	: Orta güvenilirlik
$0.80 \leq \alpha < 1.00$	: Yüksek güvenilirlik

### **Korelasyon değerlendirme katsayıları [134]**

0,00 – 0,09	:	İhmal edilebilir korelasyon
0,10 – 0,39	:	Zayıf Korelasyon
0,40 – 0,69	:	Orta dereceli korelasyon
0,70 – 0,89	:	Güçlü korelasyon
0,90 – 1,00	:	Çok güçlü korelasyon



## 6. BULGULAR

İstanbul ilinden seçilen 47 hastanedeki 472 yönetici/karar verici konumundaki katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili dağılımlar aşağıdaki 6.1. no.lu tabloda yer almaktadır.

Araştırmaya katılanların %61,2'si erkek, %38,8'i kadın olup toplam 472 yönetici/karar verici ile görüşme yapılmıştır. Katılımcıların önemli kısmı 30-69 yaş arasında, %82,6'sı evli, %96'sı üniversite mezunudur.

### 6.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 6.1:** Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	289	%61,2
	Kadın	183	%38,8
	Toplam	472	%100
Yaş Grupları	<30 Yaş	10	%2,1
	30-49 Yaş	189	%40,0
	50-69 Yaş	267	%56,6
	≥ 70 Yaş	6	%1,3
	Toplam	472	%100
Medeni Durum	Bekar/Boşanmış/Dul	82	%17,4
	Evli	390	%82,6
	Toplam	472	%100
Öğrenim Durumu	Lise ve Altı	19	%4,0
	Üniversite	453	%96,0
	Toplam	472	%100

## 6.2. Hastanelerin Faaliyet Sürelerinin Dağılımı

**Tablo 6.2:** Araştırma Grubundaki Hastanelerin Faaliyet Sürelerine Göre Dağılımı

Hastane Faaliyet Süreleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
20 yıl ve üzeri	20	%42.6
15-19 yıl arası	10	%21.6
10-14 yıl arası	13	%27.3
5-9 yıl arası	3	%6.4
0-4 yıl arası	1	%2.1
<b>Toplam</b>	<b>47</b>	<b>%100</b>

Kurumların %2,1'i (n=10) 0-4 yıl arası, %6,4'ü (n=30) 5-9 yıl arası, %27,3'ü (n=129) 10-14 yıl arası, %21,6'sı (n=102) 15-19 yıl arası, %42,6'sı (n=201) 20 yıl ve üzeri zamandır sektörde faaliyet göstermektedir.

## 6.3.Hastane Türlerinin Dağılımı

**Tablo 6.3:** Hastanelerin Türlerine Göre Dağılımı

Hastane Türü	Örnekleme Giren Hastane Sayısı (%)
Kamu Hastanesi	6 (12.7)
Özel Hastane	25 (53.2)
Eğitim Araştırma Hastanesi (EAH)	7 (14.9)
Akredite Hastane (JCI)	5 (10.6)
Dijitalleşme Sürecindeki Hastane (HIMMS)	4 (8.5)
<b>Toplam</b>	<b>47 (100.0)</b>

Örnekleme giren hastanelere bakıldığında; 6 adet kamu hastanesi, 25 adet özel hastane, 7 adet eğitim araştırma hastanesi, 5 adet JCI tipi hastane ve 4 adet digital hastane yer aldığı görülmektedir.

#### 6.4. Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (KSOY)

KSOY ölçeğinin uzman görüşleri doğrultusunda 50 maddesi bulunmaktadır. Maddelere alınacak yanıtlar likert tipi ölçeklenmiş olup; Fikrim yok “0”, Hiç önemi yoktur “1”, Pek önemli değildir “2”, Biraz önemlidir “3”, Kararsızım “4”, Önemlidir “5”, Oldukça önemlidir “6” ve Çok önemlidir “7” olarak kodlanmıştır.

**Tablo 6.4:** KSOY Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

	Fikrim yok (0)		Hiç önemi yoktur (1)		Pek önemli değildir (2)		Biraz önemlidir (3)		Kararsızım (4)		Önemlidir (5)		Oldukça önemlidir (6)		Çok önemlidir (7)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
S1	16	3,4	78	16,5	75	15,9	47	10,0	9	1,9	111	23,5	128	27,1	8	1,7
S2	16	3,4	101	21,4	69	14,6	29	6,1	10	2,1	143	30,3	80	16,9	24	5,1
S3	15	3,2	94	19,9	78	16,5	26	5,5	9	1,9	132	28,0	101	21,4	17	3,6
S4	16	3,4	83	17,6	86	18,2	29	6,1	11	2,3	127	26,9	106	22,5	14	3,0
S5	16	3,4	86	18,2	83	17,6	28	5,9	11	2,3	133	28,2	104	22,0	11	2,3
S6	15	3,2	76	16,1	79	16,7	42	8,9	12	2,5	131	27,8	109	23,1	8	1,7
S7	15	3,2	93	19,7	65	13,8	43	9,1	9	1,9	117	24,8	105	22,2	25	5,3
S8	15	3,2	83	17,6	76	16,1	38	8,1	13	2,8	118	25,0	109	23,1	20	4,2
S9	15	3,2	84	17,8	78	16,5	35	7,4	13	2,8	120	25,4	114	24,2	13	2,8
S10	15	3,2	82	17,4	81	17,2	33	7,0	11	2,3	136	28,8	103	21,8	11	2,3
S11	14	3,0	38	8,1	26	5,5	79	16,7	10	2,1	159	33,7	138	29,2	8	1,7
S12	13	2,8	14	3,0	7	1,5	10	2,1	10	2,1	172	36,4	167	35,4	79	16,7
S13	9	1,9	5	1,1	8	1,7	8	1,7	4	0,8	118	25,0	172	36,4	148	31,4
S14	10	2,1	8	1,7	7	1,5	24	5,1	9	1,9	188	39,8	198	41,9	28	5,9
S15	6	1,3	5	1,1	14	3,0	46	9,7	17	3,6	221	46,8	153	32,4	10	2,1
S16	4	0,8	1	0,2	3	0,6	12	2,5	6	1,3	208	44,1	213	45,1	25	5,3
S17	4	0,8	1	0,2	1	0,2	6	1,3	9	1,9	128	27,1	204	43,2	119	25,2
S18	4	0,8	0	0,0	0	0,0	4	0,8	3	0,6	186	39,4	223	47,2	52	11,0
S19	4	0,8	1	0,2	10	2,1	40	8,5	22	4,7	217	46,0	159	33,7	19	4,0
S20	5	1,1	1	0,2	7	1,5	16	3,4	18	3,8	240	50,8	162	34,3	23	4,9
S21	2	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,4	115	24,4	288	61,0	64	13,6
S22	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	76	16,1	219	46,4	174	36,9
S23	1	0,2	0	0,0	0	0,0	4	0,8	2	0,4	187	39,6	216	45,8	62	13,1
S24	1	0,2	0	0,0	2	0,4	12	2,5	1	0,2	214	45,3	208	44,1	34	7,2
S25	1	0,2	0	0,0	2	0,4	22	4,7	10	2,1	228	48,3	182	38,6	27	5,7
S26	0	0,0	2	0,4	1	0,2	18	3,8	0	0,0	160	33,9	216	45,8	75	15,9
S27	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	144	30,5	214	45,3	112	23,7
S28	0	0,0	0	0,0	7	1,5	28	5,9	2	0,4	235	49,8	176	37,3	24	5,1
S29	0	0,0	0	0,0	7	1,5	29	6,1	1	0,2	231	48,9	180	38,1	24	5,1



S30	0	0,0	0	0,0	8	1,7	26	5,5	1	0,2	237	50,2	173	36,7	27	5,7
S31	0	0,0	0	0,0	2	0,4	31	6,6	2	0,4	255	54,0	168	35,6	14	3,0
S32	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	2,5	19	4,0	84	17,8	197	41,7	160	33,9
S33	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	3,0	12	2,5	200	42,4	184	39,0	62	13,1
S34	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	3,4	12	2,5	213	45,1	173	36,7	58	12,3
S35	0	0,0	18	3,8	21	4,4	69	14,6	5	1,1	208	44,1	115	24,4	36	7,6
S36	3	0,6	7	1,5	27	5,7	83	17,6	19	4,0	106	22,5	158	33,5	69	14,6
S37	3	0,6	10	2,1	57	12,1	56	11,9	21	4,4	76	16,1	131	27,8	118	25,0
S38	4	0,8	7	1,5	57	12,1	49	10,4	22	4,7	92	19,5	141	29,9	100	21,2
S39	6	1,3	10	2,1	14	3,0	23	4,9	20	4,2	227	48,1	149	31,6	23	4,9
S40	3	0,6	10	2,1	34	7,2	41	8,7	20	4,2	139	29,4	122	25,8	103	21,8
S41	12	2,5	<sup>105</sup>	22,2	107	22,7	93	19,7	15	3,2	124	26,3	12	2,5	4	0,8
S42	12	2,5	87	18,4	114	24,2	64	13,6	11	2,3	106	22,5	72	15,3	6	1,3
S43	10	2,1	<sup>101</sup>	21,4	93	19,7	51	10,8	12	2,5	140	29,7	59	12,5	6	1,3
S44	10	2,1	98	20,8	96	20,3	48	10,2	10	2,1	169	35,8	38	8,1	3	0,6
S45	9	1,9	99	21,0	100	21,2	48	10,2	14	3,0	164	34,7	35	7,4	3	0,6
S46	6	1,3	33	7,0	18	3,8	36	7,6	7	1,5	202	42,8	153	32,4	17	3,6
S47	6	1,3	25	5,3	7	1,5	14	3,0	2	0,4	92	19,5	175	37,1	151	32,0
S48	2	0,4	3	0,6	0	0,0	1	0,2	2	0,4	88	18,6	169	35,8	207	43,9
S49	2	0,4	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	65	13,8	171	36,2	232	49,2
S50	11	2,3	30	6,4	48	10,2	38	8,1	18	3,8	169	35,8	120	25,4	38	8,1

## 6.5. KSOY Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

KSOY ölçeğinin istatistiksel analizinde Keşfedici (açıklayıcı) Faktör Analizi kullanılmıştır. Keşfedici (açıklayıcı) faktör analizinde Varimax rotasyonu uygulandığında maddelerin 5 faktör altında toplandığı ve açıklayıcılık katsayısının %75,9 olduğu görülmüştür. Yapılan faktör analizi sonucunda; faktörlerdeki yükleri %50'nin altında olan ve/veya birden çok faktöre yakın yüklerde (%10'un altında) olan beş maddenin (32., 33., 34., 35., 46. maddeler) ölçekten çıkarılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Ölçeğin 45 maddelik haliyle yeniden açıklayıcı faktör analizinde Varimax rotasyonu uygulandığında maddelerin yine 5 faktör altında toplandığı ve bu kez açıklayıcılık katsayısının %77,1 olduğu, 26. Ve 27. maddelerin ölçekten çıkarılması gerektiği anlaşılmıştır.

Geriye kalan 43 madde ile yeniden faktör analizi yapılarak Varimax rotasyonu uygulandığında maddelerin yine 5 faktör altında toplandığı ve açıklayıcılık katsayısının %78,9 olduğu ve ölçeğin son halinin 43 maddeden oluşması gerektiği belirlenmiştir. KSOY ölçeği faktör analizine boyutlar ve maddelere ilişkin faktör ağırlıkları Tablo 6.5'te verilmiştir.

**Tablo 6.5:** KSOY Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

	Faktörler				
	1	2	3	4	5
KSOY.3	0,911				
KSOY.5	0,905				
KSOY.4	0,902				
KSOY.6	0,902				
KSOY.8	0,901				
KSOY.9	0,899				
KSOY.7	0,898				
KSOY.2	0,897				
KSOY.10	0,895				
KSOY.1	0,892				
KSOY.44	0,818				
KSOY.45	0,816				
KSOY.43	0,811				
KSOY.42	0,760				
KSOY.11	0,719				
KSOY.41	0,714				
KSOY.13		0,793			
KSOY.49		0,740			
KSOY.48		0,720			
KSOY.12		0,718			
KSOY.14		0,708			
KSOY.17		0,688			
KSOY.22		0,633			
KSOY.16		0,607			
KSOY.47		0,600			
KSOY.21		0,571			
KSOY.18		0,569			
KSOY.20		0,564			
KSOY.15		0,555			
KSOY.19		0,515			
KSOY.37			0,904		
KSOY.38			0,886		
KSOY.36			0,876		
KSOY.50			0,840		
KSOY.40			0,783		
KSOY.39			0,613		
KSOY.29				0,931	
KSOY.28				0,930	
KSOY.30				0,920	
KSOY.31				0,688	
KSOY.23					0,829
KSOY.24					0,800
KSOY.25					0,632

KSOY ölçeği faktör ağırlıkları incelendiğinde; faktör 1’de en düşük 0,714, en yüksek 0,911, faktör 2’de en düşük 0,515, en yüksek 0,793, faktör 3’te en düşük 0,613, en yüksek 0,904, faktör 4’te en düşük 0,688, en yüksek 0,931 ve faktör 5’te en düşük 0,632, en yüksek 0,829 tespit edilmiştir.

**Tablo 6.6:** Faktör Analizi Alt Boyutlar ve İlgili maddeler

<b>Liderlik ve Yönetim alt boyutu</b>	<b>Faktör 1</b>
3-KSOY’nın uygulanması, ölçülmesi ve iyileştirilmesi için net hedefler ve teşvikler düzenli olarak belirlenmektedir	0,911
5-KSOY, kalite yönetiminin bir parçası durumdadır	0,905
4-KSOY hedeflerinin gerçekleşmesi için insan kaynağı, altyapı ve finansman desteği sağlanmaktadır	0,902
6-KSOY tüm planlama süreçlerine entegre edilmiştir	0,902
8-KSOY konusunda uzman eğitmenler bulunmakta ve Sağlık Okuryazarlığı müfredatı belirlenmektedir	0,901
9-Sağlık Okuryazarlığı çalışmaları yürütürken uzman ve eğitimcilerden ve kısıtlı sağlık okuryazarı bireylerden destek alınmaktadır	0,899
7-KSOY ölçümleri kurumunuzda düzenli olarak yapılmaktadır	0,898
2-KSOY’ndan sorumlu bir üst düzey yetkili ve komite bulunmaktadır	0,897
10-Hastalardan düzenli olarak sunulan hizmet, yazılı dokümanlar ve kullanılan araç gereç ile ilgili geri bildirim alınmaktadır	0,895
1-KSOY, misyon, politika, plan ve programlarda yer alarak öncelikli bir kurum kültürü haline gelmiştir	0,892
44-Kısıtlı Sağlık Okuryazarı olan kişiler için video, podcast, çizgi film vb. çeşitlilikte materyaller vardır	0,818
45-Tüm medya materyalinin, değişik eğitim seviyesindeki kullanıcılar tarafından anlaşılıp anlaşılmadığının değerlendirmesi yapılmaktadır	0,816
43-Tüm medya materyalleri amacına yönelik olarak, günlük konuşma dilinde hazırlanmıştır	0,811
42-Tüm medya materyallerinde dikkati dağıtmamak için kısıtlı sayıda basit görsellerle verilmektedir	0,760
11-Alınan geribildirimlere göre yeniden tasarlama yapılmaktadır	0,719
41-Kafeterya ya da hasta odalarında bulunan menülerde yiyeceklerin kalori değerleri ve besin bilgileri yer almaktadır	0,714
<b>İletişim alt boyutu</b>	<b>Faktör 2</b>
13-Hastalardan engelliler, yaşlılar, azınlıklar, dil sorunu olanlara ekstra yardım sağlanmaktadır	0,793
49-Hastalara, ilaç kullanımı ile ilgili ayrıntılı açıklama yapılmaktadır	0,740
48-Hastalara, hasta hakları, tedavi planı ve olası riskleriyle ilgili ayrıntılı bilgi verilmektedir	0,720
12-Kurumda her eğitim düzeyindeki kişiye hitap edebilecek bir ortam yaratılmıştır	0,718
14-Kurumda etkili iletişim bir önceliktir ve hastaların görüş ve değerlerine önem veren bir kurum kültürü sağlanmıştır	0,708
17-Hastaların kendi sağlıkları konusunda bilinçli karar verebilmeleri için gerekli bilgilendirmeler yapılmaktadır	0,688
22-Yazılı verilen mesajlar bir kez de sözlü olarak anlatılmaktadır	0,633
16-Hasta ve çalışanlara karşı; kültür, yaşam, gelenek, inanç vb. farklılıklar nedeniyle önyargılı davranışlara yer verilmemektedir	0,607
47Hastanede riskli durumların neler olduğu iletişim planlamasına dahil edilmiş ve gerekli kaynak ayrılmıştır	0,600
21-İletişim hatalarının hasta güvenliği sorunu haline geldiği bilinmektedir	0,571
18-Farklı iletişim tercihleri (mesela test sonuçlarının kime iletileceği) öğrenilmektedir	0,569
20-Farklı kültür ve etnik kökendeki hastalar için farklı yaklaşımlar bulunmaktadır	0,564
15-Hasta memnuniyeti anketlerinin, günlük konuşma dilinde ve kolay bir şekilde tasarlanmasına önem verilmekte ve rutin geribildirim alınmaktadır	0,555
19-Farklı dil konuşan hastalar için tercüman desteği verilmektedir	0,515
<b>Operasyonel Erişim alt boyutu</b>	<b>Faktör 3</b>
37-Sevk edilen hastalar takip edilmektedir	0,904
38-Sağlık sigortası ile ilgili ilişkiler konusunda yardımcı olunmaktadır	0,886
36-Hastalara taburcu sonrası gerekli olacak doktor, tanı merkezi, fizik tedavi merkezi gibi yerlerden randevu almak için yardım edilmektedir	0,876
50-Tedavi giderlerinin sigorta/cepton ödeme oranları hastaya açık olarak anlatılmaktadır	0,840
40-Hastaların kendi sağlık durumlarını izledikleri uygulamalar kolay anlaşılabilir ve kolay kullanılabilir	0,783
39-Hastaların kendi sağlıkları ile bilgilere kolayca ulaşabilecekleri web sayfaları bulunmaktadır	0,613
<b>Bina İçi Erişim alt boyutu</b>	<b>Faktör 4</b>

29-Levha, işaret ve semboller doğru yükseklikte ve doğru yerdedir.	0,931
28-Levha, işaretler ve semboller kolay anlaşılır bir şekilde ve en çok kullanılan dillerdedir	0,930
30-Levha, işaret ve semboller doğru renk ve doğru fonttadır	0,920
31-Renk kodları binanın içinde yol bulmayı kolaylaştıracak şekildedir	0,688
<b>Bina Dışı Erişim alt boyutu</b>	<b>Faktör 5</b>
23-Binanın dışından hastanenin adı açıkça görülmektedir	0,829
24-Hastane kompleksinde birden fazla bina varsa, dışarıda yönlendirme tabelaları mevcuttur	0,800
25-Binanın tasarımı insanların yollarını kolay bulabilecekleri şekildedir	0,632

## 6.6. KSOY KMO ve Barlett Küresellik Testi

Keşfedici (açıklayıcı) Faktör Analizinin uygulanabilirliğinin ölçümü için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) yeterlilik ölçümüne ve Bartlett'in Küresellik testine bakılmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçümü 1'e ne kadar yakın ise eldeki veri grubuna faktör analizinin yapılmasının uygun olduğu kabul edilir. Tablo 6.7'de KSOY ölçeğinin KMO ve Bartlett testi sonuçları görülmektedir.

**Tablo 6.7:** KSOY Ölçeği KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

<b>Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem</b>		<b>0,959</b>
<b>Yeterlilik Ölçümü</b>		
<b>Bartlett Küresellik Testi</b>	<b>Ki kare</b>	<b>31475,283</b>
	<b>Serbestlik derecesi</b>	<b>0,903</b>
	<b>Önemlilik (p)</b>	<b>0,001</b>

Bu araştırmada KMO örneklem yeterlilik ölçümü değeri 0,959 olduğu görülmektedir. Bu değer KMO için mükemmel bir değer olduğu ve ilgili veri gruba analiz yapılmasının uygun olduğu söylenebilir.

Bartlett Küresellik Testi,  $p < 0.001$  düzeyinde önemli bulunmuştur. Ki-kare 31475,283, serbestlik derecesi 0,903 tespit edilmiştir. Bu sonuç, maddeler arasında ilişkinin varlığını ortaya koyarak faktör analizi için verilerin uygunluğunu göstermektedir [135,136].

## 6.7. KSOY Ölçeği Başlangıç Ortak Değerlerinin Gösterimi

Verilerin faktör analizine uygunluğunu ölçen analizlerden bir diğeri de, test maddelerinin “Başlangıç Ortak Değerlerin” incelenmesidir. Bu değerler incelendiğinde maddelerin başlangıç ortak değerleri en düşük 0.540 en yüksek 0.944 olduğu, bu değerlerin verilerin faktör analizine uygunluğunu gösterdiği anlaşılmıştır (Tablo 6.8).

**Tablo 6.8:** KSOY Ölçeği Başlangıç Ortak Değerlerinin Gösterimi (Communalities)

Sorular	Başlangıç (Initial)	Elde edilen (Extraction)
KSOY.1	1,000	0,927
KSOY.2	1,000	0,920
KSOY.3	1,000	0,939
KSOY.4	1,000	0,936
KSOY.5	1,000	0,933
KSOY.6	1,000	0,932
KSOY.7	1,000	0,928
KSOY.8	1,000	0,934
KSOY.9	1,000	0,933
KSOY.10	1,000	0,932
KSOY.11	1,000	0,799
KSOY.12	1,000	0,755
KSOY.13	1,000	0,764
KSOY.14	1,000	0,687
KSOY.15	1,000	0,640
KSOY.16	1,000	0,637
KSOY.17	1,000	0,712
KSOY.18	1,000	0,540
KSOY.19	1,000	0,636
KSOY.20	1,000	0,598
KSOY.21	1,000	0,551
KSOY.22	1,000	0,687
KSOY.23	1,000	0,723
KSOY.24	1,000	0,762
KSOY.25	1,000	0,667
KSOY.28	1,000	0,942
KSOY.29	1,000	0,944

KSOY.30	1,000	0,935
KSOY.31	1,000	0,620
KSOY.36	1,000	0,868
KSOY.37	1,000	0,886
KSOY.38	1,000	0,886
KSOY.39	1,000	0,638
KSOY.40	1,000	0,815
KSOY.41	1,000	0,767
KSOY.42	1,000	0,791
KSOY.43	1,000	0,848
KSOY.44	1,000	0,853
KSOY.45	1,000	0,852
KSOY.47	1,000	0,689
KSOY.48	1,000	0,653
KSOY.49	1,000	0,659
KSOY.50	1,000	0,825

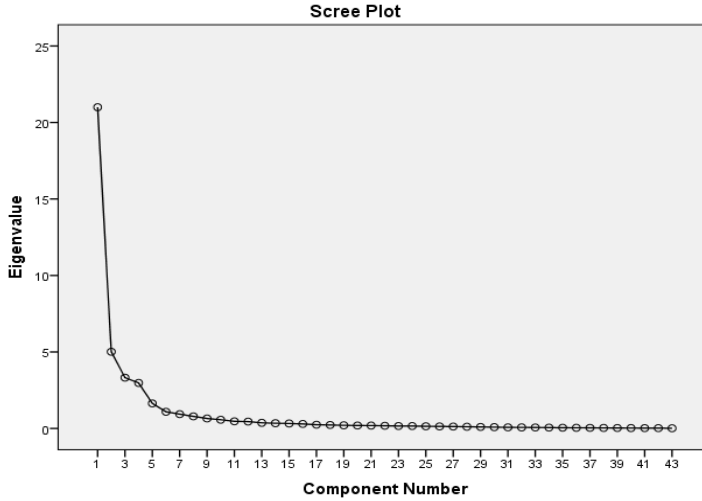
## 6.8. KSOY Ölçeği Faktör Analizi Özdeğerleri ve Açıklanan Toplam Varyanslar

KSOY ölçeğinden elde edilen verilerin faktör analizine uygunluğu saptandıktan sonra, anlamlı bileşim maddelerinin saptanması ve kaç faktör seçileceğine karar verilmesi için gerekli testler yapılmıştır. Araştırmacıların önerdiği en önemli kriter Eigen value ve Screen Plot testleridir. Tablo 6.9.'da ölçeğe ait yapılan analiz sonuçlarına göre, özdeğerler (Eigen değerleri) ve açıklanan toplam varyans sonuçları görülmektedir.

**Tablo 6.9:** KSOY Ölçeği Faktör Analizi Özdeğerleri ve Açıklanan Toplam Varyanslar

	Özdeğerler toplamı	Varyans %	Yığılımlı Varyans %
<b>Faktör 1</b> (Liderlik ve Yönetim)	20,996	48,828	48,828
<b>Faktör 2</b> (İletişim)	5,014	11,661	60,489
<b>Faktör 3</b> (Operasyonel erişim)	3,320	7,722	68,210
<b>Faktör 4</b> (Bina içi erişim)	2,973	6,914	75,124
<b>Faktör 5</b> (Bina dışı erişim)	1,638	3,810	78,934

Bu 5 faktör KSOY ölçeğinin varyansının %78,934'ünü açıklamaktadır. Analiz sonucunda elde edilen varyans yüzdeleri ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır. Sosyal bilimlerde yapılan analizlerde %40 ile %60 arasında değişen varyans oranları yeterli iken, söz konusu oran bu araştırmada %78,9 olarak saptanmıştır.



**Şekil 6.1:** KSOY Ölçeği Scree Plot Grafiği

## 6.9. KSOY Ölçeği Güvenilirlik Analizi

KSOY alt boyutlarını oluşturan ölçek maddelerinin dağılımı ile güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 10.10’da görülmektedir. Buna göre “Liderlik ve Yönetim” boyutu 16 maddeden, “İletişim” boyutu 14 maddeden, “Operasyonel Erişim” boyutu 6 maddeden, “Bina İçi Erişim” boyutu 4 maddeden ve “Bina Dışı Erişim” boyutu 3 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin toplamı 43 maddeden oluşmaktadır.

**Tablo 6.10:** KSOY Ölçeği Madde Dağılımı ve İç Tutarlılık Değerleri

	<b>Madde sayısı</b>	<b>Madde No</b>	<b>Cronbach Alpha</b>
<b>Faktör 1 (Liderlik ve Yönetim)</b>	16	1-11, 41-45	0,987
<b>Faktör 2 (İletişim)</b>	14	12-22, 47-49	0,946
<b>Faktör 3 (Operasyonel erişim)</b>	6	36-40, 50	0,954
<b>Faktör 4 (Bina içi erişim)</b>	4	28-31	0,948
<b>Faktör 5 (Bina dışı erişim)</b>	3	23-25	0,841
<b>Toplam</b>	43	1-25, 28-31, 36-45,47-50	0,975

KSOY Ölçeği alt boyut maddelerinin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değerlerinin ölçeğin tamamı ve alt boyutların her biri için hayli yüksek olduğu görülmektedir. Maddelerin güvenilirlik düzeyine etkisi Tablo 6.11’de sunulmuştur.

Tablonun “Madde Silindiğinde Cronbach Alfa değerleri” kolonu incelendiğinde herhangi bir maddenin faktörden çıkarılmasının güvenilirliği etkilemeyeceği, bu çerçevede 5 faktör yapısının korunmuş olduğu görülmektedir.



**Tablo 6.11: KSOY Ölçeği Faktörlerini Oluşturan Maddelerin Güvenilirliğe Etkileri**

<b>Madde numarası</b>	<b>Madde silindiğinde ölçek ortalaması</b>	<b>Madde silindiğinde ölçek varyansı</b>	<b>Düzeltilmiş madde bütün korelasyonu</b>	<b>Madde silindiğinde Cronbach alfa</b>
<b>KSOY.1</b>	200,144	1934,145	0,867	0,972
<b>KSOY.2</b>	200,261	1932,932	0,847	0,972
<b>KSOY.3</b>	200,218	1932,090	0,857	0,972
<b>KSOY.4</b>	200,206	1932,495	0,867	0,972
<b>KSOY.5</b>	200,225	1934,756	0,859	0,972
<b>KSOY.6</b>	200,167	1936,980	0,870	0,972
<b>KSOY.7</b>	200,157	1927,937	0,871	0,972
<b>KSOY.8</b>	200,142	1930,598	0,872	0,972
<b>KSOY.9</b>	200,169	1932,137	0,871	0,972
<b>KSOY.10</b>	200,191	1935,220	0,867	0,972
<b>KSOY.11</b>	199,589	1958,162	0,849	0,972
<b>KSOY.12</b>	198,600	1995,255	0,711	0,973
<b>KSOY.13</b>	198,163	2011,181	0,655	0,973
<b>KSOY.14</b>	198,725	2014,642	0,652	0,973
<b>KSOY.15</b>	198,983	2013,957	0,698	0,973
<b>KSOY.16</b>	198,500	2037,992	0,648	0,973
<b>KSOY.17</b>	198,089	2034,217	0,631	0,973
<b>KSOY.18</b>	198,297	2052,910	0,512	0,973
<b>KSOY.19</b>	198,837	2018,392	0,726	0,973
<b>KSOY.20</b>	198,695	2031,750	0,654	0,973
<b>KSOY.21</b>	198,072	2059,952	0,507	0,973
<b>KSOY.22</b>	197,746	2055,922	0,515	0,973
<b>KSOY.23</b>	198,235	2075,501	0,260	0,974
<b>KSOY.24</b>	198,415	2063,487	0,409	0,973
<b>KSOY.25</b>	198,561	2052,429	0,515	0,973
<b>KSOY.28</b>	198,617	2053,867	0,474	0,973
<b>KSOY.29</b>	198,610	2053,882	0,470	0,973

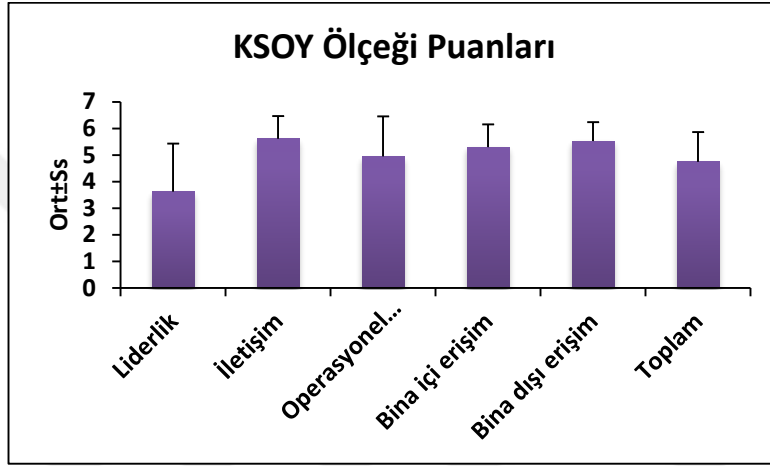
<b>KSOY.30</b>	198,606	2052,813	0,483	0,973
<b>KSOY.31</b>	198,657	2057,207	0,479	0,973
<b>KSOY.36</b>	198,951	2013,265	0,546	0,973
<b>KSOY.37</b>	198,907	2005,201	0,521	0,973
<b>KSOY.38</b>	198,919	2003,178	0,555	0,973
<b>KSOY.39</b>	198,888	2025,977	0,574	0,973
<b>KSOY.40</b>	198,778	1997,982	0,645	0,973
<b>KSOY.41</b>	201,004	1985,690	0,712	0,973
<b>KSOY.42</b>	200,629	1960,769	0,771	0,972
<b>KSOY.43</b>	200,568	1954,921	0,803	0,972
<b>KSOY.44</b>	200,602	1959,675	0,804	0,972
<b>KSOY.45</b>	200,640	1961,004	0,804	0,972
<b>KSOY.47</b>	198,297	1991,288	0,688	0,973
<b>KSOY.48</b>	197,744	2044,331	0,561	0,973
<b>KSOY.49</b>	197,612	2051,656	0,533	0,973
<b>KSOY.50</b>	199,383	2000,101	0,566	0,973

## 6.10. KSOY Ölçeği Puanlarının Dağılımı

**Tablo 6.12:** KSOY Ölçeği Puanlarının Alt Boyutlara Göre Dağılımı

<b>Boyutlar</b>	<b>Min-Max (Medyan)</b>	<b>Ort±Ss</b>
<b>Liderlik ve Yönetim</b>	0-7 (4)	3,62±1,81
<b>İletişim</b>	0-7 (6)	5,61±0,86
<b>Operasyonel erişim</b>	0-7 (5)	4,95±1,50
<b>Bina içi erişim</b>	2-7 (5)	5,30±0,85
<b>Bina dışı erişim</b>	0-7 (5)	5,52±0,72
<b>Toplam</b>	1-7 (5)	4,74±1,12

KSOY ölçeği boyut puanları incelendiğinde; “Liderlik ve Yönetim” boyutu ortalama  $3,62\pm1,81$ ; “İletişim” boyutu ortalama  $5,61\pm0,86$ ; “Operasyonel Erişim” boyutu ortalama  $4,95\pm1,50$  olarak saptanmıştır. “Bina İçi Erişim” boyutu ortalama  $5,30\pm0,85$ ; “Bina dışı erişim” boyutu ortalama  $5,52\pm0,72$  olarak saptanmıştır. KSOY ölçeği toplam puanı ise ortalama  $4,74\pm1,12$  olarak saptanmıştır. Dağılımlar 6.2 no.lu şekilde yer almaktadır.

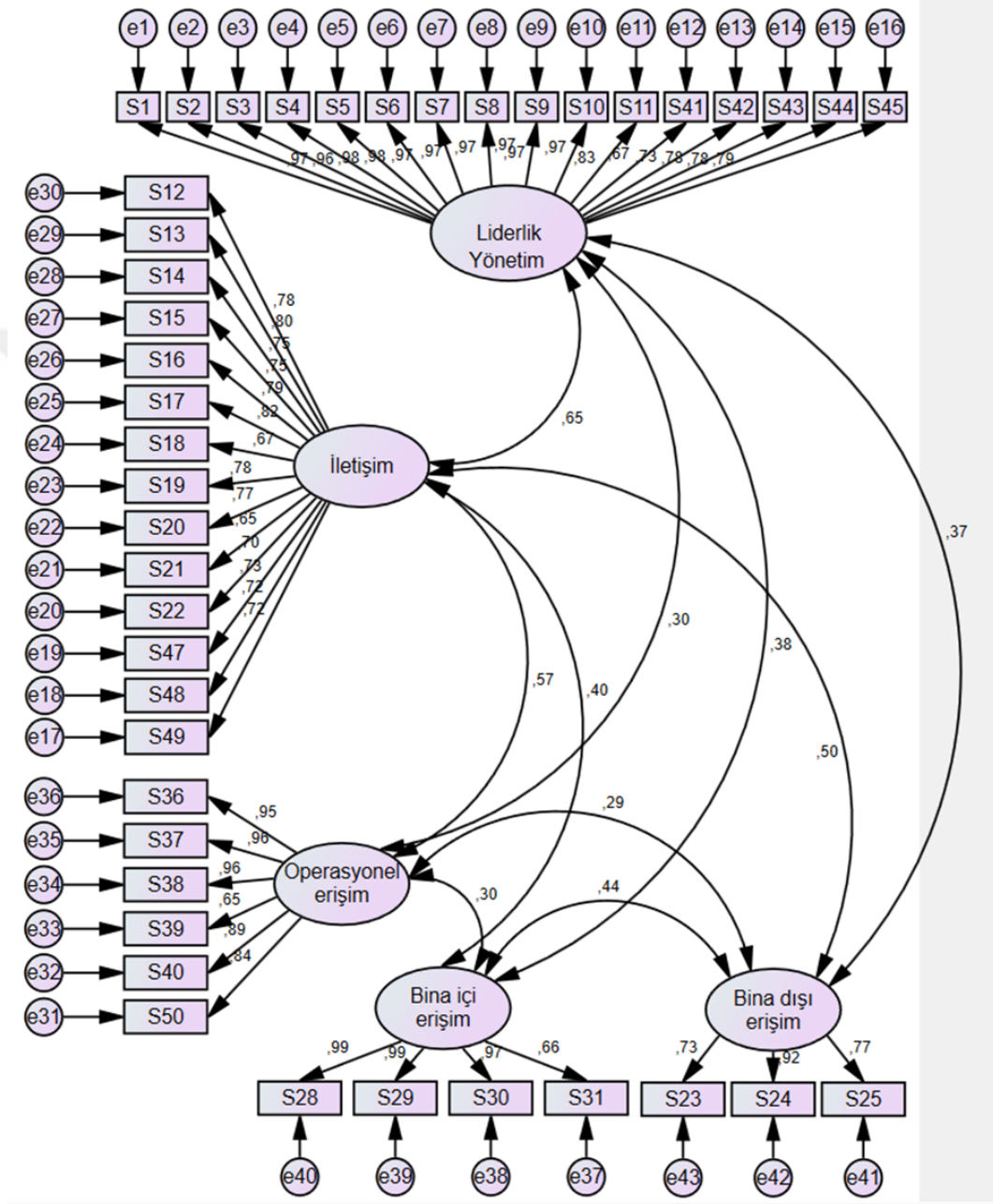


Şekil 6.2: KSOY Ölçeği Puanlarının Dağılımı

KSOY ölçeğinden elde edilen toplam puanların ortalama ve standart sapma değerlerine bakıldığında, “Liderlik” boyutunun en düşük ortalama puanları aldığı, “İletişim” boyutunun ise en yüksek ortalama puanlar aldığı görülmektedir. En fazla standart sapmanın “Liderlik” boyutunda yer aldığı, en düşük standart sapmanın ise “Bina dışı erişim” boyutunda olduğu anlaşılmaktadır.

### 6.11. KSOY Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

KSOY ölçeğine ilişkin 5 boyutu oluşturan maddelerin, doğrulayıcı faktör analizi sonucundaki standartlaştırılmış yükleri şekil 6.3'te görülmektedir.



Şekil 6.3: KSOY Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Grafiği

**Tablo 6.13:** Yapısal Eşitlik Modelindeki İlişkiler ve Parametre Tahmin Değerleri

	İlişkiler	Tahmin değeri	S.E.	Kritik oran	P	R <sup>2</sup>	
Liderlik & Yönetim	<-- >	İletişim	0,783	0,078	10,097	***	0,654
İletişim	<-- >	Bina İçi Erişim	0,338	0,020	6,959	***	0,410
Op.Erişim	<-- >	Bina Dışı Erişim	0,402	0,062	6,466	***	0,346
Liderlik & Yönetim	<-- >	Bina İçi Erişim	0,412	0,059	7,001	***	0,375
Bina İçi Erişim	<-- >	Bina Dışı Erişim	0,348	0,029	8,685	***	0,545
Liderlik & Yönetim	<-- >	Bina Dışı Erişim	0,734	0,087	8,411	***	0,454
Op.Erişim	<-- >	Bina İçi Erişim	0,238	0,041	5,777	***	0,301
Liderlik & Yönetim	<-- >	Op.Erişim	0,807	0,139	5,799	***	0,388
İletişim	<-- >	Op.Erişim	0,515	0,057	9,076	***	0,599
İletişim	<-- >	Bina Dışı Erişim	0,370	0,031	8,600	***	0,545

Kaynak: AMOS çıktısı

Araştırma modeli incelediğinde, “Liderlik ve Yönetim” ile “İletişim” arasındaki tahmin değeri 0.783, S.E değeri 0,078 olarak saptanmış aralarındaki ilişki 0,654 olarak bulunmuştur. “Liderlik ve Yönetim” ile “Bina İçi Erişim” arasındaki model tahmin değeri 0.412, S.E. 0.059 ve aralarındaki ilişki 0.375 olarak bulunmuştur. “Liderlik ve Yönetim” ile “Bina Dışı Erişim” arasındaki model tahmin değeri 0.734, S.E. 0.087 ve aralarındaki ilişki 0.454 olarak bulunmuştur. “Liderlik ve Yönetim” ile “Operasyonel Erişim” arasındaki model tahmin değeri 0.807, S.E. 0.139 ve aralarındaki ilişki 0.388 olarak bulunmuştur.

“İletişim” ile Bina İçi Erişim” arasındaki model tahmin değeri 0.338 S.E. 0.020 ve aralarındaki ilişki 0.410 olarak bulunmuştur. “İletişim” ile “Operasyonel Erişim” arasındaki model tahmin değeri 0.515, S.E. 0.057 ve aralarındaki ilişki 0.599

olarak bulunmuştur. “İletişim” ile “Bina Dışı Erişim” arasındaki model tahmin değeri 0.370, S.E. 0.031 ve aralarındaki ilişki 0.545 olarak bulunmuştur.

“Operasyonel Erişim” ile “Bina İçi Erişim” arasındaki model tahmin değeri 0.402, S.E. 0.062 ve aralarındaki ilişki 0.346 olarak bulunmuştur. “Operasyonel Erişim” ile “Bina İçi Erişim” arasındaki model tahmin değeri 0.238; S.E. 0.041 ve aralarındaki ilişki 0.301 olarak bulunmuştur.

“Bina İçi Erişim” ile Bina Dışı Erişim” arasındaki model tahmin değeri 0.348, S.E. 0.029 ve aralarındaki ilişki 0.545 olarak bulunmuştur.

Şekil 6.3.’de yer alan KSOY ölçeği doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde korelasyon katsayılarının “Liderlik ve yönetim” ile; “İletişim” arasında orta düzey ( $r=0,65$ ), “Operasyonel Erişim” arasında zayıf düzey ( $r=0,30$ ), “Bina İçi Erişim” arasında zayıf düzey ( $r=0,38$ ) ve “Bina Dışı Erişim” arasında da zayıf düzey ( $r=0,37$ ) olduğu tespit edilmiştir. “İletişim” boyutu ile; “Operasyonel Erişim” arasında orta düzey ( $r=0,57$ ), “Bina İçi Erişim” arasında orta düzey ( $r=0,40$ ) korelasyon tespit edilmiştir. “Operasyonel Erişim” ile; “Bina İçi Erişim” arasında zayıf düzey ( $r=0,30$ ) ve “Bina Dışı Erişim” arasında zayıf düzey ( $r=0,29$ ) bir ilişki tespit edilmiştir. “Bina İçi Erişim” ile “Bina Dışı Erişim” arasında ise orta düzey ( $r=0,44$ ) bir ilişki tespit edilmiştir.

## 6.12. KSOY Uyum Ölçütleri

Doğrulayıcı faktör analizinin test edilebilmesi için kurulan modelde yer alan boyutlar için uyum ölçütleri (uyum iyiliği indeksleri ve düzeltmeli Ki-kare ( $\chi^2/df$ ) değeri) Tablo 6.14’de görülmektedir.

**Tablo 6.14:** KSOY Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine Ait Uyum Ölçütleri

Uyum Ölçütleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Modelin Sonuçları	Uyum
<b>RMSEA</b>	$0 < \text{RMSEA} < 0,05$	$0,05 \leq \text{RMSEA} \leq 0,10$	0,066	Kabul Edilebilir
<b>NFI</b>	$0,95 \leq \text{NFI} \leq 1$	$0,90 \leq \text{NFI} \leq 0,95$	0,93	Kabul Edilebilir
<b>NNFI</b>	$0,97 \leq \text{NNFI} \leq 1$	$0,95 \leq \text{NNFI} \leq 0,97$	0,95	Kabul Edilebilir
<b>CFI</b>	$0,97 \leq \text{CFI} \leq 1$	$0,95 \leq \text{CFI} \leq 0,97$	0,95	Kabul Edilebilir
<b>IFI</b>	$0,97 \leq \text{IFI} \leq 1$	$0,95 \leq \text{IFI} \leq 0,97$	0,95	Kabul Edilebilir
<b>RFI</b>	$0,90 \leq \text{RFI} \leq 1$	$0,85 \leq \text{RFI} \leq 0,90$	0,92	İyi uyum
<b>SRMR</b>	$0 \leq \text{SRMR} \leq 0,05$	$0,05 \leq \text{SRMR} \leq 0,10$	0,089	Kabul Edilebilir
<b>GFI</b>	$0,95 \leq \text{GFI} \leq 1$	$0,90 \leq \text{GFI} \leq 0,95$	0,82	-
<b>AGFI</b>	$0,90 \leq \text{AGFI} \leq 1$	$0,85 \leq \text{AGFI} \leq 0,90$	0,78	-
<b><math>\chi^2/\text{df}</math></b> (2369.68/ 771)	$0 \leq \chi^2/\text{df} \leq 2$	$2 \leq \chi^2/\text{df} \leq 3$	3,0	Kabul Edilebilir

Modelin sonuçları incelendiğinde RMSEA uyum ölçütünün 0,066 olarak kabul edilebilir uyum düzeyini gösterdiği, diğer uyum ölçütlerinden NFI, NNFI, CFI, IFI, RFI, SRMR ölçütlerinin kabul edilebilir uyum gösterirken, RFI ölçütünün iyi uyum gösterdiği görülmüştür. (Tablo 6.14)

Doğrulayıcı faktör analizinde ki-kare uyum testinin 2 ile 3 arasında olması beklenir. Bu çalışmada sonuç 3 çıkmıştır. Böylelikle kabul edilebilir uyum gösterdiğinden söz etmek mümkündür. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA, Root Mean Square Error of Approximation) değerinin 0.08 değerini aşmaması gerekirken bu modelde 0.066 olarak kabul edilebilir bir uyum

göstermektedir. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI, Comparative Fit Index) değerinin 0.85 veya 0.95 üzerinde olması kabul edilebilir uyum olarak değerlendirilirken bu çalışmada 0,95 olarak, kabul edilebilir bir uyum sergilemektedir. İyilik uyum endeksi (GFI, Goodness of Fit Index) değerinin çoklu regresyondaki R2 'ye benzerliğinden dolayı yüksek olması beklenir. Bunlara ek olarak, 0 ile 1 arasında değişen değerler için sıfıra en yakın standartlaştırılmış ortalama hataların karekökü (SRMR, Standardized-Root Mean Square Residual) değerinin modele daha uygun olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada iyilik uyum endeksi (GFI) ve düzeltilmiş iyilik uyum endeksinin (AGFI, Adjusted Goodness of Fit Index) kabul edilebilir uyum sınırları içinde olmadığı görülmektedir. Ancak ortalama hataların karekökü analizi (SRMR) 0,089 çıkarak kabul edilebilir bir uyum göstermiştir. Artan uyum endeksi (IFI, Incremental Fit Index), 0.95 ile kabul edilebilir uyum göstermektedir. Göreli uyum endeksi (RFI, Relative Fit Index) ise 0,92 ile iyi uyum göstermektedir. Normlaştırılmış uyum endeksi (NFI, Normed Fit Index) ile normlaştırılmamış uyum endeksleri (NNFI, Non-normed Fit Index) kabul edilebilir uyum göstermektedir.

Buna göre uyum ölçütlerinin iyi uyum ve kabul edilebilir uyum göstermeleri verilerimizin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu ve modelimizin istatistiksel olarak anlamlı ve geçerli olduğunu göstermektedir ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).



### 6.13. Gözlem Formu

Tablo 6.15: Gözlem Formu Bulguları

	3*	2**	1***
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>WEB Sitesi</b>			
1. Kurumun web sitesi ana sayfası genel görünüm olarak kullanıcı dostudur	0 (0)	5 (10,6)	42 (89,4)
2. Kurumun web sitesi ana sayfasında menü seçenekleri bulunmaktadır	0 (0)	2 (4,3)	45 (95,7)
3. Kurumun web sitesi ana sayfasında iletişim seçeneği kolayca bulunabilmektedir	2 (4,3)	4 (8,5)	41 (87,2)
4. İletişim seçeneğinde yürüyerek, araba ve toplu taşıma ile gelecekler için farklı yönlendirmeler bulunmaktadır	2 (4,3)	1 (2,1)	44 (93,6)
5. İletişim seçeneğinde otopark bilgisi yer almaktadır	44 (93,6)	0 (0)	3 (6,4)
6. İletişim seçeneğinde harita yönlendirmesi bulunmaktadır	2 (4,3)	2 (4,3)	43 (91,5)
7. Kurumun web sitesinden randevu alınabilmektedir	20 (42,6)	0 (0)	27 (57,4)
8. Kurumun web sitesinde kurumda çalışan doktorların isimleri, kısaca tanıtıcı bilgileri ve uzmanlık alanları belirtilmiştir	0 (0)	2 (4,3)	45 (95,7)
9. Kurumun web sitesinde farklı dil seçenekleri mevcuttur	14 (29,8)	0 (0)	33 (70,2)
10. Kurumun web sitesinde, ihtiyaç halinde çevrimiçi destek alınabilecek bir seçenek mevcuttur	16 (34)	0 (0)	31 (66)
11. Kurumun web sitesinde çıktı alma seçeneği vardır	1 (2,1)	0 (0)	46 (97,9)
12. WEB sitesi araştırması sonucunu genel olarak değerlendiriniz	0 (0)	7 (14,9)	43 (85,1)
<b>Yönlendirme Sistemi</b>			
<b>Telefon Sistemi</b>			
13. Kurum telefonla arandığında telefon açılmadan önce bekleme süresi azdır	0 (0)	9 (19,1)	38 (80,9)
14. Kurumda telefona otomatik santral sistemi cevap verdiyse, santral görevlisine ulaşma seçeneği vardır	0 (0)	3 (6,4)	44 (93,6)
15. Santral görevlisine ulaşmak için dinlenmesi gereken menü seçenekleri sayıca az ve kolay anlaşılırdır	0 (0)	8 (17)	39 (83)
16. Otomatik santral sistemi kullanılacaksa, ilgili birime ulaşmak için seçenekler sayıca az ve kolay anlaşılırdır	0(0)	8 (17)	39 (83)
17. Kurumun otomatik santral sisteminde Türkçe haricinde bir dil seçeneği vardır	45 (95,7)	1 (2,1)	1 (2,1)
18. Otomatik santral sisteminde menüyü tekrar dinleme seçeneği vardır	44 (93,6)	0 (0)	3 (6,4)
19. Telefonda verilen bilgiler (otomatik santral sistemi ya da santral görevlisi tarafından) kolay anlaşılabilir hızda ve günlük konuşma dilindedir	1 (2,1)	11 (23,4)	35 (74,5)
20. Santral görevlisi Türkçe haricinde bir dil konuşabilmektedir	47 (100)	0 (0)	0 (0)
21. Santral görevlisinin ses tonu sıcak ve yardımcıdır	1 (2,1)	19 (40,4)	27 (57,4)
22. Arama genel olarak başarılı sonuçlanmıştır	0 (0)	17 (36,2)	30 (63,8)
<b>Hastanenin Girişi</b>			
23. Kurumun ismi binanın dışında açıkça yazmaktadır	1 (2,1)	4 (8,5)	42 (89,4)
24. Bütün giriş tabelaları caddeden görülmektedir	1 (2,1)	4 (8,5)	42 (89,4)
25. Tabelalar anlaşılır bir dilde, fontta ve göz hizasındadır	2 (4,3)	3 (6,4)	42 (89,4)
<b>Lobi</b>			
26. Lobide hastanenin yerleşim haritası yer almaktadır	46 (97,9)	0 (0)	1 (2,1)
27. Haritada 'şu anda buradasınız' uyarısı bulunmaktadır	46 (97,9)	0 (0)	1 (2,1)
28. Haritaların basılı formları da bulunmaktadır	47 (100)	0 (0)	0 (0)
29. Lobide danışma masası yer almaktadır	5 (10,6)	6 (12,8)	36 (76,6)
30. Danışmanın yerini belirten bir tabela bulunmaktadır	5 (10,6)	6 (12,8)	36 (76,6)
31. Danışmadaki personelin davranış tavrını değerlendiriniz	4 (8,5)	8 (17)	35 (74,5)
32. Danışmadaki personelin konuşma dilinin anlaşılma derecesini değerlendiriniz	4 (8,5)	11 (23,4)	32 (68,1)
33. Danışmada yabancı dil bilen personel bulunmaktadır	9 (19,1)	11 (23,4)	27 (57,4)
34. Personelin özel bir üniforması bulunmaktadır	3 (6,4)	8 (17)	36 (76,6)

35. Personelin yakalarında isimlikleri bulunmaktadır	5 (10,6)	10 (21,3)	32 (68,1)
<b>Yönlendirme Kolaylığı</b>			
36. Yer isimleri birbirleriyle tutarlıdır (örneğin; bir yerde kafeterya yazıp diğerinde cafe yazılmamıştır)	0 (0)	11 (23,4)	36 (76,6)
37. Binanın çeşitli yerlerinde yer alacak işaret sembolleri tutarlı bir şekilde aynı şekildedir (örneğin çıkış için kullanılan sembol tüm çıkışlarda aynı olmalıdır)	1 (2,1)	8 (17)	38 (80,9)
38. Duvarlara asılan yönlendirme tabelaları ve baş üstü tabelaları göz hizasında, büyük ve açıkça görünebilen harflerden oluşmuştur	2 (4,3)	10 (21,3)	35 (74,5)
39. Tabelalar Türkçe ve İngilizce yazılmıştır	1 (2,1)	20 (42,6)	26 (55,3)
40. Renk kodları belli bölümlere erişim amacıyla tutarlı biçimde binanın duvarlarında ya da yerlerinde devam etmektedir	1 (2,1)	16 (34)	30 (63,8)
41. Ulaşılmak istenilen bölüme yönlendirme tabelalarıyla ulaşabilme durumunu genel olarak değerlendiriniz	1 (2,1)	13 (27,7)	33 (70,2)
<b>Servisler / Bölümler</b>			
42. Servisin ya da bölümün ismi açıkça yazılmıştır	0 (0)	2 (4,3)	45 (95,7)
43. Kayıt yaptırma bankosu açıkça görünmektedir	0 (0)	2 (4,3)	45 (95,7)
44. Personel, kayıt sırasında yardımcı olmuştur	0 (0)	3 (6,4)	44 (93,6)
45. Hastalara verilen yazılı materyal, seviye ve kültürel açıdan her eğitim seviyesinden kullanıcı için uygun görünmektedir	1 (2,1)	11 (23,4)	35 (74,5)
46. Hastalara verilen yazılı materyalin dili Türkçedir ve ikinci bir dil seçeneği mevcuttur	2 (4,3)	14 (29,8)	31 (65,9)
<b>Yazılı İletişim</b>			
<b>Yazı Tarzı</b>			
47. Yazılı materyalde mesaj, özet halinde ana konuyu anlatmaktadır	0 (0)	15 (31,9)	32 (68,1)
48. Bilgiler mantıklı bölümlere ayrılmıştır	0 (0)	17 (36,2)	30 (63,8)
49. Yazım dili günlük konuşma dilindedir	1 (2,1)	9 (19,1)	37 (78,8)
50. Okuyucunun ilgisini çekebilmek amacıyla ucu açık sorular, doğru/yanlış seçenekleri veya çoktan seçmeli olarak çeşitli şekillerde düzenlenmiştir	4 (8,5)	8 (17)	35 (74,5)
51. Cümleler kısa, basit ve nettir	1 (2,1)	15 (31,9)	31 (66)
52. Eğer tıbbi terimlerin kullanılması gerekiyorsa örneklerle açıklanmıştır	0 (0)	16 (34)	31 (66)
53. Tüm yazılı materyaller orta derecede okuryazarlık bilgisi gerektirecek şekilde yazılmıştır	5 (10,6)	20 (42,6)	22 (46,8)
<b>Tasarım ve Organizasyon</b>			
54. Yazılı materyal kolay anlaşılabilir diye başlıklara, alt başlıklara yer verilmiştir	0 (0)	18 (38,3)	29 (61,7)
55. Bölüm, başlık ve alt başlık işaretleri net anlaşılır bir biçimdedir	0 (0)	13 (27,7)	34 (72,3)
56. Yazılı materyal ilk bakışta düzenli görünmektedir	2 (4,3)	19 (40,4)	26 (55,3)
57. Yazılı belge gözden geçirmesi kolay grafik tasarımına (kontrastlar, renk, çözümlülük, madde işaretleri olan, ana noktaları vurgulayan yapıda) sahiptir	2 (4,3)	19 (40,4)	26 (55,3)
58. Madde işaretleri yerinde kullanılmıştır (boyut, şekil, boşluk ve renk olarak)	2 (4,3)	17 (36,2)	28 (59,6)
59. Açıklayıcı şekiller, şemalar, tablolar, grafikler açıklamalarıyla birlikte yer almaktadır	1 (2,1)	17 (36,2)	29 (61,7)
<b>Fontlar ve Stil</b>			
60. Font boyutu en az 12 veya daha büyüktür	0 (0)	18 (38,3)	29 (61,7)
61. Büyük harfler sadece dil bilgisi kurallarının gerektirdiği yerlerde kullanılmıştır	0 (0)	13 (27,7)	34 (72,3)
62. Kelimeler satır sonlarında ayrılmadan yazılmıştır	2 (4,3)	19 (40,4)	26 (55,3)
63. Yazı rengi ile kağıt rengi kontrast teşkil etmektedir	2 (4,3)	19 (40,4)	26 (55,3)
64. Yazı; resimlerin ya da görsel materyalin üzerine gelmemiştir	2 (4,3)	17 (36,2)	28 (59,5)
<b>Fotoğraflar, Semboller, Şekiller, Canlandırmalar</b>			
65. Belgede, fotoğraf, sembol, şekil, desen, canlandırma ve diğer görsellere yer verilerek esas verilecek mesaj kuvvetlendirilmiştir	2 (4,3)	26 (55,3)	19 (40,4)
66. Yanlış anlaşılmaya sebebiyet vermemek için karikatüre, çizgi karaktere, komik unsurlara yer verilmemiştir	0 (0)	11 (23,4)	36 (76,6)
67. Belgede yer alan görseller günceldir	1 (2,1)	14 (29,8)	32 (68,1)

68. Belgede yer alan görseller içinde bulunan toplumun değerlerini yansıtmaktadır	1 (2,1)	15 (31,9)	31 (66)
69. Belgede yer alan görsellerde kültürel olarak kabul gören bir dil kullanılmaktadır	0 (0)	15 (31,9)	32 (68,1)
70. Belgede yer alan görsellerde farklılıklara yer verilerek ayrımcılık konusunda hassasiyet duyulduğu anlatılmıştır	0 (0)	14 (29,8)	33 (70,2)

### **Sözlü İletişim**

#### **Konuşma**

71. Personel istisnasız herkese yardımcıdır (form doldururken, yol gösterirken)	1 (2,1)	9 (19,1)	37 (78,7)
72. Personel sözlü iletişimde kısa, net, basit ve günlük konuşma dilinde cümleler kurmaktadır	0 (0)	10 (21,3)	37 (78,7)
73. Personel anadili Türkçe olmayan hastalarla konuşurken konuşma hızını ayarlayarak tane tane konuşmaktadır	0 (0)	11 (23,4)	36 (76,6)
74. Personel hastanın anlatılanı anlayıp anlamadığını sorgularken 'anladınız mı?' yerine 'Anlatabildim mi?' diye sormaktadır	45 (95,7)	2 (4,3)	0 (0)
75. Personel hastaya 'Başka sorunuz var mı?' diye sormaktadır	45 (95,7)	2 (4,3)	0 (0)
76. Eğer varsa personel dvd/video uygulamaları kullanmaktadır	47 (100)	0 (0)	0 (0)
77. Tercüman bulunmaktadır ya da kısa sürede çağırılabilir mesafededir	12 (25,5)	26 (55,4)	9 (19,1)

#### **Teknoloji**

##### **Televizyon**

78. Hastaların izlemesi için birçok noktada (laboratuvar, bekleme odaları vb.) televizyon bulunmaktadır	21 (44,7)	9 (19,1)	17 (36,2)
79. Çeşitli noktalardaki ekranlardan önceden kaydedilmiş eğitici yayın yapılmaktadır	29 (61,7)	12 (25,5)	6 (12,8)
80. Ekranlardan hastane içinde değişik noktalara erişim ile ilgili bilgiler yayınlanmaktadır	30 (63,8)	10 (21,3)	7 (14,9)

##### **Telefon**

81. Hastane içi telefon sistemi çeşitli noktalarda hastaların kullanımına sunulmaktadır	35 (74,5)	12 (25,5)	0 (0)
82. Hastane içi telefonlardan yol tarifi alınabilmektedir	35 (74,5)	12 (25,5)	0 (0)
83. Hastane içi telefonlardan tercümanlara ulaşılabilirliktedir	27 (57,5)	16 (34)	4 (8,5)

##### **Bilgisayar**

84. Hastaların kullanımı için çeşitli noktalarda (bekleme salonları, koridorlar, laboratuvarlar vb.) bilgisayarlar mevcuttur	47 (100)	0 (0)	0 (0)
85. Bilgisayarlarda yön bulma için seçenek bulunmaktadır	47 (100)	0 (0)	0 (0)
86. Bilgisayarlarda eğitici programlar bulunmaktadır	47 (100)	0 (0)	0 (0)
87. Bilgisayarlarda internet bağlantısı bulunmaktadır	47 (100)	0 (0)	0 (0)
88. Bilgisayarlarda kulaklık takma imkânı mevcuttur	47 (100)	0 (0)	0 (0)

##### **Kiosklar**

89. Hastaların kullanımı için çeşitli noktalarda (bekleme salonları, koridorlar, laboratuvarlar vb.) kiosklar mevcuttur	40 (85,1)	3 (6,4)	4 (8,5)
90. Kiosklarda yön bulma için seçenek bulunmaktadır	42 (89,4)	3 (6,4)	2 (4,2)
91. Kiosklarda eğitici programlar bulunmaktadır	43 (91,5)	3 (6,4)	1 (2,1)
92. Kiosklarda kulaklık takma imkânı mevcuttur	43 (91,5)	3 (6,4)	1 (2,1)
93. Kiosklarda medikal kayıtlara ulaşma imkânı mevcuttur	43 (91,5)	4 (8,5)	0 (0)
94. Kiosklarda internet bağlantısı bulunmaktadır	43 (91,4)	2 (4,3)	2 (4,3)

##### **Hatırlatma Sistemleri**

95. Hastalar bir sonraki test veya randevu için hatırlatma telefon/kısa mesaj/e-posta yoluyla yapılır	0 (0)	9 (19,1)	38 (80,9)
---	-------	----------	-----------

\*3 Puan: Bu vardır /işlevseldir/ başarılıdır/çok iyidir

\*\*2 Puan: Bu vardır ancak gelişmesi gereken yönleri bulunmaktadır

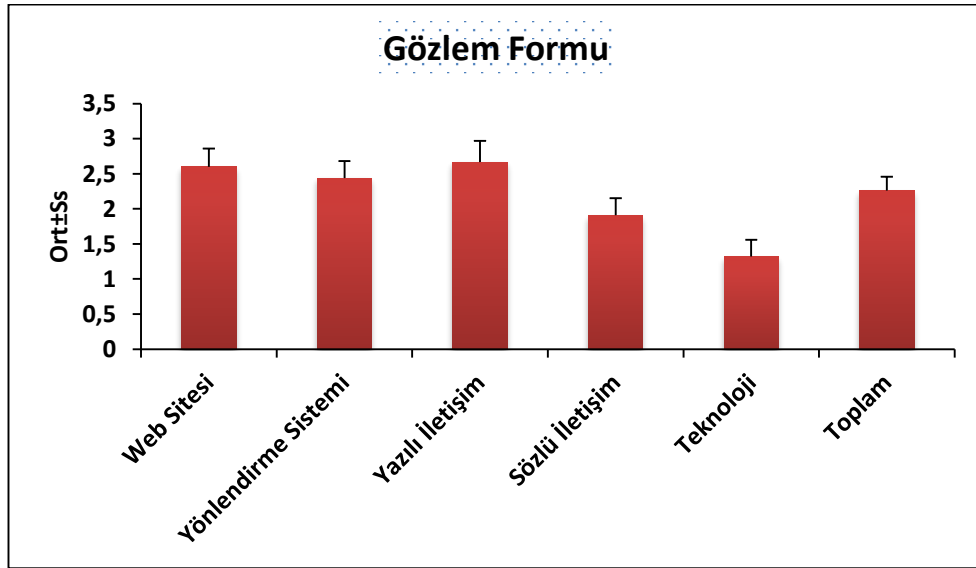
\*\*\*1 Puan: Bu yapılmamıştır/yoktur/başarısızdır/kötüdür

Gözlem Formu puanlarının alt gruplara dağılımları Tablo 6.16’de görülmektedir.

**Tablo 6.16:** Gözlem Formu Puanlarının Dağılımı

	Min-Max (Medyan)	Ort±Ss
<b>Web Sitesi</b>	1,9-3 (2,7)	2,60±0,27
<b>Yönlendirme Sistemi</b>	1,7-2,7 (2,5)	2,43±0,24
<b>Yazılı İletişim</b>	1,6-3 (2,8)	2,66±0,31
<b>Sözlü İletişim</b>	1,4-2,4 (2)	1,91±0,25
<b>Teknoloji</b>	1,1-2,1 (1,3)	1,31±0,24
<b>Toplam</b>	1,6-2,6 (2,3)	2,26±0,21

Gözlem formu alt boyut puanları incelendiğinde; web sitesi boyutu ortalama 2,60±0,27; yönlendirme sistemi boyutu ortalama 2,43±0,24; yazılı iletişim boyutu ortalama 2,66±0,31 olarak saptanmıştır. Sözlü iletişim boyutu ortalama 1,91±0,25; teknoloji boyutu ortalama 1,31±0,24 olarak saptanmıştır. Gözlem formu toplam puanı ise ortalama 2,26±0,21 olarak saptanmıştır.



**Şekil 6.4:** Gözlem Formu Puan Dağılımı

Gözlem formu ortalama puanlarına bakıldığında, en yüksek puanların web sitesi ve yazılı iletişim, en düşük puanların ise teknoloji ile ilgili olduğu görülmektedir.

#### 6.14. KSOY Ölçeği ile Gözlem Formunun Birbirleriyle İlişkisi

Tablo 6.17: Ölçeklerin Birbirleriyle İlişkisi

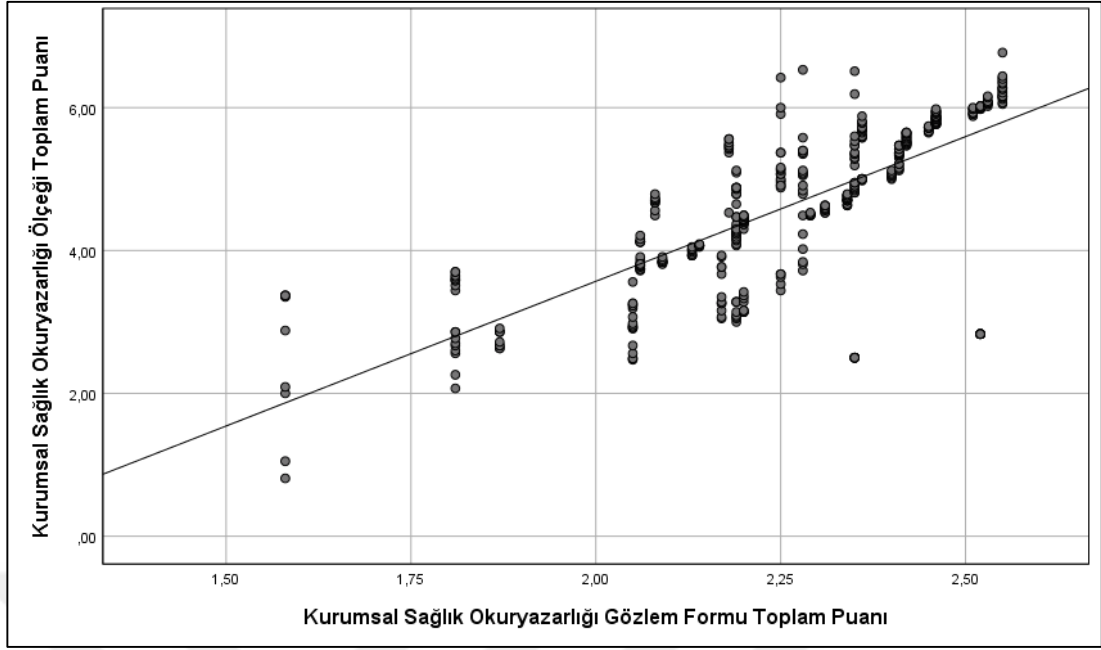
		Gözlem Formu						
		Web sitesi	Yönlendirme sistemi	Yazılı İletişim	Sözlü iletişim	Teknoloji	Toplam	
KSOY Ölçeği	Liderlik ve Yönetim	r	0,421	0,808	0,659	0,587	0,643	0,834
		p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
	İletişim	r	0,424	0,691	0,597	0,503	0,570	0,753
		p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
	Operasyonel erişim	r	0,563	0,517	0,348	0,412	0,538	0,587
		p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
	Bina içi erişim	r	0,199	0,434	0,384	0,340	0,359	0,470
		p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
	Bina dışı erişim	r	0,232	0,435	0,406	0,305	0,302	0,474
		p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
	Toplam	r	0,469	0,758	0,582	0,525	0,630	0,780
		p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**

$r$ =Spearman's Korelasyon Katsayısı

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

KSOY ölçeği alt boyutları olan; liderlik ve yönetim, iletişim, operasyonel erişim, bina içi erişim ve bina dışı erişim boyutları ile Gözlem Formu boyutları olan; web sitesi, yönlendirme sistemi, yazılı iletişim, sözlü iletişim ve teknoloji boyutlarının her bir boyutunun birbirleriyle anlamlı derecede ilişkisi bulunmaktadır. (Tablo 6.17). Ayrıca KSOY ölçeği toplam puanı ile Gözlem Formu toplam puanı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle gözlem formu ile KSOY ölçeğinin kriter geçerliliğini sağladığından söz etmek mümkündür.



**Şekil 6.5:** Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

### 6.15. Hastane Türlerine Göre Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

**Tablo 6.18:** Hastanelere Göre Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

		KSOY Ölçeği ve Gözlem Formu Puanı İlişkisi	
		r	p
Hastane Dağılımları	Eğitim Araştırma Hastanesi	0,945	0,001**
	HIMMS	0,943	0,001**
	JCI	0,957	0,001**
	Kamu	0,979	0,001**
	Özel	0,997	0,001**

*r*=Spearman's Korelasyon Katsayısı

\*\**p*<0,01

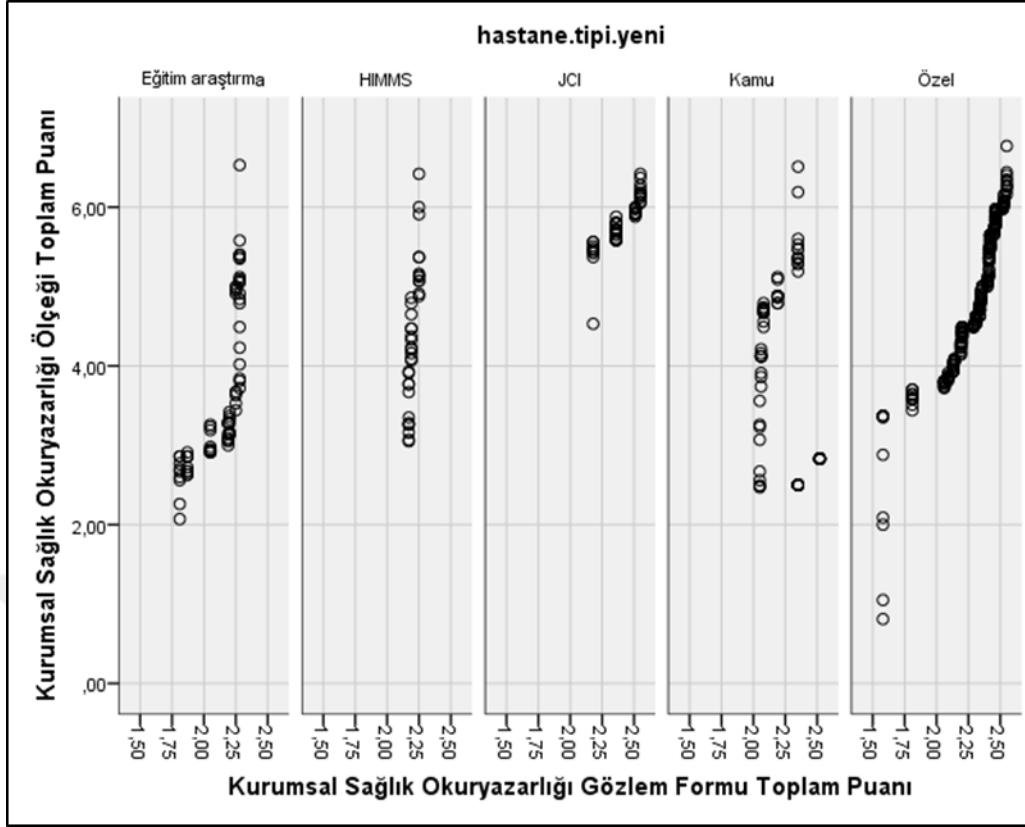
Eğitim Araştırma Hastanesinde alışanların KSOY leği toplamına verdikleri puanlar ile gözlemcilerin Gözlem Formu toplamına verdikleri puanlar arasında pozitif yönlü 0,945 düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,944$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

HIMMS Hastanesinde alışanların KSOY leği toplamına verdikleri puanlar ile gözlemcilerin Gözlem Formu toplamına verdikleri puanlar arasında pozitif yönlü 0,943 düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,943$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

JCI Hastanesinde alışanların KSOY leği toplamına verdikleri puanlar ile gözlemcilerin Gözlem Formu toplamına verdikleri puanlar arasında pozitif yönlü 0,957 düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,957$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Kamu Hastanesinde alışanların KSOY leği toplamına verdikleri puanlar ile gözlemcilerin Gözlem Formu toplamına verdikleri puanlar arasında pozitif yönlü 0,979 düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,979$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Özel Hastanede alışanlarının KSOY leği toplamına verdikleri puanlar ile gözlemcilerin Gözlem Formu toplamına verdikleri puanlar arasında pozitif yönlü 0,997 düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0,997$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).



Şekil 6.6: Hastanelere Göre Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Özetle, hastane türlerine göre ayırım yapıldığı zaman, KSOY ölçeği puanları ile Gözlem formu puanları arasında, her hastane türünde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

#### 6.16. KSOY Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Gözlem Formu Toplam Puanı Üzerine Etkilerinin Regresyon Analizi Uygulaması

KSOY Ölçeği Liderlik ve Yönetim, İletişim, Operasyonel Erişim, Bina İçi Erişim ve Bina Dışı Erişim boyut puanlarının univariate analizinde Gözlem Formu toplam puanı üzerine ayrı ayrı etkili risk faktörleri oldukları görülmektedir. Multivariate etkilerini göstermek için ise Lineer Regresyon (Enter) analizi uygulanmıştır.



Ölçek boyut puanlarının Gözlem Formu toplam puanı üzerine etki derecelerini gösteren model özeti ise Tablo 6.18’de verilmiştir. Buna göre ( $R^2 = 0.746$ ) ölçek boyut puanları gözlem formu toplam puanını % 74,6 oranında etkilemektedir.

**Tablo 6.19:** Model Özeti

Model	R	R Kare	Düz R Kare	Std. Hata
1	0,864	0,746	0,743	0,104

Ölçek boyut puanlarının Gözlem Formu toplam puanına etkileri regresyon analizi yardımıyla test edilmiş olup, anlamlılık sütunundaki değerden ( $F=271,898$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ) söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Model özeti Tablo 6.19’de gösterilmektedir.

## 6.17. KSOY Ölçeği Alt Boyut Puanlarıyla Gözlem Formu Toplam Puanı Arasındaki İlişki

**Tablo 6.20:** KSOY Ölçeği Alt Boyut Puanlarıyla Gözlem Formu Toplam Puanı Arasındaki İlişki

Model	Standardize olmayan katsayılar	Standardize Katsayılar	<i>p</i>	95,0% Güven Aralığı B	
	B	B		Alt Sınır	Üst Sınır
(Sabit değer)	1,336		<b>0,001**</b>	1,245	1,426
Liderlik & Yönetim	0,052	0,463	<b>0,001**</b>	0,045	0,059
İletişim	0,073	0,306	<b>0,001**</b>	0,056	0,090
Operasyonel Erişim	0,019	0,139	<b>0,001**</b>	0,011	0,027
Bina İçi Erişim	0,009	0,038	<i>0,169</i>	-0,004	0,022
Bina Dışı Erişim	0,034	0,121	<b>0,001**</b>	0,019	0,050

Yapılan regresyon analizi sonucunda Bina İçi Erişim boyut puanı dışındaki tüm parametrelerin modele anlamlı etkileri olduğu görülmektedir. Modelde en önemli etkinin sabit değerden kaynaklandığı, bunu İletişim ve Liderlik ve Yönetim boyut puanlarının takip ettiği görülmektedir. Liderlik ve Yönetim, İletişim, Operasyonel Erişim ve Bina Dışı Erişim boyut puanları  $p < 0,01$  düzeyinde modelde etkili olarak saptanmıştır.

Regresyon Modeli;

**Gözlem Formu Toplam Puanı** =  $1,336 + 0,052$  (Liderlik ve Yönetim) +  $0,073$  (İletişim) +  $0,019$  (Operasyonel Erişim) +  $0,009$  (Bina İçi Erişim) +  $0,034$  (Bina Dışı Erişim)

**Tablo 6.21: Tanımlayıcı Özelliklerin KSOY Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi**

			Liderlik	İletişim	Operasyonel Erişim	Bina içi erişim	Bina dışı erişim	Toplam
Kaç yıldır faaliyet gösteriyor?	0-4 yıl	Ort±Ss	4,83±1,72	6,13±0,81	3,98±1,46	5,7±0,57	6,1±0,8	2,83±0,69
		Medyan (Min-Maks)	5,4 (0-5,7)	6,5 (4,4-6,8)	4,3 (0-5)	5,8 (4,8-6,5)	6,3 (4,3-6,7)	2,7 (2,3-4,7)
	5-9 yıl	Ort±Ss	2,7±2,23	5,04±0,99	4±1,9	5,22±0,72	5,54±0,72	4,08±1,41
		Medyan (Min-Maks)	1,5 (0,3-6,7)	5 (3-6,6)	3,5 (1-7)	5 (3-7)	5,7 (3-7)	3,5 (2,1-6,4)
	10-14 yıl	Ort±Ss	4,04±1,65	5,57±0,93	4,22±1,34	5,53±0,59	5,53±0,71	4,7±1,11
		Medyan (Min-Maks)	4,6 (0-6,2)	5,8 (0-6,7)	3,8 (0-7)	5,8 (3,5-7)	5,3 (3-7)	5 (0,8-6,5)
	15-19 yıl	Ort±Ss	3,6±1,87	5,54±1,01	5,28±1,37	5,46±0,49	5,35±0,76	4,71±1,11
		Medyan (Min-Maks)	4 (0-6,2)	5,6 (0,7-6,7)	5,6 (0-7)	5,3 (5-7)	5 (0-7)	4,8 (1,1-6,4)
	≥20 yıl	Ort±Ss	3,43±1,73	5,74±0,65	5,45±1,33	5,06±1,06	5,57±0,68	4,74±1
		Medyan (Min-Maks)	2,7 (1-6,7)	5,9 (3,9-6,9)	5,8 (1-7)	5,3 (2-7)	5,7 (3,3-7)	4,7 (2,7-6,8)
		p	<sup>b</sup> 0,004**	<sup>b</sup> 0,001**	<sup>b</sup> 0,001**	<sup>b</sup> 0,002**	<sup>b</sup> 0,001**	<sup>b</sup> 0,001**
Kurumda KSOY çalışması yapan birim	Yok	Ort±Ss	1,92±0,96	5,21±0,84	4,65±1,72	5,01±1,03	5,32±0,72	3,9±0,8
		Medyan (Min-Maks)	1,8 (0-6,7)	5,3 (0,7-6,7)	5 (0-7)	5 (2-7)	5,3 (3-7)	3,9 (1,1-6,5)
	Var	Ort±Ss	5,07±0,84	5,96±0,71	5,21±1,24	5,55±0,54	5,69±0,68	5,27±0,95
		Medyan (Min-Maks)	5,2 (0-6,7)	6,1 (0-6,9)	5,5 (0-7)	5,8 (3,5-7)	6 (0-7)	5,5 (0,8-6,8)
		p	<sup>a</sup> 0,001**	<sup>a</sup> 0,001**	<sup>a</sup> 0,001**	<sup>a</sup> 0,001**	<sup>a</sup> 0,001**	
Hastane tipi	EAH	Ort±Ss	2,17±1,62	4,88±0,81	2,95±1,08	4,64±1,28	5,36±0,79	3,61±0,99
		Medyan (Min-Maks)	1,6 (0-6,4)	4,9 (3-6,9)	2,8 (0-5,7)	5 (2-7)	5,3 (3,3-7)	3,2 (2,1-6,5)
	HIMMS	Ort±Ss	3,1±1,55	5,53±0,59	3,89±1,09	5,68±0,65	5,49±0,74	4,41±0,87
		Medyan (Min-Maks)	2,9 (0,9-6)	5,6 (4,4-6,5)	3,5 (2,5-7)	5,8 (5-7)	5,3 (4,3-7)	4,4 (3,1-6,4)
	JCI	Ort±Ss	5,43±0,41	6,17±0,39	6,13±0,49	5,55±0,48	5,69±0,46	5,8±0,33
		Medyan (Min-Maks)	5,4 (3,7-6,2)	6,3 (4,9-6,7)	6,2 (5,2-7)	5,8 (5-6,8)	5,7 (5-6,7)	5,8 (4,5-6,4)
	KAMU	Ort±Ss	4,08±1,53	5,62±0,87	3,58±0,94	5,44±0,62	5,62±0,78	4,1±1,16
		Medyan (Min-Maks)	4,5 (1-6,9)	5,8 (3,2-6,8)	3,3 (1,8-7)	5,3 (3,5-7)	5,7 (4,3-7)	4,1 (2,5-6,5)
	ÖZEL	Ort±Ss	3,65±1,77	5,73±0,84	5,81±0,82	5,35±0,72	5,51±0,72	4,91±0,93
		Medyan (Min-Maks)	4 (0-6,7)	5,9 (0-6,9)	5,8 (0-7)	5,3 (3-7)	5,5 (0-7)	5 (0,8-6,8)
			p	<sup>b</sup> 0,001**	<sup>b</sup> 0,001**	<sup>b</sup> 0,001**	<sup>b</sup> 0,001**	<sup>b</sup> 0,001**

## 6.18. Tanımlayıcı Özelliklerin KSOY Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi

En fazla dört yıldır faaliyet gösteren hastanelerde çalışan yönetici/karar vericinin KSOY ölçeğine verdikleri toplam puanlar, diğer hastanelerde çalışan yönetici/karar vericilerin verdikleri puanlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Yeni kurulmuş hastanelerde KSOY seviyesinin, diğer hastanelere göre nispeten daha düşük olduğundan söz edilebilir.

Kurumunda KSOY konusunda çalışma yapan bölümü olan hastanelerin, KSOY Ölçeği boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, KSOY konusunda çalışma yapmayan kurumlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). KSOY konusunda çalışma yapan hastanelerin bu konuda ilerleme kaydetmiş olduğundan bahsedilebilir.

KSOY ölçeğinin “Liderlik ve Yönetim” boyutuna verilen puanlar, hastane tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar konsolide edildiğinde JCI akredite hastanelerin aldıkları puanlar EAH, HIMMS, Kamu ve Özel Hastanelerine göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. EAH hastanelerinin ise diğer hastanelerden anlamlı derecede düşük puanlar aldığı görülmektedir ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

KSOY Ölçeğinin “İletişim” boyutuna verilen puanlar, hastane tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar konsolide edildiğinde, JCI akredite hastanelerin aldığı puanlar diğerlerine göre anlamlı derecede yüksektir. EAH hastanesinde “İletişim” boyutuna verilen puanlar, HIMMS, kamu, ve özel hastanelerde verilen puanlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,016$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,05$ ).

“Operasyonel Erişim” boyutuna verilen puanlar, hastane tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre, özel hastanelerde “Operasyonel Erişim”

boyutuna verilen puanlar, EAH, kamu ve HIMMS hastanelerine göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). JCI tip hastane için “Operasyonel Erişim” boyutuna verilen puanlar, EAH, HIMMS ve kamu hastanelerine göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

“Bina İçi Erişim” boyutuna verilen puanlar, hastane tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre, EAH hastanesinde “Bina İçi Erişim” boyutuna verilen puanlar, HIMMS, JCI, kamu ve özel hastanelere göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,005$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

“Bina Dışı Erişim” boyutuna verilen puanlar, hastane tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Ölçek toplamına verilen puanlar, hastane tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre, EAH hastaneleri için ölçek toplamına verilen puanlar, HIMMS, özel ve JCI hastanelere göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,036$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,05$ ). JCI tipi hastaneler için ölçek toplamına verilen puanlar, HIMMS, kamu ve özel hastanelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Özel hastaneler için ölçek toplamına verilen puanlar, HIMMS ve Kamu hastanelerine göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,049$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,05$ ).

## 7. TARTIŞMA

Sağlık kurumlarında KSOY düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılabilen bir ölçek geliştirme çalışması olarak planlanan ve yürütülen araştırma sonunda 43 madde ve 5 alt boyuttan oluşan bir ölçek geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri belirlenirken bu konuda yapılmış yayınlar ayrıntılı biçimde incelenmiş, ölçek geliştirme süreçleri uluslararası kabul gören ölçek geliştirme aşamalarına uygun olarak yürütülmüştür. Ortaya çıkan ölçek, geçerliliği ve güvenilirliği yüksek olan bir ölçüm aracıdır.

Geliştirilen KSOY ölçeği, sağlık kurumlarında KSOY düzeyini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçektir. Sağlık kurumları, geliştirilmiş olan KSOY ölçeğini kullanarak, kendi kurumlarının KSOY düzeyini tespit edebilir, eksik oldukları konuları belirleyebilir ve bu alanlara yönelerek sağlık hizmet kullanıcıları için hazır duruma gelebilirler.

Geliştirilen KSOY ölçeği ile birlikte kullanılması amacıyla bir Gözlem Formu oluşturulmuştur. Gözlem formu literatürde KSOY konusunda yapılacaklar listesi şeklinde sunulan yayınlar incelenerek hazırlanmıştır [7]. KSOY ölçeği sağlık kurumlarında, yönetim kademelerinde çalışan yönetici/karar vericilere uygulanmış, gözlem formu ise gözlemciler tarafından doldurulmuştur. Sağlık kurumu çalışanlarının, KSOY konusunda kurumlarında yapılmakta olan KSOY çalışmalarının, gözlemciler tarafından ne ölçüde faydalı bulunup bulunmadığı gözlem formu ile test edilmiştir. Bu şekilde KSOY ölçeğinin kriter geçerliliği araştırılmıştır.

Geliştirilmiş ve sağlık hizmet kullanıcıları tarafından doldurulmuş olan gözlem formları ile KSOY ölçeği puanları arasında tüm boyutlarda anlamlı ilişki tespit edilmiş olması, geliştirilen KSOY ölçeğinin kriter geçerliliğini kanıtlamaktadır.

KSOY ölçeği toplam 5 alt boyut ve bu alt boyutlar altında yer alan 43 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar sırasıyla; “liderlik ve yönetim”, “iletişim”, “operasyonel erişim”, “bina içi erişim”, “bina dışı erişim” şeklinde belirlenmiştir. KSOY ölçeğinin bulgusu olarak ortaya çıkan liderlik, erişim ve iletişim boyutlarının üçü birden literatürde KSOY konusunda araştırmalar yapan, Brach ve arkadaşlarının çalışmasında,

Viyana KSOY Bildirgesinde, Brega ve arkadaşlarının çalışmasında, Bremer ve arkadaşlarının çalışmasında ve Lubash ve arkadaşlarının çalışmasında aynı şekilde yer almaktadır [6,9,51-53] Bu da geliştirilen KSOY ölçeğinin değerini kanıtlamaktadır.

Önemli bulgulardan bir diğeri, KSOY konusunda çalışma yapan özel birimi olan hastanelerin KSOY puanlarının, diğerkurumlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmasıdır. KSOY çalışmalarının ne kadar önemli olduğu ve sağlık hizmet alanlar nezdinde karşılık bulduğu ortaya çıkmaktadır.

Diğerkonulan bir bulgu ise, hastane türlerine göre KSOY puanları karşılaştırıldığı zaman, JCI belgeli hastanelerin daha yüksek, EAH'nin daha düşük puanlar aldıkları görülmektedir. Bu sonuç hastane kategorileri belirlenirken yapılmış olan ayırımın doğruluğunu kanıtlamaktadır. 2018 yılında KSOY ile ilgili yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyeti düzeyinin en düşük olduğu hastanenin kamu hastanesi olduğu belirlenmiştir [44, 137]. Toskana'da yapılan bir başka çalışmada çıkan sonuçlar da, bu araştırma sonuçlarıyla benzer durumdadır. Söz konusu araştırmada, JCI akredite hastaneler KSOY konusunda daha yüksek puanlar almış, kamu hastaneleri ise daha düşük puanlar almışlardır [68]. Ayrıca JCI akredite hastanelerde, KSOY puanlarının yüksek çıkması, kalite standartlarından biri olarak değerlendirilen KSOY konusunun gerekliliğini tasdik eder niteliktedir.

Son on yılda önem kazanan KSOY konusuna yoğun bir ilgi olmasına karşın yapılan araştırmaların sınırlı kaldığı, geliştirilen ölçme-değerlendirme yöntemlerinin ise birbirinden farklı özellikler taşıdığı ve kavram kargaşası yaşandığı görülmektedir. Bu konuda Brach ve arkadaşları tarafından yapılan kapsamlı çalışma kilometre taşı niteliğindedir. Bu araştırmada sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların KSOY'nın ne olması gerektiği ve ne olmadığı konuları ayrıntılı şekilde incelenerek 10 temel özellik belirlenmiştir [6]. Belirlenen önemli özellikler ve ilkeler doğrultusunda yapılan ilk araştırmaların akademik kurumlar ve özel dal hastaneleri ile sınırlı kaldığı dikkati çekmektedir [38,46]. Bazı araştırmalarda yerinde gözleme dayanan kontrol listeleri ile kalitatif değerlendirme amaçlı genel sorulara dayanan [46] görüşme formlarının, bazı

araştırmalarda ise birinci basamak sağlık örgütlerini de kapsayacak şekilde, öz değerlendirme amaçlı kontrol listeleri ile rehberlerin [54,59] kullanıldığı görölmektedir.

Kripalani ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan kapsamlı bir literatür taramasında, KSOY değerlendirmesinde kullanılabilir yöntemler ve ölçütler konusunda çok sayıda çalışma bulunduğu, ancak yapılan değerlendirmelerde birbirinden farklı çok sayıda kriter ve ölçütün kullanıldığı saptanmıştır [50].

Kültürel olarak farklı gruplar için de KSOY önemli bir gerekliliktir. Nitekim, 2019 yılında, Canterbury hastanesinde yapılan çalışmada, kültürel olarak farklı grupların daha çok tercüman ve işaret diline ihtiyacı olduğu belirlenmiştir [60].

Alman halk sağlığı bölümlerinin KSOY açısından uygun hale gelebilmesi için yapılan bir başka çalışmada, KSOY düzeyini arttırmanın halk sağlığının iyileştirilmesinde önemli katkı sağlayacağı önerilmektedir [75]. Söz konusu çalışma KSOY ölçek çalışması olmakla birlikte sadece halk sağlığı bölümlerinde uygulanmıştır.

Palumbo'nun 2021 yılında yaptığı araştırmada, KSOY seviyesinin yükselmesiyle birlikte hastaların önleyici sağlık hizmetlerine ilgisinin arttığı ve KSOY konusunda bilgili personelin hastalarla işbirliği halinde olması gerekliliği anlatılmaktadır [73].

Hastanelerin hastalar için hazır hale gelmesi konusu, bilim insanlarının gün geçtikçe ilgisini çekmekte ve konunun değişik boyutları konusunda araştırmalar yapılmaktadır. Aynı yıl yapılan başka bir çalışma KSOY konusunda karşılaşılan engeller ve bunları aşmak için kullanılacak yollar anlatılmaktadır [72].

2021 yılında yapılan bir derleme çalışmasında, KSOY müdahalelerinin hasta, meslek ve örgütsel düzeydeki sonuçları incelenmiş ve bu uygulamaları etkileyen faktörler belirlenerek, KSOY müdahalelerinin olumlu sonuçlar doğurduğu tespit edilmiştir [76].



Bir başka çalışmada, hasta odaklı inovasyon çalışmaları çerçevesinde, KSOY ile ilgili neler yapılabileceği araştırılmış ve aslında KSOY ile ilgili yönergelerin kendisinin, hasta odaklı inovasyon için bir yol haritası sağladığı görülmüştür [71].

Engelli hastaların navigasyon ihtiyacını araştırmak için yapılan bir çalışmada bu önemli konunun geliştirilmesi gerekliliğinden bahsedilmektedir [66]. Ancak bir başka çalışmada ise, kapsamlı bir KSOY uygulaması başlatmanın büyük olasılıkla karmaşık bir süreç olacağı çünkü SOY'nın genellikle sağlık kuruluşunun vizyonuna ve stratejik planlamasına entegre olmadığı anlaşılmıştır [65].

İçinde bulunduğumuz 2022 yılında yayınlanan yeni bir çalışma, KSOY konusunda ölçek geliştirme çalışmasıdır. İran'daki sağlık merkezlerinde KSOY'nın niteliklerini açıklamaya yönelik olarak yürütülerek KSOY konusunda 10 alt konu ve 21 alt kategori geliştirilmiştir. Ancak çalışmada geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmamıştır [77].

KSOY çalışmalarının, sağlık eşitsizliklerini giderme alanındaki uygulanabilirliği de araştırılmış ve KSOY çalışmalarının kalite geliştirme açısından olumlu sonuçlar doğurduğu bildirilmiştir [64].

2020 yılında yapılan bir literatür taramasında, “personel bilgisi” ve “iletişim”in en çok ortaya çıkan boyut olduğu görülmüştür [63]. Bu araştırmada yer alan iletişim boyutu söz konusu derleme çalışmasıyla benzer durumdadır.

Kapsamlı bir başka literatür taramasında KSOY konusunda var olan kavram ve ölçme-değerlendirme yöntemleri konusunda henüz bir görüş birliğinin sağlanamadığı, özellikle kavram kargaşasının kendisini ciddi şekilde hissettirdiğinden söz edilmektedir [52]. Aynı çalışmada KSOY değerlendirme ve ölçme amacıyla kullanılmakta olan araçlarda ortak olan 6 ana ve 25 alt değerlendirme kategorisi bulunduğu görülmüş, bunlar arasında en sık yer alan ana kategori “hizmet kullanıcıları ile iletişim” olarak ön plana çıkmıştır. Diğerleri “erişim ve navigasyon kolaylığı”, “yönetmelik öncelik ve entegrasyon”, “kullanıcılara destek sağlama”, “eğitilmiş ve yeterli personel” şeklinde

sıralanmıştır [52]. Ortaya çıkan kategoriler bu araştırmada geliştirilen ölçekte ortaya çıkan ve “Liderlik & Yönetim”, “İletişim”, “Operasyonel Erişim”, “Bina İçi Erişim”, “Bina Dışı Erişim” şeklinde sıralanan 5 alt boyut ile benzerlik taşıması ölçeğimizin kullanım değerini arttıran bir özellik olarak yorumlanmıştır.

2020 yılında yapılan kapsamlı bir sistematik derleme çalışmasında KSOY konusundaki uygulamaların, ölçüm ve değerlendirme kriterlerinin çok çeşitli olduğunun ve farklılık gösterdiğinin saptanmış olması [65] aradan geçen süreye rağmen KSOY’ni tanımlama, ölçme ve değerlendirme konusundaki karmaşanın devam ettiğini göstermektedir. Yapılan tarama sonuçlarına göre KSOY ölçme-değerlendirme amacıyla kullanılmakta olan başlıca 8 ölçme-değerlendirme aracı bulunmakta ve bunlar arasında da HLHO-10 (Health Literate Health Organization-10) [6] ile VHLO (Vienna Health Literate Organization) [8-10] olarak bilinenler daha sık kullanılmaktadır.

KSOY’nın, hasta memnuniyeti ya da sağlık hizmetlerinin cevap verebilirliği ile karıştırılmaması önemlidir. KSOY hasta memnuniyetini ve cevap verebilirliğini artırma amacıyla gerekli olan önemli bir özelliktir. SOY gelişmiş kurumlardan hizmet alanlarda memnuniyetin ve cevap verebilirliğinin yüksek olduğu görülmektedir [44,136], ancak tersini söylemek mümkün değildir. Bu nedenle memnuniyet ölçeklerinin, cevap verebilirlik ölçeklerinin KSOY ölçmek amacıyla kullanılması söz konusu değildir. Hatta KSOY’nın cevap verebilirliğini ölçmek için ayrıca yöntem geliştirme çabaları bulunmaktadır [138].

## 8. SONUÇ

KSOY konusunun son yıllarda önem kazanmasıyla birlikte, bu konu ile ilgili yapılan yayınlarda dikkat çekici bir artış görülmektedir. Buradan hareketle konunun önümüzdeki dönemlerde daha da popüler bir konu haline gelebileceğini söylemek olasıdır. KSOY konusunun önemi, salt KSOY'ı oluşturan alt konularla ilgili olmayıp, sonuçları itibarıyla; sağlıkta kullanım açısından hakkaniyeti sağlamak, sağlık giderlerini düşürmek ve halk sağlığını iyileştirmek de dahil olmak üzere birçok fayda sağladığı anlaşılmıştır. KSOY konusunun bu denli önemli olmasının, bu araştırmanın haklı bir gerekçesi sayılacağı kuşkusuzdur.

Bu güne kadar yapılan araştırmalar incelendiğinde, KSOY değerlendirme amacıyla pek çok ölçütten, yol ve yöntemden söz edildiği görülmüş olmakla birlikte bu amaçla özel bir ölçek geliştirme çabasına rastlanmamıştır. Farklı statülerde çok sayıda hastaneyi kapsayan ve mevcut literatürün ışığında ölçek geliştirme aşamalarına uygun olarak yürütülen bu araştırmanın sonuçları bu anlamda değer taşımaktadır.

Bu araştırmada yedili Likert şeklinde puanlanan ölçek maddelerinden alınacak puan toplamını yorumlamak için herhangi bir kesim noktası tanımlanmamıştır. Başka bir deyişle geliştirilen ölçeğin kullanım amacı bir hastaneye “Kurumsal Sağlık Okuryazardır” ya da “Değildir” şeklinde tanı koydurmak değildir. Bunun yerine benzer hastaneleri kıyaslamak ya da aynı hastanenin zaman içerisindeki değişimini, gelişimini izlemek amacı ile kullanılmalıdır. Nitekim sağlık hizmeti türlerinin, hizmet sunan kurumların, teknolojilerin, hatta mesleklerin hızlı değişimi, doğal olarak KSOY'ı da etkilemekte ve değiştirmektedir.

Araştırma grubunda yer alan hastanelerin çeşitliliği, devlet hastanelerinden özel hastanelere, eğitim-araştırma hastanelerinden akredite hastanelere ve dijitalleşme yolunda mesafe kat etmiş kağıtsız hastanelere kadar geniş bir aralıkta olması, geliştirilen ölçeğin değerini arttıran bir başka özellik olarak düşünülmelidir.

Geliştirilmiş olan KSOY ölçeği 5 alt boyut ve 43 alt boyuttan oluşan geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bir ölçektir. Tüm bu nedenlerle bu araştırmada geliştirilen ölçeğin literatürde önemli bir boşluğu doldurması beklenmektedir.

Geliştirilen bu ölçek, sağlık kurumlarının KSOY düzeylerinin tespit edilmesi, eksik olan yönlerinin geliştirilmesi amacıyla kullanılabilir. Hatta geliştirilmiş bu ölçek kullanılarak ülke çapında hastanelerin iyileştirmeleri yapılabilir. KSOY düzenlemeleri sayesinde, hastaneler hastalarına daha iyi hizmet verebilir, eşitsizlikleri ortadan kaldırabilir, daha verimli bir işgücü yaratabilir, engelleri kaldırarak herkese hizmet verebilecek duruma gelebilirler. Bir araştırmada Türkiye’de teknik olarak verimli çalışan hastanelerin oranının sadece %17 olduğu gösterilmektedir [139] ki bu da hastanelerin verimli çalışmasına ihtiyacın gerekliliğine ve KSOY’nın önemine işaret etmektedir.

Bundan sonra araştırma yapmak isteyen bilim insanları, bu ölçeğin diğer mecralara (devlet daireleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, dispanserler, ayaktan tedavi veren kurumlar, üniversiteler vb.) uyarlamasını yapabilirler.

#### **Araştırmanın Kısıtlılıkları:**

Bu araştırmanın örnekleminin sadece yataklı tedavi merkezlerindeki sağlık çalışanlarından oluşması araştırmanın sınırlılığını teşkil etmektedir. Ayrıca sadece İstanbul ilinde yapılmış olması da ayrı bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

## 9. KAYNAKLAR

1. American Medical Association (AMA) [https://American Medical Association \(ama-assn.org\)](https://AmericanMedicalAssociation(ama-assn.org)) (Erişim: 10.03.2022)
2. Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century, Health Promotion International, 2000;15(3):259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259> (Erişim: 10.03.2022)
3. Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN. Essentials of Public Health Communication, s. 120-124, Jones and Bartlett Learning, USA, 2011.
4. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding Health Literacy: An Expanded Model, Health Promotion International, 2005;20(2):195-203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609> (Erişim: 11.03.2022)
5. Ratzan SC. Health Literacy: Communication for the Public Good, Health Promotion International, 2001;16(2):207-214. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.207> (Erişim: 11.03.2022)
6. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. Institute of Medicine of the National Academies, Washington, DC, Institute of Medicine of the National Academies: 2012. Discussion Paper.
7. Rudd RE, Anderson JE. The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and Health and Adult Literacy and Learning Initiative, Harvard School of Public Health. Boston MA, s.1-164, 2006.
8. M-POHL. The Vienna Statement on the measurement of population and organizational health literacy in Europe. Vienna, 2018.

9. International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO). International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (OHL-Hos) SAT-OHL-Hos-v1.1-EN- International. Vienna: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH); 2019.
10. M-POHL. Concept Note For a WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL Network) within the European Health Information Initiative (EHII). Vienna, 2018.
11. Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health. 2012; 12(80):1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80> (Erişim 20.06.2021)
12. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. Turkish Journal of Public Health, 2014; 12(11):61-68. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/152891> (Erişim: 16.07.2021)
13. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçölür? Dokuz Eylöl Üniversitesi Hemşirelik Faköltesi Elektronik Dergisi, 2016; 9(4):142-147. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/752999> (Erişim: 12.09.2021)
14. Simond KS. Health Education as Social Policy. University of Michigan, 1974. <https://doi.org/10.1177%2F10901981740020S102>
15. Durmaz Y, Yayan EH, Sezgin D, Yakıncı C. Sağlık Personelinin ‘Sağlık Okuryazarlığı’ Kavramı Hakkındaki Bilgi Dölzeyi. Konuralp Tıp Dergisi, 2016; 8(2): 114-117. [https://konuralptipdergi.duzce.edu.tr/Dokumanlar/konuralptipdergi/sayi8-2/07\\_KTD-2016-8-2.pdf](https://konuralptipdergi.duzce.edu.tr/Dokumanlar/konuralptipdergi/sayi8-2/07_KTD-2016-8-2.pdf) (Erişim: 12.12.2021)

16. Institute of Medicine (IOM). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. s.1-16, Washington DC, The National Academies Press, 2004.
17. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. TAF Prev Med Bull, 2016; 15(1): 69. DOI: 10.5455/pmb.1-1448870518 (Erişim 06.04.2021)
18. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health Literacy: What Is It? Journal of Health Communication, 2010; 15:9-19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
19. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;8(3):575-581. <https://doi.org/10.31832/smj.453846>
20. [Australian Open Disclosure Framework \(safetyandquality.gov.au\)](https://www.safetyandquality.gov.au) (Erişim: 14.03.2022)
21. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine, 2011;155: 97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
22. World Health Organization. Acting together–WHO National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDPs) Address Health Literacy Needs in the European Region. Public Health Panorama 2019;5(2-3):123-329.
23. Yardan ED, Bölükbaşı FD, Aydın GZ. Sağlık Okuryazarlığı ve Başarılı Yaşlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Bildiri Kitabı s. 1796- 1807, 2018.
24. Görgün BA. Yaşlılıkta Sosyalleşme ve Yaşam Kalitesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008; 1(2):86-97.

25. Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? Bmj, 2005; 331(7531):1548-1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>
26. Hazer O, Özsungur F. Başarılı Yaşlanma Ölçeği (BYÖ) Türkçe Versiyonu. International Journal of Education Technology and Scientific Researches, 2017;2(4):184-206. ISSN: 2587-0238
27. Tözün M, Sözman MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. Smyrna Tıp Dergisi, 2015;2:48-54.
28. Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014;13(4):321-326. <https://doi.org/10.5455/pmb1-1402386162>
29. Akbulut Y. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık okuryazarlığı. Ankara Üniversitesi Basımevi, 2015;455(3):113-132.
30. Zuercher E, Diatta ID, Burnand B, Peytremann-Bridevaux I. Health Literacy and Quality of Care of Patients With Diabetes: A Cross-Sectional Analysis. Primary Care Diabetes, 2017;11(3):233-240. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2017.02.003>
31. Warsame F, vd. Limited Health Literacy and Adverse Outcomes Among Kidney Transplant Candidates. American Journal of Transplantation, 2018;19(2):457-465. <https://doi.org/10.1111/ajt.14994>
32. Home - National Academy of Medicine (nam.edu) (Erişim 21.03.2022)
33. [A Global Leader for Health Care Quality and Patient Safety | Joint Commission International](#) (Erişim 10.03.2022)
34. Akalın E, Durusu Tanrıöver M, Sayran F. Sürdürülebilir Sağlık Sistemi için Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü. s.529, İstanbul, Sis Matbaacılık, Yayın No: TÜSİAD 2012.



35. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık-Sen Yayınları, Birinci baskı, Ankara, 2014.
36. HLS-EU Consortium. Health Literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (The European Journal of Public Health, 2015;25(6):1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
37. Teleş M, Kaya S. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Çeşitli Kişi ve Kuruluşların Rollerini. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 11-13 Ekim, Bodrum-Muğla, Bildiri Kitabı s.1787-1795,2018.
38. Prince LY. Assessing Organizational Health Literacy at an Academic Health Center: A Quantitative Research Study. University of Arkansas, Bachelor of Business Admin. Dissertation, US, 2017.
39. Koh HK, Berwick DM, Clancy CM, Baur C, Brach C, Harris LM, Zerhusen EG. New federal policy initiatives to boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly crisis care. Health Aff, (Millwood). 2012; 31(2):434–443. <https://dx.doi.org/10.1377%2Fhlthaff.2011.1169>
40. Koh HK, Brach C, Harris LM, Parchman ML. A proposed ‘health literate care model would constitute a systems approach to improving patients’ engagement in care. Health Aff (Millwood). 2013;32(2):357–367. <https://dx.doi.org/10.1377%2Fhlthaff.2012.1205>
41. Groene OR, Rudd R. Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: Navigation, written and oral communication in ten hospitals in Caalonia, Spain. Journal of Communication in Healthcare. 2011;4,227-237. <https://doi.org/10.1179/1753807611Y.0000000005>

42. Jukkala A, Deupree JP, Graham S. Knowledge of limited health literacy at an academic health center, *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2009;40:298-302. <https://doi.org/10.3928/00220124-20090623-01>
43. Weaver NL, Wray RJ, Zellin S, Gautam K, Jupka K. Advancing organizational health literacy in health care organizations serving high-needs populations: A case study. *Journal of Health Communication*. 2012;17:55-66. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.714442>
44. Hayran O, Ozer O. Organizational Health Literacy as a Determinant of Patient Satisfaction. *Public Health*, 2018;163:20-26. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.06.011>
45. Prince L, Schmidtke C, Beck JK, Hadden KB. An Assessment of Organizational Health Literacy Practices at an Academic Health Center. *Quality Management in Health Care*, 2018;27(2):93-97. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000162>
46. Kowalski C, Lee SY, Schmidt A, Wesselmann S, Wirtz MA, Pfaff H, Ernstmann N. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC Health Services Research*. 2015;15:47. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5>
47. Palumbo, R. Designing Health-literate Health Care Organization: A Literature Review. *Health Services Management Research*, 2016;29(3):79-87. <https://doi.org/10.1177%2F0951484816639741>
48. [HHS.gov](https://www.hhs.gov) (Erişim 10.03.2022)
49. Kutlu G, Akbulut Y. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Politikalarının Hastaneler Açısından Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2019;11(1): 132-143. <https://doi.org/10.18521/ktd.410677>

- 50.** Kripalani S, Jacobson TA, Mugalla IC, Cawthon CR, Niesner KJ, Vaccarino V. Health Literacy and the Quality of Physician- Patient Communication During Hospitalization. *Jrnl of Hos. Med.* 2010;5:269-275. <https://doi.org/10.1002/jhm.667>
- 51.** Brega AG. et all. Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures with Expert Consensus. *Health Literacy Research and Practice*, 2019; 3(2):127-146. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190503-0>
- 52.** Bremer D, Klockmann I, Jaß L, Härter M, von dem Knesebeck O, Lüdecke D. Which criteria characterize a health literate health care organization? – a scoping review on organizational health literacy. *BMC Health Services Research*.2021; 21:664, s.2-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06604-z>
- 53.** Lubash JS, Voit-Barbarowicz M, Erntmann N, Kowalski C, Brütt AL, Ansmann L. Organizational Health Literacy in a Hospital-Insights on the Patients' Perspective. *Int. J of Environmental Research and Public Health*, 2021;18,12646. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312646>
- 54.** De Gani SM, Nowak-Flück D, Nicca D, Vogt D. Self-Assessment Tool to Promote Organizational Health Literacy in Primary Care Settings in Switzerland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9497. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249497>
- 55.** Livandis-Toman J, Burke NJ, Napoles A, Kaplan CP. Health Literate Organizations: Are Clinical Trial Sites Equipped to Recruit Minority and Limited Health Literacy Patients? *J Health Disper Res Pract*, 2014;7(4):1-13. PMID: 26295011 PMCID: [PMC4540367](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26295011/)
- 56.** Pelikan JM, Dietscher C. Why should and how can hospitals improve their organizational health literacy? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2015; 58(9):989-95. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2206-6>

57. Ernstmann N, Hallbach S, Kowalski C, Pfaff H, Ansmann L. Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 2017;121:58-63. doi: 10.1016/j.zefq.2016.12.008
58. Wieczorek CC, Ganahl K, Dietscher C. Improving Organizational Health Literacy in Extracurricular Youth Work Settings. *Health Lit Res Pract*, 2017;1(4):233-238. doi: 10.3928/24748307-20171101-01
59. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision and Financing*. 2018;55:s.1-17. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
60. Lloyd J, Dougherty L, Dennis S, Attenbrow H, Harris E, Wise M, Harris M. Culturally Diverse Patient Experiences and Walking Interviews: A Co-Design Approach to Improving Organizational Health Literacy. *Health Lit Res Pract*, 2019;3(4):238-242. doi: 10.3928/24748307-20190828-01
61. Vamos CA, Thompson EL, Griner SB, Liggett LG, Daley EM. Applying Organizational Health Literacy to Maternal and Child Health. *Matern Child Health J*. 2019;23(5):597-602. doi: 10.1007/s10995-018-2687-7
62. Wray R vd. Enhancing organizational health literacy in a rural Missouri clinic: a qualitative case study. *Int J Health Care Qual Assur*, 2019; 32(5):788-804. doi: 10.1108/IJHCQA-05-2018-0131
63. Meggetto E, Kent F, Ward B, Keleher H. Factors influencing implementation of organizational health literacy: a realist review. *J Health Organ Manag*, 2020. DOI: 10.1108/JHOM-06-2019-0167

- 64.** Aaby A, Simonsen CB, Ryom K, Maindal HT. Improving Organizational Health Literacy Responsiveness in Cardiac Rehabilitation Using a Co-Design Methodology: Results from The Heart Skills Study. *Int J Environ Res Public Health*, 2020;17(3):1015. doi: 10.3390/ijerph17031015
- 65.** Charoghchian Khorasani E, Tavakoly Sany SB, Tehrani H, Doosti H, Peyman N. Review of Organizational Health Literacy Practice at Health Care Centers: Outcomes, Barriers and Facilitators. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(20):7544. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207544>
- 66.** Rathmann K, Vockert T, Wetzel LD, Lutz J, Dadaczynski K. Organizational Health Literacy in Facilities for People with Disabilities: First Results of an Explorative Qualitative and Quantitative Study. *Int J Environ Res Public Health*, 17(8):2886. doi: 10.3390/ijerph17082886
- 67.** Aaby A, Palner S, Maindal HT. Fit for Diversity: A Staff-Driven Organizational Development Process Based on the Organizational Health Literacy Responsiveness Framework. *Health Lit Res Pract*. 2020;4(1):79-83. doi: 10.3928/24748307-20200129-01.
- 68.** Bonaccorsi G vd. Health-Literate Healthcare Organizations and Quality of Care in Hospitals: A Cross-Sectional Study Conducted in Tuscany. *Int J Environ Res Public Health*, 2020;17(7):2508. doi: 10.3390/ijerph17072508
- 69.** Aydın Büyük S, Şener E, Güngör Ketenci P, Öztürkan Erdek F, Aras Balcı Z, Öztekin Ö, Güner S, Alp İ. Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı Olgusuna İlişkin Bir Durum Çalışması: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir İnceleme. 2020;23(4):587-604.
- 70.** Kruzliakova N, Porter P, Ray PA, Hedrick V, Brock DJ, Zoellner J. Understanding and Advancing Organizational Health Literacy Within a Public Health Setting. *Health Lit Res Pract*. 2021;5(1):35-38.  
doi: 10.3928/24748307-20210114-01.

71. Sentell T, Foss-Durant A, Patil U, Taira D, Paasche-Orlow MK. Organizational Health Literacy: Opportunities for Patient-Centered Care in the Wake of COVID-19. *Qual Manag Health Care*. 2021;30(1):49-60. doi: 10.1097/QMH.0000000000000279
72. Mehlis A, Locher V, Hornberg C. Barriers to Organizational Health Literacy at Public Health Departments in Germany. *Health Lit Res Pract*. 2021;5(3):264-271. doi: 10.3928/24748307-20210809-01
73. Palumbo R. Leveraging Organizational Health Literacy to Enhance Health Promotion and Risk Prevention: A Narrative and Interpretive Literature Review. *Yale J Biol Med*. 2021;94(1):115-128. PMID: PMC7995945
74. Grabeel KL, Heidel RE, Oelschlegel S, Rudd R. Collaborative Updating of an Organizational Health Literacy Tool Confirms Medical Librarians' Leadership Roles. *Health Info Libr J*. 2021. DOI: 10.1111/hir.12390
75. Mehlis A, Locher V, Hornberg C. Organizational Health Literacy of German Public Health Departments (OHL-PH): Development of a Conceptual Model Employing Expert Interviews. *Gesundheitswesen*, 2021. doi: 10.1055/a-1510-8799
76. Kaper MS, Sixsmith J, Reijneveld SA, Winter AF. Outcomes and Critical Factors for Successful Implementation of Organizational Health Literacy Interventions: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*, 2021; 18(22):11906. doi: 10.3390/ijerph182211906
77. Charoghchian Khorasani E, Sany SBT, Mahdizadeh M, Doosti H, Tehrani H, Mogzi M, Jafari A, Peyman N. Attributes of Organizational Health Literacy in Health Care Centers in Iran: A Qualitative Content Analysis Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):2310. doi: 10.3390/ijerph19042310

78. Sur H. Türkiye’de Üniversite Hastanelerinde Ölçek Ekonomileri Yaklaşımına Bakışlar. TC Üsküdar Üniversitesi, 2018.
79. [Sağlık Bakanlığı \(saglik.gov.tr\)](http://saglik.gov.tr) (Erişim: 10.03.2022)
80. [Healthcare Information and Management Systems Society | HIMSS](http://Healthcare Information and Management Systems Society | HIMSS) (Erişim: 10.03.2022)
81. [EMRAM Nedir? \(saglik.gov.tr\)](http://EMRAM Nedir? (saglik.gov.tr)) (Erişim: 10.03.2022)
82. Craig, J, Petterson V. Introduction to the Practice of Telemedicine. Journal of Telemedicine and Telecare, 2005;11(1):3–9.  
<https://doi.org/10.1177%2F1357633X0501100102>
83. Patrick K, Griswold WG, Raab, F, Intille SI. Health and the Mobile Phone. American Journal of Preventive Medicine, 2008;35(2):177-181.  
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.05.001>
84. Franco M, Tursunbayeva A. Mobile Technology and Public Health Organisational System. Emergent Issues in Management, 2014;1:80-89.  
<https://doi.org/10.2196/resprot.5421>
85. Coşkun MB. Türk Kamu Yönetimi Perspektifinden E-Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikalarındaki Yeri Üzerine Bir İnceleme. Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 2018;16(1):289-302.  
<https://doi.org/10.11611/yead.373540>
86. Linn RL. Educational Measurement. Third Edition. American Council on Education Series on Higher Education, Phoenix, Oryx Press, 3rd ed.1993.
87. Lord FM, Novick MR. Statistical Theories of Mental Test Scores. s.20-2, US, Age Publishing Inc., 2018.

88. Terlemez L, Kümeleme Analizi ile Avrupa Birliğine Aday Ülkelerin Ekonomik Duumlarının İncelenmesi. Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, ss.1-5, 2001.
89. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2012.
90. Clarke LA, Watson D. Constructing Validity: Basic Issues in Objective Scale Development. American Psychol. Assoss., 1995;7(3):309–19. <https://doi.org/10.1037/14805-012>
91. Croker L, Algina J. Introduction to Classical and Modern Test Theory. s.1-20, FL, 1986.
92. Çüm S, Koç N. Türkiye’de Psikoloji ve Eğitim Bilimleri Dergilerinde Yayımlanan Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Çalışmalarının İncelenmesi. Eğitim Bilimleri ve Uygulama, 2013; 12(24):115-135.
93. Delice A, Ergene Ö. Investigation of Scale Development and Adaptation Studies: An Example of Mathematics Education Articles. Karaelmas Journal of Educational Sciences. 2015;3:60-75.
94. Erkuş A. Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-1: Temel Kavramlar ve İşlemler. Pegem Akademi, 5.Baskı, Ankara, 2012.
95. Karagöz Y. SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik. Birinci basım, Ankara, Nobel Yayıncılık, 2014.
96. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. Psychometrika. 1951;16:297-334.
97. Deniz KZ. Psikolojik Ölçme Aracı Uyarlama. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, 2007; 40(1):1-16.



- 98.** Likert R. A Technique For the Measurement of Attitudes. Archives of Psychology, 1932; 22(140): 55.
- 99.** Krosnick JA, Presser S. Question and questionnaire design. San Diego, CA, Handbook of Survey Research. 2009; s.263–314.
- 100.** Rhemtulla M, Brosseau-Liard PÉ, Savalei V. When Can Categorical Variables be Treated as Continuous? A Comparison of Robust Continuous and Categorical SEM Estimation Methods Under Suboptimal Conditions. Psychol Methods. 2012;17(3): 354–373. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0029315>
- 101.** Viswanathan M. Understanding the intangibles of measurement in the social sciences. s.285-313, London, The SAGE handbook of measurement, 2010.
- 102.** Morrison JT. Evaluating Factor Analysis Decisions for Scale Design in Communication Research. Communication Methods and Measures, 2009;3(4):195–215. <https://doi.org/10.1080/19312450903378917>
- 103.** Carpenter S. Ten Steps in Scale Development and Reporting. Communication Methods and Measures. 2017;12(1):25-44. <https://doi.org/10.1080/19312458.2017.1396583>
- 104.** Chaffee SH. Explication. Sage Publications, Inc. s. 1–42, Beverly Hills, CA, 1991.
- 105.** Cronbach LJ, Meehl PE. Construct Validity in Psychological Tests. Psychological Bulletin, 1955;52(4):281-302. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0040957>
- 106.** Kline P. Handbook of Psychological Testing. p.752, 2nd Ed, London, Taylor & Francis Group, 2000. <https://doi.org/10.4324/9781315812274>
- 107.** Hinkin TR. A Review of Scale Development Practices in the Study of Organizations. J Manag 1995;21(9):67–88. <https://doi.org/10.1177%2F014920639502100509>

- 108.** Hunt SD. Truth in Modern Marketing Theory and Research. *Journal of Marketing*, 1990;54(3):1-15. <https://doi.org/10.1177%2F002224299005400301>
- 109.** Raykov T, Marcoulides GA. *Introduction to Psychometric Theory*. 1st Ed, NY, Routledge, Taylor & Francis Group, 2011. <https://doi.org/10.4324/9780203841624>
- 110.** Morgado FFR, Meireles JFF, Neves CM, Amaral ACS, Ferreira MEC. Scale Development: Ten Main Limitations and Recommendations to Improve Future Research Practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2017;30(3):1-20. <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0057-1>
- 111.** Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*. 2018;6:149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- 112.** Kline R. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. s.171-207 In: Petscher Y, Schatschneider C, Compton DL, *Applied Quantitative Analysis Education and the Social Sciences*, NY, USA, Routledge(s. 171–207). New York, NY, USA: Routledge, 2013.
- 113.** Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*. s.262, 6th ed, London, 2016.
- 114.** Lavrakas PJ. *Encyclopedia of Survey Research Methods*. p.524-527, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2008.
- 115.** Baştürk S, Taştepe M. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, 1.baskı. Ankara, Vize Yayıncılık, s.129-157, 2013.
- 116.** Guadagnoli E, Velicer WF. Relation of Sample Size to the Stability of Component Patterns. *Am Psychol Assoc*. 1988;103(2): 265–275. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.103.2.265>

- 117.** Yurdağül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. 14. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, s.1-6, 2005 28-30 Eylül, Denizli, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 2005.
- 118.** McGartland RD, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying Content Validity: Conducting a Content Validity Study in Social Work Research. *Social Work Research*, 2003; 27(2): 94-104.
- 119.** Lawshe CH. A Quantitative Approach to Content Validity. *Personnel Psychology*. 1975; 28:563–575. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- 120.** Veneziano L, Hooper J. A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 1997;21(1):67-70.
- 121.** Norris M, Lecavalier L. Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Developmental Disability Psychological Research. *J.Autism & Dev. Dis.* 2010;40:8-20. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0816-2>
- 122.** Costello AB, Osborne J. Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most from Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 2005;10(7):1–9. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>
- 123.** Ford JK, MacCallum RC, Tait M. The Application of Exploratory Factor Analysis in Applied Psychology: A Critical Review and Analysis. *Personnel Psychology*, 1986;39(2) 291–314. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1986.tb00583.x>
- 124.** Haig BD. Exploratory Factor Analysis, Theory Generation, and Scientific Method. In: *Method Matters in Psychology. Studies in Applied Philosophy, Epistemology and Rational Ethics*, vol 45. Springer, Cham, 2005. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-01051-5\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-030-01051-5_4)

- 125.** Pett MA, Lackey NR, Sullivan JL. Making Sense of Factor Analysis. The Use of Factor Analysis for Instrument Development in Health Care Research. s.1-10, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, Inc, 2003.
- 126.** Preacher KJ, MacCallum RC. Repairing Tom Swift's Electric Factor Analysis Machine. *Understanding Statistics*, 2003;2(1):13-43. [https://doi.org/10.1207/S15328031US0201\\_02](https://doi.org/10.1207/S15328031US0201_02)
- 127.** Levine T, Hullett CR, Turner MM, Lapinski MK. The Desirability of Using Confirmatory Factor Analysis on Published Scales. *Communication Research Reports*, 2006; 23(4):309-314. <https://doi.org/10.1080/08824090600962698>
- 128.** Tan Ş. KR-20 ve Cronbach Alfa Katsayılarının Yanlış Kullanımları. *Eğitim ve Bilim*, 2009;34(152). ISSN 1300-1337
- 129.** Şencan H. Güvenilirlik ve Geçerlilik. s.288-290, birinci baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005.
- 130.** Bryman A, Cramer D. Quantitative Data Analysis with SPSS Release 10 for Windows: A Guide for Social Scientists. s.320, 1st ed. London, Routledge, 2001. <https://doi.org/10.4324/9780203471548>
- 131.** Sharma S. Applied Multivariate Techniques. NY, USA. Jhonn Wiley and Sons Inc. 1996.
- 132.** Evans JD. Straightforward Statistics for the Behavioral Sciences. Washington DC, Thomson Brooks/Cole Publishing, 1996.
- 133.** Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri. *Tür. Klinikleri J Med Sci*. 2013;33(1):210-23. <https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26747>
- 134.** Özdamar K. Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi. Eskişehir: Nisan Kitabevi; 2016.
- 135.** Akgül A, Çevik O. İstatistiksel Analiz Teknikleri. Ankara: Emek Ofset; 2003

- 136.** Hair JF, Anderson RE, Tahtam RL, Black WC. *Multivariate Data Analysis*. 5th ed. NJ: Prentice Hall; 1998
- 137.** Özer O. Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı ile Hizmet Sundukları Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı ve Hasta Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 72, İstanbul, 2018.
- 138.** Trezona A, Dodson S. & Osborne R H. Development of the Organizational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Serv Res*. 2018;17(20): 694. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3499-6>
- 139.** Ozgen Narci H, Ozcan Y, Şahin İ et al. An examination of competition and efficiency for hospital industry in Turkey. *Health Care Manag Sci*. 2015; (18); 407–418. <https://doi.org/10.1007/s10729-014-9315-x>

## 10.EKLER

### Ek:1 KSOY Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket Sağlık Yönetimi Doktora tezi için; tez konusu olan 'İSTANBUL İLİNDE BULUNAN YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ KURUMSAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ – TÜRKİYE İÇİN ÖZEL ÖLÇEK GELİŞTİRİLMESİ' konusunun araştırılması ve sektör için olası çözüm önerileri geliştirilmesi için yapılmaktadır. Sizin ankette yer almanız sektörde çalışmakta olan bir profesyonel olmanız nedeniyledir. Vereceğiniz bilgiler üçüncü şahıslarla hiçbir şekilde paylaşılmayacak, kimlik bilgilerinize yer verilmeyecek, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Katılmayı uygun görmeniz halinde aşağıdaki soruları içtenlikle cevaplamanız bizi çok sevindirecektir. Katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Saygılarımızla,  
İstanbul Medipol Üniversitesi

#### Sağlık Okuryazarlığı (SOY) Nedir?

Sağlık okuryazarlığı, en basit şekliyle kişilerin mesela ilaç prospektüsünü okuyup anlayabilme ve uygulayabilme, doktorun söylediklerini anlayabilme ve uygulayabilme derecesi şeklinde açıklanabilir.

#### Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı (KSOY) Nedir?

En basit şekliyle kişilerin, hastanede yollarını kolay bulabilmeleri için gerekli yönlendirmeler var mı, anlayamadıkları konularda yardım veriliyor mu, hastane engelli olanlara uygun mu gibi konuların tamamı bir hastanenin kurumsal sağlık okuryazarı bir kurum olup olmadığının göstergesidir.

#### DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz:

1- Erkek                      2- Kadın

2. Yaşınız:

1- < 30 yaş                      2- 30-49 yaş arası                      3- 50-69 yaş arası                      4- 70 yaş ve üzeri

3. Medeni Durumunuz:

1- Evli                                      2- Bekar, boşanmış, dul

4. Öğrenim durumunuz:

1- İlköğretim                      2- Ortaöğretim                      3- Lise                      4- Üniversite

#### ÇALIŞILAN KURUMLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

5. Kurumunuzun sahiplik yapısı:

1- Özel Sektör                      2- Kamu Sektörü                      3- Vakıf                      4- Diğer

6. Kurumunuz kaç yıldır sektörde faaliyet göstermektedir?

1- 0-4 yıl arası                      2- 5-9 yıl arası                      3- 10-14 yıl arası                      4- 15-19 yıl arası                      5- 20 yıl ve üzeri

7. Kurumunuzda kurumsal sağlık okuryazarlığı konusunda çalışma yapan ayrı bir bölüm var mı?

1- Var                                      2- Yok

8. Kurumunuzda, kurumsal sağlık okuryazarlığı konusunda ne gibi faaliyetler yürütülmektedir?

**KURUMSAL SAĞLIK OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ**

Aşağıda yer alan maddelerden kurumunuzda uygulanmakta olanları, hangi oranda önem verildiğine göre seçmeniz beklenmektedir. Her bir madde olumludan olumsuz doğru 7'den 1'e kadar derecelendirilmiştir. Her bir maddeyi okuyarak size uygun gelen derecelendirmenin bulunduğu parantez içine çarpı işareti (x) koyarak değerlendirmeniz beklenmektedir.

**Önem Derecesi**

<b>Kurumunuzda, Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı (KSOY)</b>	<b>Çok Önemlidir</b>	<b>Oldukça önemlidir</b>	<b>Önemlidir</b>	<b>Kararsız m</b>	<b>Önemli sayılabilir</b>	<b>Pek de önemli değildir</b>	<b>Hiç önemi yoktur</b>	<b>Fikrim yok</b>
1. KSOY, misyon, politika, plan ve programlarda yer alarak öncelikli bir kurum kültürü haline gelmiştir	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
2. KSOY'ndan sorumlu bir üst düzey yetkili ve komite bulunmaktadır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
3. KSOY'nın uygulanması, ölçülmesi ve iyileştirilmesi için net hedefler ve teşvikler düzenli olarak belirlenmektedir	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
4. KSOY hedeflerinin gerçekleşmesi için insan kaynağı, altyapı ve finansman desteği sağlanmaktadır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
5. KSOY, kalite yönetiminin bir parçası durumdadır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
6. KSOY tüm planlama süreçlerine entegre edilmiştir	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
7. KSOY ölçümleri kurumunuzda düzenli olarak yapılmaktadır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
8. KSOY konusunda uzman eğitmenler bulunmakta ve sağlık okuryazarlığı müfredatı belirlenmektedir	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
9. Sağlık okuryazarlığı çalışmaları yürütürken uzman ve eğitimcilerden ve kasıtlı sağlık okuryazarı bireylerden destek alınmaktadır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
10. Hastalardan düzenli olarak sunulan hizmet, yazılı dokümanlar ve kullanılan araç gereç ile ilgili geri bildirim alınmaktadır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
11. Alınan geri bildirimlere göre yeniden tasarlama yapılmaktadır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
12. Kurumda her eğitim düzeyindeki kişiye hitap edebilecek bir ortam yaratılmıştır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
13. Hastalardan engelliler, yaşlılar, azınlıklar, dil sorunu olanlara ekstra yardım sağlanmaktadır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
14. Kurumda etkili iletişim bir önceliktir ve hastaların görüş ve değerlerine önem veren bir kurum kültürü sağlanmıştır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
15. Hasta memnuniyeti anketlerinin, günlük konuşma dilinde ve kolay bir şekilde tasarlanmasına önem verilmekte ve rutin geri bildirim alınmaktadır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
16. Hasta ve çalışanlara karşı; kültür, yaşam, gelenek, inanç vb. farklılıklar nedeniyle ön yargılı davranışlara yer verilmemektedir	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
17. Hastaların kendi sağlıkları konusunda bilinçli karar verebilmeleri için gerekli bilgilendirmeler yapılmaktadır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
18. Farklı iletişim tercihleri (mesela test sonuçlarının kime iletileceği) öğrenilmektedir	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
19. Farklı dil konuşan hastalar için tercüman desteği verilmektedir	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
20. Farklı kültür ve etnik kökendeki hastalar için farklı yaklaşımlar bulunmaktadır	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
21. İletişim hatalarının hasta güvenliği sorunu haline geldiği bilinmektedir	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
22. Yazılı verilen mesajlar bir kez de sözlü olarak	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

<i>anlatılmaktadır</i>								
23. <i>Binanın dışından hastanenin adı açıkça görülmektedir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
24. <i>Hastane kompleksinde birden fazla bina varsa, dışarıda yönlendirme tabelaları mevcuttur</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
25. <i>Binanın tasarımı insanların yollarını kolay bulabilecekleri şekildedir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
26. <i>Binanın girişinde danışma bulunmaktadır</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
27. <i>Danışmada görevli personel nazik ve ilgili olup gerektiğinde yol göstermektedir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
28. <i>Levha, işaretler ve semboller kolay anlaşılır bir şekilde ve en çok kullanılan dillerdedir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
29. <i>Levha, işaret ve semboller doğru yükseklikte ve doğru yerdedir.</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
30. <i>Levha, işaret ve semboller doğru renk ve doğru fonttadır</i>								
31. <i>Renk kodları binanın içinde yol bulmayı kolaylaştıracak şekildedir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
32. <i>Engelliler için gerekli düzenlemeler bulunmaktadır</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
33. <i>Santral görevlilerine Sağlık Okuryazarlığı kısıtlı olan bireylere hitap edebilmek için gerekli eğitimler verilmektedir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
34. <i>Santral görevlileri kurum kültürünü yansıtabilecek şekilde eğitilmektedir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
35. <i>Birbirleriyle ilişkili servislere aynı binada yer verilmiştir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
36. <i>Hastalara taburcu sonrası gerekli olacak doktor, tanı merkezi, fizik tedavi merkezi gibi yerlerden randevu almak için yardım edilmektedir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
37. <i>Sevk edilen hastalar takip edilmektedir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
38. <i>Sağlık sigortası ile ilgili ilişkiler konusunda yardımcı olunmaktadır</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
39. <i>Hastaların kendi sağlıkları ile bilgilere kolayca ulaşabilecekleri web sayfaları bulunmaktadır</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
40. <i>Hastaların kendi sağlık durumlarını izledikleri uygulamalar kolay anlaşılabilir ve kolay kullanılabilir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
41. <i>Kafeterya ya da hasta odalarında bulunan menülerde yiyeceklerin kalori değerleri ve besin bilgileri yer almaktadır</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
42. <i>Kısıtlı Sağlık Okuryazarı olan kişiler için video, podcast, çizgi film vb. çeşitlilikte materyaller vardır</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
43. <i>Tüm medya materyalinin, değişik eğitim seviyesindeki kullanıcılar tarafından anlaşılır anlaşılmadığının değerlendirilmesi yapılmaktadır</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
44. <i>Tüm medya materyalleri amacına yönelik olarak, günlük konuşma dilinde hazırlanmıştır</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
45. <i>Tüm medya materyallerinde dikkati dağıtmamak için kısıtlı sayıda mesaj basit görsellerle verilmektedir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
46. <i>Kullanılan formların birkaç dilde hazırlanmasına özen gösterilmektedir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
47. <i>Hastanede riskli durumların neler olduğu iletişim planlamasına dahil edilmiş ve gerekli kaynak ayrılmıştır</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
48. <i>Hastalara, hasta hakları, tedavi planı ve olası riskleriyle ilgili ayrıntılı bilgi verilmektedir</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
49. <i>Hastalara, ilaç kullanımı ile ilgili ayrıntılı açıklama yapılmaktadır</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
50. <i>Tedavi giderlerinin sigorta/cepten ödeme oranları hastaya açık olarak anlatılmaktadır</i>	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

ANKET BİTTİ. DEĞERLİ KATKILARINIZ İÇİN ÇOK TEŞEKKÜRLER



## Ek:2 Gözlem Formu

### KURUMSAL SAĞLIK OKURYAZARLIK GÖZLEM FORMU

Puanlama için en yüksek 3 en düşük 1 şeklinde puanlamanız beklenmektedir. Yani;

3 Puan: Bu vardır /işlevseldir/ başarılıdır/çok iyidir

2 Puan: Bu vardır ancak gelişmesi gereken yönleri bulunmaktadır

1 Puan: Bu yapılmamıştır/yoktur/başarısızdır/kötüdür

**Hastanenin İsmi:**

**Ziyaret Tarihi ve saati:**

**Ziyaret Eden Kişi:**

#### *WEB Sitesi*

3 2 1

1. Kurumun web sitesi ana sayfası genel görünüm olarak kullanıcı dostudur
2. Kurumun web sitesi ana sayfasında menü seçenekleri bulunmaktadır
3. Kurumun web sitesi ana sayfasında iletişim seçeneği kolayca bulunabilmektedir
4. İletişim seçeneğinde yürüyerek, araba ve toplu taşıma ile gelecekler için farklı yönlendirmeler bulunmaktadır
5. İletişim seçeneğinde otopark bilgisi yer almaktadır
6. İletişim seçeneğinde harita yönlendirmesi bulunmaktadır
7. Kurumun web sitesinden randevu alınabilmektedir
8. Kurumun web sitesinde kurumda çalışan doktorların isimleri, kısaca tanıtıcı bilgileri ve uzmanlık alanları belirtilmiştir
9. Kurumun web sitesinde farklı dil seçenekleri mevcuttur
10. Kurumun web sitesinde, ihtiyaç halinde online destek alınabilecek bir seçenek mevcuttur
11. Kurumun web sitesinde çıktı alma seçeneği vardır
12. WEB sitesi araştırması sonucunu genel olarak değerlendiriniz

#### *Yönlendirme Sistemi*

3 2 1

#### *Telefon Sistemi*

13. Kurum telefonla arandığında telefon açılmadan önce bekleme süresi azdır
14. Kurumda telefona otomatik santral sistemi cevap verdiyse, santral görevlisine ulaşma seçeneği vardır
15. Santral görevlisine ulaşmak için dinlenmesi gereken menü seçenekleri sayıca az ve kolay anlaşılırdır
16. Otomatik santral sistemi kullanılacaksa, ilgili birime ulaşmak için seçenekler sayıca az ve kolay anlaşılırdır
17. Kurumun otomatik santral sisteminde Türkçe haricinde bir dil seçeneği vardır
18. Otomatik santral sisteminde menüyü tekrar dinleme seçeneği vardır
19. Telefonda verilen bilgiler (otomatik santral sistemi ya da santral görevlisi tarafından) kolay anlaşılabilir hızda ve günlük konuşma dilindedir
20. Santral görevlisi Türkçe haricinde bir dil konuşabilmektedir

- 
21. Santral görevlisinin ses tonu sıcak ve yardımcıdır
  22. Arama genel olarak başarılı sonuçlanmıştır
- 

### *Hastanenin Girişi*

---

23. Kurumun ismi binanın dışında açıkça yazmaktadır
  24. Bütün giriş tabelaları caddeden görülmektedir
  25. Tabelalar anlaşılır bir dilde, fontta ve göz hizasındadır
- 

### *Lobi*

---

26. Lobide hastanenin yerleşim haritası yer almaktadır
  27. Haritada 'şu anda buradasınız' uyarısı bulunmaktadır
  28. Haritaların basılı formları da bulunmaktadır
  29. Lobide danışma masası yer almaktadır
  30. Danışmanın yerini belirten bir tabela bulunmaktadır
  31. Danışmadaki personelin davranış tavrını değerlendiriniz
  32. Danışmadaki personelin konuşma dilinin anlaşılma derecesini değerlendiriniz
  33. Danışmada yabancı dil bilen personel bulunmaktadır
  34. Personelin özel bir üniforması bulunmaktadır
  35. Personelin yakalarında isimlikleri bulunmaktadır
- 

### *Yönlendirme Kolaylığı*

---

36. Yer isimleri birbirleriyle tutarlıdır (örneğin; bir yerde kafeterya yazıp diğerinde cafe yazılmamıştır)
  37. Binanın çeşitli yerlerinde yer alacak işaret sembolleri tutarlı bir şekilde aynı şekildedir (örneğin çıkış için kullanılan sembol tüm çıkışlarda aynı olmalıdır)
  38. Duvarlara asılan yönlendirme tabelaları ve baş üstü tabelaları göz hizasında, büyük ve açıkça görünebilen harflerden oluşmuştur
  39. Tabelalar Türkçe ve İngilizce yazılmıştır
  40. Renk kodları belli bölümlere erişim amacıyla tutarlı biçimde binanın duvarlarında ya da yerlerinde devam etmektedir
  41. Ulaşılmak istenilen bölüme yönlendirme tabelalarıyla ulaşabilme durumunu genel olarak değerlendiriniz
- 

### *Servisler / Bölümler*

---

42. Servisin ya da bölümün ismi açıkça yazılmıştır
  43. Kayıt yaptırma bankosu açıkça görünmektedir
  44. Personel, kayıt sırasında yardımcı olmuştur
  45. Hastalara verilen yazılı materyal, seviye ve kültürel açıdan her eğitim seviyesinden kullanıcı için uygun görünmektedir
  46. Hastalara verilen yazılı materyalin dili Türkçedir ve ikinci bir dil seçeneği mevcuttur
- 

### *Yazılı İletişim*

3 2 1

### *Yazı Tarzı*

---

47. Yazılı materyalde mesaj, özet halinde ana konuyu anlatmaktadır
  48. Bilgiler mantıklı bölümlere ayrılmıştır
  49. Yazım dili günlük konuşma dilindedir
  50. Okuyucunun ilgisini çekebilmek amacıyla ucu açık sorular, doğru/yanlış
-

- 
- seçenekleri veya çoktan seçmeli olarak çeşitli şekillerde düzenlenmiştir
51. Cümleler kısa, basit ve nettir
  52. Eğer tıbbi terimlerin kullanılması gerekiyorsa örneklerle açıklanmıştır
  53. Tüm yazılı materyaller orta derecede okuryazarlık bilgisi gerektirecek şekilde yazılmıştır
- 

#### *Tasarım ve Organizasyon*

---

54. Yazılı materyal kolay anlaşılabilir diye başlıklara, alt başlıklara yer verilmiştir
  55. Bölüm, başlık ve alt başlık işaretleri net anlaşılır bir biçimdedir
  56. Yazılı materyal ilk bakışta düzenli görünmektedir
  57. Yazılı belge gözden geçirmesi kolay grafik tasarımına (kontrastlar, renk, çözünürlük, madde işaretleri olan, ana noktaları vurgulayan yapıda) sahiptir
  58. Madde işaretleri yerinde kullanılmıştır (boyut, şekil, boşluk ve renk olarak)
  59. Açıklayıcı şekiller, şemalar, tablolar, grafikler açıklamalarıyla birlikte yer almaktadır
- 

#### *Fontlar ve Stil*

---

60. Font boyutu en az 12 veya daha büyüktür
  61. Büyük harfler sadece dil bilgisi kurallarının gerektirdiği yerlerde kullanılmıştır
  62. Kelimeler satır sonlarında ayrılmadan yazılmıştır
  63. Yazı rengi ile kağıt rengi kontrast teşkil etmektedir
  64. Yazı; resimlerin ya da görsel materyalin üzerine gelmemiştir
- 

#### *Fotoğraflar, Semboller, Şekiller, Canlandırmalar*

---

65. Belgede fotoğraf, sembol, şekil, desen, canlandırma ve diğer görsellere yer verilerek esas verilecek mesaj kuvvetlendirilmiştir
  66. Yanlış anlaşılmaya sebebiyet vermemek için karikatüre, çizgi karaktere, komik unsurlara yer verilmemiştir
  67. Belgede yer alan görseller günceldir
  68. Belgede yer alan görseller içinde bulunan toplumun değerlerini yansıtmaktadır
  69. Belgede yer alan görsellerde kültürel olarak kabul gören bir dil kullanılmaktadır
  70. Belgede yer alan görsellerde farklılıklara yer verilerek ayrımcılık konusunda hassasiyet duyulduğu anlatılmıştır
- 

#### *Sözlü İletişim*

3 2 1

#### *Konuşma*

---

71. Personel istisnasız herkese yardımcıdır (form doldururken, yol gösterirken)
  72. Personel sözlü iletişimde kısa, net, basit ve günlük konuşma dilinde cümleler kurmaktadır
  73. Personel anadili Türkçe olmayan hastalarla konuşurken konuşma hızını ayarlayarak tane tane konuşmaktadır
  74. Personel, hastanın anlatılanı anlayıp anlamadığını sorgularken 'anladınız
-

- mı?’ yerine ‘anlatabildim mi?’ diye sormaktadır  
75. Personel hastaya ‘Başka sorunuz var mı?’ diye sormaktadır  
76. Eğer varsa personel dvd/video uygulamaları kullanmaktadır  
77. Tercüman bulunmaktadır ya da kısa sürede çağırılabilir mesafededir

## ***Teknoloji***

3 2 1

### ***Televizyon***

78. Hastaların izlemesi için birçok noktada (laboratuvar, bekleme odaları v.b.) televizyon bulunmaktadır  
79. Çeşitli noktalardaki ekranlardan önceden kaydedilmiş eğitici yayın yapılmaktadır  
80. Ekranlardan hastane içinde değişik noktalara erişim ile ilgili bilgiler yayınlanmaktadır

### ***Telefon***

81. Hastane içi telefon sistemi çeşitli noktalarda hastaların kullanımına sunulmaktadır  
82. Hastane içi telefonlardan yol tarifi alınabilmektedir  
83. Hastane içi telefonlardan tercümanlara ulaşılabilir

### ***Bilgisayar***

84. Hastaların kullanımı için çeşitli noktalarda (bekleme salonları, koridorlar, laboratuvarlar v.b.) bilgisayarlar mevcuttur  
85. Bilgisayarlarda yön bulma için seçenek bulunmaktadır  
86. Bilgisayarlarda eğitici programlar bulunmaktadır  
87. Bilgisayarlarda internet bağlantısı bulunmaktadır  
88. Bilgisayarlarda kulaklık takma imkanı mevcuttur

### ***Kiosklar***

89. Hastaların kullanımı için çeşitli noktalarda (bekleme salonları, koridorlar, laboratuvarlar v.b.) kiosklar mevcuttur  
90. Kiosklarda yön bulma için seçenek bulunmaktadır  
91. Kiosklarda eğitici programlar bulunmaktadır  
92. Kiosklarda kulaklık takma imkanı mevcuttur  
93. Kiosklarda medikal kayıtlara ulaşma imkanı mevcuttur  
94. Kiosklarda internet bağlantısı bulunmaktadır

## ***Hatırlatma Sistemleri***

3 2 1

95. Hastalara bir sonraki test veya randevu için hatırlatma telefon/kısa mesaj/e-posta yoluyla yapılır

## 11.ETİK KURUL ONAYI

ISTANBUL MEDİPOL UNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İstanbul İlinde Bulunan Yataklı Tedavi Kurumlarının Kurumsal Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi - Türkiye İçin Özel Ölçek Geliştirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI ADI/SOYADI	Şeyda DÜNDAR. EGE			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

ISTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No:15	Tarih: 07/01/2021				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

ISTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ



Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	Istanbul Medipol Üniversitesi	F <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Prof. Dr. Mete UNGOR	Endodonti	Istanbul Medipol Üniversitesi	F <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Mehmet Kemal OZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	Istanbul Medipol Üniversitesi	F <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Ilknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	F <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Davut TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Istanbul Medipol Üniversitesi	F <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACIHAŞANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	Istanbul Medipol Üniversitesi	F <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	F <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur

\* :Toplantıda Bulunma

COVID-19 (Pandemi) nedeniyle etik kurulumuz sanal olarak toplanmış olup kurul üyelerimizden uygunluk kararı sanal ortamda alınmıştır. Araştırmacı tarafından talep edilirse, COVID-19 (Pandemi) sonrası ıslak imzalı karar formu ayrıca hazırlanabilir.

Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sekreteri  
Bilge KAYA