



**MALATYA MERKEZİNDE BİR SEMT
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN
SAĞLIK OKURYAZARLIK
DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Mehmet Koray ÖZDEMİR

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN**

Yüksek Lisans Tezi- 2019

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MALATYA MERKEZİNDE BİR SEMT POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN HASTALARIN
SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Mehmet Koray ÖZDEMİR

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN

MALATYA

2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

Inönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Mehmet Koray ÖZDEMİR**'in " **Malatya Merkezinde Bir Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler** " konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26/11/2019


Prof. Dr. Ali ÖZER
Inönü Üniversitesi
Jüri Başkanı


Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN
Inönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Tefik OZAN
Fırat Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, Inönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Okuryazarlığı	4
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Kavramlar	5
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	7
2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri	8
2.1.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Etmenler	9
2.1.5. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı.....	11
2.1.6. Türkiye’de Sağlık Okur Yazarlığı	12
2.1.7. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Ölçekler	15
3. MATERYAL VE METOD.....	20
3.1. Araştırmanın Modeli.....	20
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
3.3. Veri Toplama Tekniği.....	20
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	37
KAYNAKÇA.....	38
EKLER.....	44

EK-2. Anket Formu	45
EK-3. Anket Uygulama Onayı.....	48
EK-4. Etik Kurul Onay Formu	49



TEŞEKKÜR

Tüm hayatım boyunca yanımda olan aileme, lisanüstü eğitimim sürecinde geniş bilgi birikimi ve sabırla yanımda olan hocam Sayın Prof. Dr. Erkan Pehlivan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mehmet Koray ÖZDEMİR



ÖZET

Malatya Merkezinde Bir Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler

Amaç: Bu araştırma Malatya merkezinde semt polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Malatya merkezinde semt polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini tespit etmek amacıyla yapılan bu araştırma tanımlayıcı-kesitsel türde bir araştırmadır. Çalışmamızda veri toplama aracı olarak kullandığımız anket formları öncelikle kontrol edildi. Analizler için SPSS (Statistical Package Fort the Social Sciences version 22.0) kullanılmıştır. Çalışmamızdaki nicel değişkenler ortalama±standart sapma, ortanca ile minimum-maksimum, nitel değişkenler sayı ve yüzde ölçütleri ile sunulmuştur. Nicel veri içeren değişkenlere Kolmogorov Smirnov normallik testi uygulanarak normal dağılım göstermediği saptandı ($p<0.05$). Nicel verilerin değerlendirmesinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Nitel verilerin analizinde ise Ki-Kare testi gruplar arasında anlamlılığı belirlemek için kullanılmıştır. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin indeks puan ortalaması $15,85\pm 11,07$ 'dir. Katılımcıların % 78,1'i Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği kategorilerine göre yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinde, % 14,0'ı sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde, %6,3'ü yeterli sağlık okuryazarlığı kategorisinde ve %1,6'sı ise mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmanın cinsiyet, medeni durumun, yaş, eğitim durumu, sağlık kuruluşuna başvurma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeylerinde etkili olduğunu belirlemiş, kronik hastalık olma durumu, kalp hastalığı olma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeylerinde etkili olmadığı belirlemiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Okuryazarlık, Sağlık Okuryazarlığı

ABSTRACT

Health Literacy Levels and Related Factors of Patients Admitted to a District Polyclinic in Malatya Center

Objective: This study was carried out to determine the health literacy levels of the patients who applied to the district polyclinic in Malatya.

Materials and Methods: This is a descriptive and cross-sectional study conducted to determine the health literacy levels of the patients admitted to the district polyclinic in the center of Malatya. In our study, the questionnaire forms we used as data collection tools were checked first. SPSS (Statistical Package For the Social Sciences version 22.0) was used for analysis. In our study, quantitative variables were presented as mean \pm standard deviation, median and minimum-maximum, and qualitative variables were presented as numbers and percentages. Kolmogorov Smirnov normality test was applied to the variables containing quantitative data and it was not found to be normal distribution ($p < 0.05$). Mann Whitney U and Kruskal Wallis analysis of variance were used to evaluate the quantitative data. In the analysis of qualitative data, Chi-square test was used to determine the significance between the groups. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The average score of those surveyed Turkey index of health literacy scale was 15.85 ± 11.07 . 78.1% of respondents in Turkey inadequate health literacy Health Literacy Scale categories according to their category, in the category of limited health literacy-troubled 14.0%, while adequate health literacy in the category of 6.3% and 1.6% excellent health literacy category.

Conclusion: The study determined that gender, marital status, age, educational status, admission to health institution, and health literacy levels were not effective.

Key Words: Health, Literacy, Health Literacy

KISALTMALAR

HALS	: Health Activities Literacy Scale), Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlığı Skalası
NVS	: Newest Vital Sign Test
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
REALM	: Rapid-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi
SKS	: Single Item Literacy Scanner, Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği
TOFHLA	: The Test of Functional Health Literacy in Adults
TOFHLA	: Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi
YİSOT	: The Test of Functional Health Literacy in Adults-

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri.....	21
Tablo 2. Katılımcıların eğitim ve meslek durumuna göre dağılımı	22
Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık durumlarıyla ilgili dağılımlar	23
Tablo 4. Kronik hastalığı olan katılımcıların hastalıklarına ait dağılımlar	23
Tablo 5. Katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğu sağlık kuruluşlarına ait dağılımlar	24
Tablo 6. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin indeks puan ortalaması	24
Tablo 7. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği kategorilerine göre dağılımı.....	24
Tablo 8. Katılımcıların cinsiyet özelliğine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	25
Tablo 9. Katılımcıların cinsiyet özelliğine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin kategorilerine ait dağılımlar**	26
Tablo 10. Katılımcıların yaş özelliğine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	26
Tablo 11. Katılımcıların medeni durumlarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	27
Tablo 12. Katılımcıların medeni durumlarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin kategorilerine ait dağılımlar**	27
Tablo 13. Katılımcıların eğitim durumlarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	28
Tablo 15. Katılımcıların kronik hastalık varlıklarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları indeks puanların karşılaştırılması	29
Tablo 16. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin kategorilerine ait dağılımlar**	30

- Tablo 17.** Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalığa göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları indeks puanların karşılaştırılması 31
- Tablo 18.** Katılımcıların ilk başvurdukları sağlık kuruluşuna göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları indeks puanların karşılaştırılması 31
- Tablo 19.** Katılımcıların ilk başvurdukları sağlık kuruluşu basamağına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları indeks puanların karşılaştırılması32



1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin çeşitliliği her geçen gün artarken, toplumun sağlık kurumlarından beklentileri de sürekli artmaktadır. İnsanların sağlık hizmetleriyle ilişkisin doğumla birlikte ve hatta doğumdan önce başlar ve bu ilişki ömür boyu devam eder. Sağlık hizmetleri kullanımının, başka bir deyişle sağlık hizmetlerine olan bağımlılığın artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin önemi de giderek artmıştır. Sağlık bakım süreçlerinin temel konusunun insan olması, bu süreçte yaşanabilecek bir takım aksaklıkların veya hataların hizmeti kullanan insanların sağlığını olumsuz yönde etkileyecek olması, hatta bazı durumlarda ölümlerle sonuçlanması gibi faktörler de sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayırmakta ve önemini arttırmaktadır (1). Artan bu talebin yanında bireylerin kendi sağlık sorunları ile ilgili bilgileri anlamaları sağlık okuryazarlığı ile olmaktadır (2). Sağlık okuryazarlığı bireylerin kendileri ve çevrelerinde bulunan kişiler için sağlık ile ilgili kararlar alınması sırasında doğru ve etkin kararlar verilebilmesi için sağlık hizmetleri ile ilgili bilgileri alabilme, bu bilgileri işleyerek analiz edebilme becerileridir. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireyler, tedavileri için kendilerine verilen ilaçların içerisinde bulunan talimatları anlayarak bilinçli kullanıcılar olurlar. Ayrıca sağlık kurumları tarafından hazırlanan broşürleri, hastalıkları ile ilgili doktor raporlarını algılayarak, karmaşık gibi görünen sağlık sistemi içerisinde kendileri için önemli ve gerekli olan yöntemleri tespit edebilirler. Bu yönüyle bakıldığında sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarını korumaları, sürdürülebilir bir sağlık seviyesine ulaşmaları için gerekli olan sağlık bilgisine sahip olmalarıdır (3). Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif bir şekilde katılımları; bireyin durumuna göre en ideal olacak tedavi seçeneğinin tercihi, tedavinin yan etkilerinin tespit edilmesi, sağlık hizmetleri kalitesinin yükseltilmesi, daha etkin kaynak tahsisi yapılması gibi konuların yanı sıra hasta güvenliğinin geliştirilmesinde de pozitif bir etkiye sahiptir (4). Günümüzde önemi giderek artan sağlık okuryazarlığı kavramı; kişiye tıbbi bir bilgi sunulduğunda, kişinin bu bilgiyi kavrayıp yorumlayabilmesi ve buna uygun davranabilmesi olarak kısaca ifade edilebilir. Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlıkla ilgili bilgiyi anlayabilmesiyle sınırlı değildir; bireyin sağlık halini ifade edebilmesini, varsa hastalığına dair bilgisinin olmasını, sağlığıyla ilgili yerinde adımlar atabilmesini, sağlık sistemini uygun şekilde kullanabilmesini ve sağlık sisteminden ne şekilde yararlanacağını bilmesini gerektiren bütüncül bir kavramdır (5).

Sağlık okuryazarlığı genel anlamda; bireye tıpla alakadar bir bilgi sunmak amaçlandığında, kişinin bu bilgiyi doğru olarak ve eksiksiz bir şekilde anlayarak, bu bilgi ışığında yorum yapabilmesi ile bu bilgiden yapmış olduğu çıkarımlara uygun olacak şekilde davranışlar ortaya koyabilmesi olarak tarif edilebilir. Bu açıdan bakıldığında sağlık okuryazarlığı anlama, kavrama ve bu kavrananlardan bir sonuca ulaşma gibi aşamaları olan kapsamlı bir kavramdır. Birey sağlık okuryazarlığı ile anlayıp davranışlarına geçirmiş olduğu bilgi ile sağlık sisteminden kendisine en uygun şekilde nasıl yararlanabileceğini bilmektedir (5). Sağlık okuryazarlığı sayısal becerileri de içerir. Temel okuryazarlık becerilerine ek olarak sağlık okuryazarlığı sağlık konularında bilgiye de ihtiyaç duyar. Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kişiler genelde vücutları ve hastalıkların sebep ve sonuçları hakkında eksik ya da yanlış bilgiye sahip olan insanlardır. Bu bilgi olmadan mesela beslenme ve egzersiz gibi hayat tarzı faktörlerinin çeşitli sağlık sonuçlarıyla ilgisini anlayamazlar (6).

Sağlık okuryazarlığı kavramı 1970’li yıllardan itibaren dile getirilmeye başlanmıştır (7). İlk yıllarda temel olarak “Sağlığı için kişinin kabiliyetleri” tanımlaması yapılırken, bu tanımlama daha sonra 1993 yılında Nutbeam ve Wise tarafından “Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine erişebilmesi, anlayabilmesi ve bu bilgiye uygun davranış geliştirebilmesi” olarak tanımlanmış ve bilgiye erişimi, davranışı ve anlamlandırmayı vurgulayarak güncel tanımlamaların temelini oluşturmuştur (8). Türkçede bu tanım, Sağlık Bakanlığına bağlı olan bir genel Müdürlük olan Temel Sağlık Hizmetleri tarafından yayınlanmış bulunan Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde belirtilmiştir. Bu sözlükte ortaya konulduğuna göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmeleri açısından bilgiye ulaşma, ulaşılmış oldukları bu bilgileri kullanmaları ile bu konudaki bilgi ve becerilerini ifade etmektedir (9). DSÖ’ne göre sağlık okuryazarlığı, “bireyin iyi sağlık halinin devam ettirilmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiye ulaşabilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme kabiliyeti” olarak tanımlanmıştır (9). Ortalama insan ömrünün uzaması, toplum yaşamında etkili olan kronik hastalıkların sayısının artması ve çeşitlenmesi, insanların sağlık ile ilgili bilgilere kolay ulaşmaya başlamaları ile birlikte 2000’li yıllardan itibaren daha çok gündeme gelmeye başlamış ve insan hayatı için ne kadar önemli bir kavram olduğu anlaşılmıştır (7).

Hastalar genellikle sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, kar zarar oranı hesaplama, tetkikleri anlamlandırma, ilaç dozlarını hesaplama, sağlıkla ilgili bilgiye ne şekilde

ulaşabilecekleri gibi karmaşık durumlarla karşı karşıya kalırlar (10). Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı ise, kişilerin sağlıkla ilgili en iyi seviyede bilgi ve sağlık hizmetine ulaşabilmesini, bu sağlık hizmetleri kullanabilmesini, sağlık hizmetleri ile ilgili talimatları eksiksiz okuyabilmesini ve anlayabilmesini sağlar. Kaynakların uygun şekilde değerlendirilmesini, sağlık sunumunda seviyesinin yükseltilmesini ve kişinin kendisinin ve toplumun sağlığıyla ilgili söz sahibi olmasını destekler (11).

Sağlık okuryazarlığı son yıllarda sağlığı geliştirme çabaları arasında şekillenmiş yeni bir kavramdır ve bu yönüyle önem kazanmıştır (9). Koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanması, bireysel bazda sağlık hizmetinin önemsenmesi, genel olarak sağlık okur yazarlığı düzeyinin düşük olması, sağlıkla ilgili bilgilerin topluma yeterince aksettirilmemesi ve sağlık harcamalarındaki artış gibi sebepler sağlık okur yazarlığının önemini artırmıştır (12). Sağlık okuryazarlığını bu kadar önemli kılan toplum içerisinde okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı, insanların madden ve manen iyi olma çabalarının vazgeçilmez bir parçası olmasıdır. Toplumlar ne kadar modernleşirse insanlar daha çok sağlık bilgisi ve yanlış bilgilendirmeye maruz kalmakta, daha karışık sağlık sistemleriyle karşılaşmakta böylece sağlık okuryazar bir insan olmak giderek zorlaşmaktadır. Her ne kadar sağlık okuryazarlığı diğer faktörlerden bağımsız ve etkileşim göstermeyen önemsiz bir bileşen gibi görünse de yapılan araştırmalar aslında sağlık okuryazarlığının da tıpkı yaş, gelir durumu, işsizlik, eğitim seviyesi, ırk faktörleri gibi sağlığa doğrudan etki eden bir faktör olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı üzerine yapılacak araştırmalar ve müdahaleler toplumların sağlık düzeylerini artırmak için son derece önem taşımaktadır.

Bu araştırma, Malatya merkezinde semt polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

Hastalıkların çeşitlenmesine bağlı olarak, tedavi yöntemleri de çeşitlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin artması ile birlikte bu sağlık hizmetlerinin sunanlar ile sağlık hizmetlerini talep edenler arasında iletişim gerekli hale gelmiştir. Sağlık hizmeti sunanlarla hastalar ve hasta yakınları arasındaki iletişim sürecinde hastanın tedavisinde kullanacağı ilaçlar ile ilgili bilgileri okuyabilmesine, ilaçlarını doğru ve istenilen zamanda alabilmesine yardımcı olacak bilgiler ile sağlık hizmetleri ile ilgili basılmış materyalleri, sağlık ile ilgili uyarıları algılamak için sağlık okuryazarlığına ihtiyaç vardır (13).

Sağlık okuryazarlığı, bireye bilgi verildiğinde verilen bilgiyi algılayıp çözümlemesi ve buna uygun davranmasıdır. İlk kez 1974 yılında Scott K. Simonds tarafından tanımlanmıştır (14). Günümüze kadar kavramın tanımı geliştirilmiş ve genişletilmiştir. Institute of Medicine tarafından 2004'te bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşabilme, algılayabilme, yorumlayabilme ve doğru bir sağlık sonucuna varabilmek için gerekli hizmetlerden faydalanabilme düzeyi olarak tanımlanmıştır. Bazı kronik hastalıkların tedavilerinin ön plana çıkmasıyla kavram daha çok önem kazanmıştır (15).

Ayrıca Erişkin Okuryazarlığı Milli İncelemesi ve Erişkin Okuryazarlığı Milli Değerlendirmesi konulu araştırmaların yayımlanmasından sonra kavramla ilgili yapılan makalelerin sayısı da artmıştır (16). Bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili doğru sonuçlara varması için sağlıkla ilgili bilgiyi doğru anlamlandırması gerekmektedir (15). Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, gereksiz sağlık giderlerini, hastanede kalma süresini, gereksiz tahlil-tetkik yaptırma, gereksiz acil servisin kullanımı ve gereksiz iş gücü kaybını artırır (17). Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi olan bireyler yeterli sağlık okuryazarlığı olan bireylere nazaran birinci basamak sağlık hizmetlerini daha az kullanmakta, ölüm ve hastalık oranları daha yüksek, genel sağlık düzeyi daha düşük, kişisel bakım yetersizliği ve ilaç kullanımında hata oranı daha yüksek, sağlık hizmetlerinden daha az faydalanmaktadırlar (18).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi dünya genelinde yeterli düzeye ulaşamamıştır. 2004 yılında Institute of Medicine tarafından ABD'de yayımlanan rapor sonucunda Amerikalı yetişkin nüfusun büyük bir kısmı sağlıkla ilgili verilen bilgileri anlamakta zorluk çektiği belirtilmiştir (19). Türkiye'de ise 2010 yılında yapılan bir araştırmada deneklerin

%58.7'sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu belirtilmiştir (20). 2009-2012 yılları arasında yapılan bir araştırmada ise T¼rkiye'nin genel SOS indexi 30.4 olarak bulunmuştur (21). Sağlık okuryazarlığını etkileyen fakt¼rler; bireyin genel okuma-yazma d¼zeyi, maddi gelir seviyesi, iş durumu, sağlıkla ilgili tecr¼beleri, yaşı, k¼lt¼r¼, sağlıkla ilgili daha ¼nceki deneyimleridir (22).

Sağlık okuryazarlığı yeterli seviyede olan bireyler kendi sağlıklarını yanında ¼evrelerindeki kişilerin de sağlıklarını koruyacaklardır (7). ¼¼nk¼ insanlar yaşamlarının her anında sağlıkla ilgili doğru kararlar almak zorundadırlar ve bu y¼zden de sağlık ile ilgili bilgileri y¼ksek olmak zorundadır (23). Sağlık okuryazarlığı sadece bir veya birkaç bilgi ile ilgili değildir. Sağlık sisteminin bireye ve topluma uygun şekilde işleyebilmesi i¼in herkesin bu sistemden nasıl yararlanacağını bilmesi gerekmektedir (7). Sağlık okuryazarlığı bireylerin yaşları, ekonomik durumları, eğitim seviyeleri gibi sosyodemografik ¼zelliklerine g¼re değişmektedir (24).

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Kavramlar

SOY, bireyin sağlık ile ilgili bilgiler konusunda eğitimi ve onu bilgi sahibi yaparak bu konuda onu daha g¼c¼l¼ kılmayı sağlayacak bir kavramdır. DS¼'¼n sağlığı geliştirme s¼zluđ¼nde bu kavramlar farklı şekillerde incelenmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile benzer olduğu d¼ř¼n¼len bazı kavramlar bulunmaktadır (7).

Sağlığın Teşviki/Geliştirilmesi (Health Promotion): Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin kendi sağlık durumlarını kendilerinin kontrol etmesi ile sağlıklı olma durumlarını devam ettirmeleridir (25). Bu kavram, kapsamlı bir sosyal ve siyasi s¼re¼ olup, bireylerin bilgi, beceri ve kapasitelerini artırmaya y¼nelik eylemlerin yanında, ekonomik, ¼evresel ve sosyal şartları kendisine uyacak şekilde yeniden d¼zenlemeye y¼nelik ¼abaları da i¼erir. B¼ylece bu koşulların bireysel ve toplumsal a¼ıdan olumsuz etkileri de en aza indirilmiş olmaktadır (26).

Sağlık Eğitimi (Health Education): Toplumu oluşturan bireylere verilecek sağlık eğitimi ile sağlıklı yaşam i¼in almaları gereken ¼nlemler ¼đretilmekte, sağlık kurumları tarafından kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden en etkin şekilde yararlanmaları sağlanmaktadır (27). Sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla, birey ve toplumun sağlık bilgisinin artırılması ve yaşam becerilerinin geliştirilmesi gibi ¼đrenmeye y¼nelik yapılandırılmış fırsatlardan oluşur. Sağlık eğitimi; sağlığı etkileyen ¼evresel, ekonomik

ve sosyal koşullarla ilgili bilgi paylaşımının yanı sıra kişisel risk faktörlerine ve risk davranışlarına ve sağlık ile ilgili hizmetlerinin kullanımına yönelik bilginin paylaşılmasını da içerir. Bu kavram sadece bilgi paylaşımı ile sınırlı olmayıp bunun yanında bireyin sağlık seviyesini daha iyi bir konuma getirmesi için lazım olan motivasyonun sağlanması, onda bir özgüven ve sağlığı koruma adına beceri seviyesinin oluşturulması gibi aşamaları da kapsamaktadır. Sağlık eğitimi daha önceden sosyal destek ve seferberlik içeren daha geniş çapta eylemi kapsayacak şekilde kullanılmıştır (26).

Sağlık İletişimi (Health Communication): İletişim sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini arttırıcı önemli bir unsurdur. Sağlık alanında iletişim imkanlarını kullanarak bir sağlık sorununun boyutları ve çözüm yolları hakkında toplumun bilinçlenmesi sağlanabilmektedir. İletişim ile toplumu belirli tutum ve davranışlara sevk etmek kolaydır. Toplum için sağlık sorunu teşkil edecek bir durumun bu yolla çözülmesi de mümkündür (28). Topluma sağlık ile ilgili bir konuyu iletişim yoluyla anlatmak bireylerin sağlıklarını koruyacak şekilde hareket etmelerini sağlarken, bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin yüksek olması ile bireyler bu bilgileri daha etkin bir şekilde öğrenebileceklerdir (29). Sağlık iletişimi, sağlık ile ilgili şüpheler hakkında toplumu bilinçli hale getirerek, toplumu tehdit edici etkileri olabilecek sağlık sorunları karşısında halkta bir farkındalık oluşturmak amacıyla ortaya konulan bir stratejidir. Bu amaçla toplumun kullanımına sunulan yeni iletişim araçları ve son teknolojik yenilikler de kullanılmaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlık iletişiminin kapsamı içerisinde birçok iletişim olanağının girdiğini söylemek mümkündür (26).

Sosyal Pazarlama (Social Marketing): Sosyal pazarlama ile toplumsal olayları şekillendirmek mümkündür (30). Sosyal pazarlama teknikleri sağlık sektöründe de kullanılmaktadır. Toplumsal sağlığı tehdit eden bir durumdan toplumu korumak için bireylerin davranışları sosyal pazarlama ile şekillendirilebilmektedir. Alkol, sigara gibi kötü alışkanlıklardan insanları koruma sosyal pazarlama yöntemleri ile yapılmaktadır (31). Sosyal pazarlama teorisi ile ticari pazarlamada yer alan pazar analizi, planlama ve kontrol tekniklerindeki başarılı ve etkin deneyimlerin sosyal olaylara da başarılı bir şekilde uygulanabileceği bir yaklaşım planlanır. Sosyal pazarlamada esas olarak geleneksel pazarlama yöntemleri kullanılarak topluma faydalı olan ve toplumun gerçek ihtiyaçlarına yönelik hizmet sunmak hedeflenir. Günümüzde sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme programlarının planlanması nedeniyle sosyal pazarlama araştırması gerekli bir hal almıştır. Sosyal pazarlama yöntemleri birçok ülkede beslenme eğitimi, aile

planlaması, aşı kampanyaları ve diğer sağlık eğitim kampanyalarında uygulanmaktadır (32).

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı kavramı eski dönemlere nazaran çok fazla önem taşımaktadır. Diğer taraftan sağlıkla ilgili bilgileri topluma aktarmak ise günümüzde daha güç bir hal almıştır Bu duruma (10);

- Okuryazarlık düzeyinin sınırlı olması,
- Tanı koyma sürecinin karmaşık bir hal alması,
- Sayısı giderek artan ve sürekli güncellenen araştırma verileri,
- Kültürel farklılıklar,
- Yaşa bağlı değişiklik gösteren fiziksel ve bilişsel beceriler,
- Duygusal durum farklılığı ve buna bağlı olarak dinleme, öğrenme, hatırlama becerilerin etkilenmesi gibi sebepler neden olarak gösterilebilir.

Son zamanlarda koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanması, bireysel bazda sağlık hizmetinin önemsenmesi, genel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, sağlıkla ilgili bilgilerin topluma yeterince aksettirilmemesi ve sağlık harcamalarındaki artış gibi sebepler sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır. Yeterli sağlık okuryazarlığı, sağlık kalitesini, sağlıklı geçirilen yaşam yılını, kaliteli sağlık hizmetini artırır. Bireylerin doğru hizmete ulaşma becerilerini ve aldığı sağlık hizmetini doğru okuyarak anlamasını sağlar. Sağlık okuryazarlığı eğitim süresine ya da okuma alışkanlığına bağlı bir kavram değildir. Hastalar genellikle sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, kar zarar oranı hesaplama, tetkikleri anlamlandırma, ilaç dozlarını hesaplama, sağlıkla ilgili bilgiye ne şekilde ulaşabilecekleri gibi karmaşık bir durumla karşı karşıyadır (10).

ABD’de 2003-2006 yılları arasındaki sağlık harcamalarının 106 milyar dolardan 206 milyar dolara yükselmesi sebebiyle sağlık harcamalarının düşürülmesi için yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi bu konuda alınan önlemlerden biridir (7).

2.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı üç kategoride sınıflandırmıştır. Bunlar, Temel/Fonksiyonel/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/İnteraktif/Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı, Eleştirel/Kritik Sağlık Okuryazarlığıdır (7);

Temel/Fonksiyonel/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı: Bu düzey, bireyin yaşamı için yeterli sayılabilecek düzeyde yazma ve okuma becerisinin olmasıdır (5). Bireyin günlük yaşam içerisindeki sağlıkla ilgili temel okuma-yazma yetilerini içerir. Bu düzeyde sağlık risklerini belirleme, sağlıkla ilgili materyalleri okuyabilme, sağlık hizmetlerinin nasıl kullanılacağını bilme, temel sağlık bilgilerini (fiziksel aktivite, dengeli-düzenli beslenme, ilk yardım) bilmeyi kapsar. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerde, yaşlı bireylerde daha yaygındır. Toplumsal faydadan ziyade bireysel fayda vardır. Bireyin sağlığını etkileme ihtimali olan sağlık riskleri ve bu riskler ile ilgili bilgilerin ne şekilde kullanılacağına ilişkin eğitimidir (15). Bu basamakta birey, kendisini ilgilendiren temel bilgi kaynaklarına ulaşmada ve kendi durumunu değerlendirme noktasında sağlık hizmetlerini ne şekilde kullanacağını anlamakta zorluk yaşayabilir (23).

İletişimsel/ İnteraktif/Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı: Temel/işlevsel sağlık okuryazarlığına göre daha işlevsel olan iletişimsel/etkileşimli sağlık okuryazarlığı, bireylerin kişisel becerilerinin daha iyi seviyelere çıkartılmasını hedeflemektedir. Gelişmiş bir okuryazarlık, zihinsel ve sosyal yeteneklerle beraber sağlık bilgisini kullanabilme, diğer bireylerle etkili iletişim kurarak iletilen bilgileri algılayıp faydalı olanları uygulayabilme, iyi bir iletişim becerisine sahip olma, sağlıkla ilgili aktivitelere katılmayı içerir. Bireysel yarar mevcuttur (33). Sosyal ve bilişsel becerilerin olması ve bu beceriler ile bilgi edinip, farklı iletişim türlerinden anlam çıkarıp, günlük hayatta yer edinebilme becerisinin olmasıdır (23). Bu basamak bireyin okuryazarlık, sosyal ve gelişmiş bilişsel yeteneklerini içerir. Sağlık aktivitelerine katılma, sağlıkla ilgili mesajları anlama, sağlık enformasyonunu uygulama örnek olarak gösterilebilir. Birey bu basamakta aktiftir (9).

Eleştirel/Kritik Sağlık Okuryazarlığı: Sağlık ile ilgili olan bütün bilgileri yorumlayıp analiz edip, yorumlayarak eleştirel bir yaklaşımla sağlık kararlarında kullanmayı sağlayacak daha gelişmiş becerilerdir (23). Bu sağlık okuryazarlık düzeyinde ileri seviyede bilgilere eleştirel bir yaklaşım ve bilgilerin analizi ile bu bilgileri günlük yaşamda kullanma durumu söz konusudur. Gelişmiş bir zihinsel ve sosyal yetilere sahip

olmayı, eleştirel düşünebilmeyi, yaşamsal olayları analiz edebilmeyi, sağlık hizmetlerinin politik ve ekonomik yönünü anlayabilmeyi, sağlığın toplumsallığını tanımlayabilme, bireysel ve kamusal yeterliliği geliştirebilme, sağlık bakım bilgilerini analiz edip yorumlayabilme, sağlık sorunlarını analiz edip çözüm geliştirebilme ve güncel sağlık haberlerini yorumlamayı kapsar. Bireysel faydadan ziyade toplumun yararınadır (34).

2.1.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Etmenler

Sağlık okuryazarlığı sağlık bakımı çerçevesinde işlevsel bir yetenek olarak kabul edilirse bireysel ve sağlık bakım sistemi ile ilişkilendirilebilmektedir. Bu perspektiften, sağlık okuryazarlığı dinamik bir durumdur ve sağlık problemine, sağlık bakım kuruluşu ve sağlık sistemine bağlı olarak değişebilir. SOY kavramını net bir şekilde kavrayabilmek için SOY seviyesi üzerinde etkili olan etmenler ile SOY neticelerinin tespit edilmiş olması gereklidir. SOY, genel olarak sosyodemografik, sosyokültürel, psikososyal faktörlerden, genel okuryazarlık durumundan, kişisel özelliklerden, hastalıklarla ilgili tecrübelerden ve sağlık hizmeti sistemi ile ilgili faktörlerden etkilenmektedir. SOY'nu etkileyen sosyodemografik etmenler; yaş, cinsiyet, ırk, medeni hal, eğitim, çalışma ve elde edilen gelir ile ilgilidir. Genellikle ileri yaşlarda, kadınlarda, siyah ırkta, bekârlarda, eğitim ve gelir durumu düşük olanlarda sağlık okuryazarlığı daha düşüktür (35). Kültürel etmenler olarak göçmenlik, etnik grup, dil farklılığı gibi unsurlar sayılabilir (36).

Sağlık bilgisi sağlık okuryazarlığının bir parçasıdır. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı sağlık bakımına erişim, doktor talimatlarının izlenmesi ve düzenli ilaç alımında zorluk çekmeye sebep olurken, hastalıklara uyumun zayıflamasına, kronik hastalıkların kontrolsüzlüğüne ve sağlık bakım maliyetlerinin artmasına katkıda bulunur. Yetersiz sağlık okuryazarlığı uygun olmayan sağlık iletişimi, istenmeyen sağlık çıktıları, hastaneye yatış oranının artması ile yüksek mortalite ve morbidite ile doğrudan ilişkilidir. Bu açıdan bakıldığında, sağlık okuryazarlığı, sağlık bakımı ortamında işlev yeteneğidir. Sağlık okuryazarlığı sadece bireysel özelliklerle değil, aynı zamanda sağlık bakım sistemiyle de ilişkili olmak zorundadır (37).

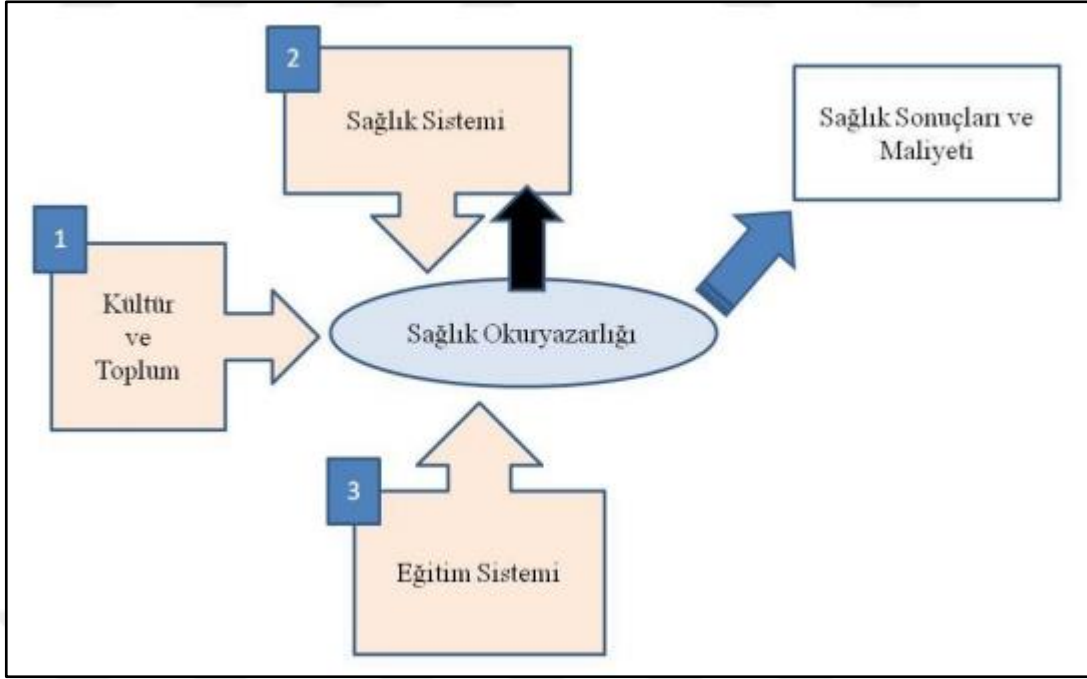
Sağlık okuryazarlığı; hastalar ile profesyonellerin iletişim becerileri, sağlık konularında mesleki bilgi, kaynaklara erişim, eğitim, dil, kültür, yaş, inanç, kamu sağlık sistemi ve sağlık hizmeti talebi, durum/bağlam talebi gibi bazı bireysel ve sistematik faktörlere bağlıdır. Sağlık okuryazarlığı, bireyin kültürel alt yapısına bağlıdır. Amerika

Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması'na göre ortalama okuryazarlık skorları etnik guruplar arasında farklılık göstermiştir. Ayrıca bilgiyi elde etme kaynakları da etnik guruplar arasında farklı bulunmuştur (37).

Genel okuryazarlık düzeyi sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir ancak, yüksek okuryazarlık düzeyi yüksek SOY düzeyine sahip olunacağı anlamını taşımamaktadır. Yapılan çalışmalar düşük okuryazarlık düzeyindeki bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri kavramada güçlük çektiğini gösterse de, yüksek düzeyde okuryazarlığı olan kişilerin de sağlık okuryazarlığının yetersiz olabileceğini bulgulamaktadır (38).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen kişisel etmenler; işitme, görme ve konuşma becerileri ile hafıza, öğrendikleri arasında anlamlı ilişkiler kurma, bilişsel, sosyal ve fiziksel yetenekleri içermektedir. Bu becerilerin azalması ise yetersiz sağlık okuryazarlığına neden olmaktadır. Yaşanmış olan hastalıklar ile alakalı tecrübeler; hastalığın devam etme süresi, nasıl bir hastalık olduğu, şiddeti, tedavi şekli, komplikasyon ve başka hastalığın mevcudiyeti şeklinde sayılabilir. Hastalığın süresi uzadıkça, tedavi daha karmaşık bir hal aldıkça ve başka hastalıklar eklendikçe, kişilerin SOY düzeyleri de etkilenmektedir (33).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen sağlık sistemiyle ilgili etmenler; sağlık sisteminin karmaşıklığı, sağlık hizmetine erişilebilirlik, hekim hasta ilişkisi ve sağlık güvencesini kapsamaktadır. Adı geçen bu etmenler ise bireylerin hem sağlığını hem de sağlık bilgisini etkileyen etmenler olarak gösterilebilmektedir. Bireylerin dâhil oldukları eğitim düzeni, sağlık sistemi, toplumsal ve kültürel etmenler sağlık okuryazarlığını etkilemekte ve biçimlendirmekte; bu etmenler de çeşitli sağlık çıktılarına etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı; bireylerin kişisel olarak yapabileceklerini sağlık sistemi ve bu sisteme bağlı ortamlarda, aile gibi diğer alanlarda karşı karşıya kalacakları sosyokültürel etmenlerle etkileşmesi sonucunda biçimlenmektedir (19) (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sonuçları (39)

2.1.5. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin sağlık hizmetinden kaliteli bir şekilde yararlanabilmesi için şikâyetlerini, hastalık belirtilerini doğru cümlelerle belirtmesi gerekmektedir. Hastadan beklenen, verilen tedavi içeriğini ve tıbbi tavsiyeleri anlamasıdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu bireylerde, hastalık belirtilerini anlatma, tıbbi talimatları anlama, sağlık hizmetlerine erişim, bilgiyi değerlendirme gibi sağlıkla ilgili önem arz eden durumlarda güçlük çektiği gösterilmiştir (40).

Sağlıkla ilgili yeterince okuryazar olamamış kişiler sağlılarıyla ilgili olarak karar verme veya tercih yapabilme, bilgilendirilme, ilgili hizmetlerden efektif yararlanma veya hastalandığında şifaya ulaşmada zorluk yaşayabilmektedir (41).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler, okuma güçlüğü yaşamının yanında sözlü olarak iletişim kurma ve riskleri kavramlaştırma noktasında da sıkıntılar yaşayabilir. Bu bireyler yazılı bir materyali okuyup, eleştirel süzgeçten geçirip, buna uygun davranış oluşturma noktasında sıkıntı yaşarlar. Bu nedenle toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltecek şekilde ya da bireylerin bu konudaki düzeyine göre yazılı materyallerin hazırlanması gerektiği gündeme gelmiştir.

Sonuç olarak sınırlı ya da sağlık okuryazarlığının bireye, topluma ve sağlık sistemine birçok olumsuz etkileri vardır. Özet olarak belirtmek gerekirse bunlar (7);

- Sağlık kalitesinde azalma,
- Düşük sağlık algısı,
- Acil servis başvurusu ve hastane yatış artma,
- Gereksiz yapılan tetkiklerde artma,
- İş gücü kaybında artma,
- Sağlık harcamalarında artma,
- Tedavi uyumsuzluğunda artma,
- Mortalite ve morbidite oranında artma,
- Düşük fiziksel ve mental sağlık,
- Kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği ve buna bağlı artmış hastalık yükü,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalanma olarak sıralanabilir.

Sağlık okuryazarlığı puanı düşüklüğü hastane maliyetlerinin artışı hastanede yatış sürelerinin uzun oluşu, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının yüksek oluşu, gereksiz şekilde acil servis kullanımı, iş gücü kaybı ve sağlık harcamalarında gereksiz artış ile ilişkilidir (42). Başka bir değerlendirme olarak soy oranı ile sağlık yönetimleri arasındaki ilişkiye bakılacak olursa, yetersiz veya düşük SOY olan kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalandığını (17) kronik hastalık yönetimlerinin daha kötü olduğunu ve buna bağlı olarak mortalite ve morbidite oranlarının daha yüksek olmaktadır (43).

2.1.6. Türkiye’de Sağlık Okur Yazarlığı

Sağlık okuryazarlık konusunun ülkemizde giderek önem kazanmasıyla beraber, bu konuyla ilgili çeşitli çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. 26 Aralık 2012 tarihinde Sağlık Bakanlığına bağlı olan Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı düzenlemiştir. Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile üniversitelerin katkıları ile bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi amacıyla birçok çalışma yürütülmektedir (13).

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Stratejik Plan 2013-2017’de SOY konusunda yaptığı planlamada stratejik amaçların içerisine; bireylerin kendi sağlığı

üzerindeki sorumluluklarını yükseltmek amacıyla sağlık okuryazarlık durumlarını iyileştirmek maddesi yer almıştır. Buna bağlı olarak Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile ortak bir çalışma sonucunda Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32 (TSOY-32)'nin geçerlilik -güvenilirlik çalışması yapılmış ve sonuçları bakanlık tarafından 2016 yılında yayınlanmıştır (44).

Tanrıöver ve ark, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası desteğiyle 2009 ile 2012 yılları arasında 12 bölge, 23 farklı ilde toplam 4924 kişide sağlık okuryazarlığı çalışması yapmıştır. Bu çalışmanın verilerine göre Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30.4 olarak belirtilmiştir. Çalışmada bireylerin %24,5'inde yetersiz, %40,1'inde ise sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi olduğu gösterilmiştir. Yani bu durumu genelleyecek olursak ortalama 35 milyon kişi yetersiz ya da sınırlı SOY düzeyine sahiptir (10).

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikasının Avrupa SOY Araştırması Anketi acılığıyla Türkiye genelinde 2014 yılında sonuçlarını açıkladığı ve erişkinler üzerinde yaptığı çalışma neticelerine göre Türkiye'nin SOY puanının 30,4 seviyesinde olduğu belirlenmiştir. Buna göre ülke genelinin %64,6'sının sorunlu yani yeterli olmayan SOY'na sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu da ortalama 35 milyon bireyin sorunlu yani yeterli olmayan SOY'na sahip olduğu anlamına gelmektedir. Bu araştırmaya göre Türkiye sağlık okuryazarlık düzeyinin Avrupa'da 2012 yılında yapılan benzer bir çalışmaya katılan ülkelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin altında olduğu tespit edilmiştir (10).

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

Bursa'da 2009 yılında bir üniversitenin aile hekimliği kliniğine başvuran hastalar üzerinde REALM ve NVS ölçeklerinin kullanıldığı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada REALM ölçeğine göre hastaların %38.6'sı marjinal, %2,7'si yetersiz ve %58.7'si yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahipken, NVS ölçeğine göre %28.1'inin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir (45).

UNESCO'nun verilerinde ülkemizde genel olarak okuryazarlık seviyesi 15 yaş ve daha üstü kadınlarda %91.60, aynı yaş grubu erkeklerde ise bu oran %98.26, toplamda ise %94.92 olarak belirtilmiştir. Bu oran gelişmiş ülkelerde %99.66 olarak gösterilmiştir. Ayrıca bu verilerde okula gitme oranları kadınlarda 6.7 yıl, erkeklerde 8.5 yıl ve toplamda 7.6 yıl olarak gösterilmiştir (ABD'de bu oran 12.0 yıl). Bu verilerden de anlaşıldığı gibi hem genel okuryazarlık açısından hem de okullaşma süresi bakımından ülkemiz gelişmiş durumda sayılabilecek ülkelere kıyasla daha geri durumdadır (10).

Kronik hastalık prevalansı ile ilgili ülkemizde çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Başkent Üniversitesi tarafından yönetilen "Ulusal Hastalık Yüku" çalışmada, Türkiye'de en yoğunlukla rastlanan altı kronik hastalığı; iskemik Kalp Hastalıkları, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Serebrovasküler Hastalıklar, Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon ve Alzheimer olarak işaret etmiştir. Türk Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasında (TURDEP) diyabet, hipertansiyon ve obezite prevalansları sırasıyla %7.2,%29,%22 olarak raporlanmıştır (44).

12 yıl aradan sonra yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar (TURDEP-II) çalışmasında ise vücut ağırlığının normal olan bireylerin oranı %41 iken bu oran geçen zaman zarfında %26'ya düşmüştür. Yine bu çalışmada obez ve fazla kiloluların yüzdesinde artış ile birlikte diyabet prevalansının da %13,7'ye çıktığı belirtilmiştir.

Türk Kardiyoloji Derneğinin yürüttüğü çalışmada ise yaklaşık 12.000.000 bireyde hipertansiyon, 12.000.000 bireyde hiperlipidemi ve 2,8 milyon bireyde ise koroner arter hastalığı olduğu belirtilmiştir. Kronik hastalıklarla ilgili yapılan başka bir araştırmada ise Türk toplumunda hipertansiyon prevalansı %30,3 olarak belirtilmiş ve bu hastaların yalnızca %28,7'sinde kan basıncı kontrolü sağlandığı saptanmıştır (45).

Yapılan tüm bu çalışmalar sonucunda kronik hastalıkların, hastalık yükünü artırması, iş yükü kaybı ve sağlık harcamalarında artışa sebebiyet vermesi nedeniyle sağlık alanında önemli bir konu olduğu görülmekte ve kronik hastalıklara karşı etkili mücadele yöntemleri geliştirme ihtiyacının olduğunu göstermiştir. Bu durumun bireylerin eğitilerek sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılmasıyla düzeltilebileceği gösterilmiştir. Bu nedenle öncelikle toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi ve farkındalık düzeyleri belirlenmelidir (10).

Sezer ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”, Türkçe literatürde tek örnek olup bireylerin sağlık okuryazarlığının ölçülmesi amacıyla kullanılmaktadır (23).

2.1.7. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Ölçekler

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

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespit edilmesinde çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Sık kullanılan ölçeklerden bazıları;

ABLE, Adult Basic Learning Examination, Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirilmesi

Brief Estimate of Health Knowledge and Action, Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Tahmini Ölçeği

eHEALS, eHealth Literacy Scale, e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

FCCHL, Functional Communicative and Critical Health Literacy, İşlevsel İletişim ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı

HALS, Health Activities Literacy Scale Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği

Health Literacy Skills Instrument, Sağlık Okuryazarlık Becerileri Enstrümanı

HLS-EU-Q, European Health Literacy Survey Questionnaire Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi

HLSQMs, Health Literacy Screening Question Methodologies Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri

How confident are you filling out medical forms by yourself? Tıbbi Formları Kendi Kendinize Doldurma Konusunda Ne Kadar İyisiniz?

LAD, Literacy Assessment for Diabetes, Diyabet İçin Okuryazarlık Değerlendirilmesi

METER, Medical Term Recognition Test, Tıbbi Terim Tanıma Testi

NLS, Nutritional Literacy Scale, Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği

NVS, Newest Vital Sign, En Yeni Yaşamsal Belirteç

Public Health Literacy Scale Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

REALD, Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry, Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi

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

REALMR Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – Revised, Revize Edilmiş - Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi,

SAHLSA, 50 Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults İspanyol Yetişkinler İçin Sağlık Okuryazarlığı Kısa Değerlendirilmesi

SILS, Single Item Literacy Screen Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği

Slosson Oral Reading Test, Slosson Sözlü Okuma Testi

SOS Mnemonic SOS Kısaltması

S-TOFHLA Short Test of Functional Health Literacy in Adults, Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi

TABE, Test of Adult Basic Education, Yetişkin Basit Eğitimi Testi

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

WRAT, Wide Range Achievement Test, Geniş Aralıklı Ulaşım Testi

HALS (Health Activities Literacy Scale) Nesir, anlama, bilgi işleme ve sayısal veri içerikli sorulardan oluşur. Genel sağlığın geliştirilmesi içindir. Ortalama 60 dk. sürer. Doğrulanmış örneklem büyüklüğü 988'dir (46). Sağlığın korunması/geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımının sürdürülmesi ve sağlık hizmetlerine erişim şeklinde oluşan bölümler içermektedir (47). Bu ölçek bireylerin düz yazı, sayısal ve belge okuryazarlığı durumlarını değerlendiren maddeler içerir ve uygulanması ortalaması 35-

40 dakika almaktadır. 5 puan aralıklarla 0 ile 500 arasında değişen bir skorumu tablosu vardır. Sağlık okuryazarlığı düzeyini biręok farklı açıdan değerlendiren bir ölçek olmasına karşın, uygulamasının uzun sürmesi kullanımı açısından dezavantaj oluşturmaktadır (48).

SILS, Kişilerin basılı sağlık okuryazarlığı gereksinimini belirlemeye yönelik tek maddelik bir sorudur. Katılımcının verdiği cevaba göre sağlık okuryazarlık düzeyi belirlenir. Eğer alınan puan iki den yüksek ise bu durum pozitif olarak görülür, faka bu da sağlık okuryazarlığının yüksek olduğunu değil, sağlık konuşunsa bilgi edinip bu bilgileri kullanma durumunun yeterli seviyede olmadığını göstermektedir. SILS'ın avantajlı olan yanı kısa olması ve uygulanmasının kolay olmasıdır. SILS özellikle kliniklerde uygulanarak, demografik özelliklere göre en basit yolla sağlık okuryazarlığı seviyesini belirleyebilmektedir. Sınırlılıkları ise; okuyamama, utanma veya anlamama nedeniyle yardım alma ayırt edilemediğinden yalancı negatiflik fazla olmasıdır (49).

Tıbbi Formları Kendi Kendinize Doldurma Konusunda Ne Kadar İyisiniz? Bu ölçekte üç farklı soru ise bireylerin SOY seviyesinin tespit edilmesi hedeflenmektedir.

S-TOFHLA ve REALM'e göre bir soru ile yetersiz sağlık okuryazarlığının saptanabileceği bulunmuştur. Bu sorulara; asla, nadiren, bazen, sıklıkla ve her zaman olacak şekilde 5 cevaptan biri verilir. Bu cevaplar arasındaki bazen, sıklıkla ve her zaman cevapları sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Bu testte demografik özelliklere göre basit bir şekilde sağlık okuryazarlığı seviyesini belirleyecek durumdadır. Bu özellik testin güçlü yanını oluşturmaktadır. Sınırlılıkları; belirli bir hasta topluluğuna uygulanmış olması ve bu sebeple toplumun tamamına genellenmesinin zor olmasıdır (50).

Geniş Aralıklı Ulaşım Testi: Bu test katılımcının aritmetik yeteneğini, okuduğunu anlama ve telaffuz düzeyini belirler. Ortalama 20-30 dakika sürmektedir. Sağlıkla ilgili yapılan araştırmalarda araştırmacılar genelde testin yaklaşık 5 dakika süren okuduğuna anlama bölümünü kullanmaktadır. Tıbbi terimler kullanılmaz. Eğitimde kullanım için standardizasyonludur. Sadece İngilizcesi mevcuttur. 5-11 yaş çocuklar için seviye I, diğer yaş grupları, 12-64 yaş için seviye II 'si mevcuttur. Test 3 bölümden oluşmaktadır (51).

- 1) 42 sözcükten oluşan sözcükleri tanıma ve telaffuz bölümü
- 2) 40 sözcükten oluşan yazma bölümü

3) Aritmetik hesaplama, rakamları okuma, yazılı olarak hesaplamalar yapma bölümü (52).

Son Vital Belirti Testi (Newest Vital Sign Test-NVS)' dir (53; 18). Weiss ve ark. (2005) tarafından geliştirilen NVS ölçeği 6 soruluk bir ölçek olup ortalama 3-6 dakika sürer. Bu ölçekte bir dondurma besin etiketi SOY ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. NVS testi hem metni okumayı hem de anlamayı test etmektedir (54). Testin güçlü özellikleri; bireylerin kavrama yeteneklerini belirleyebilmesidir. TOFHLA testi ile korelasyon göstermesi ve sınırdaki sağlık okur yazarlığı olan kişiler için daha duyarlı olması iken sınırlılıkları; iyi ve sınırdaki sağlık okur yazarlığı çok iyi ayırt edememesidir (54).

Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Public Health Literacy Scale) Halk sağlığını ilgilendiren temel konuların yer aldığı 17 maddeden oluşan bir ölçektir. Doğru olarak cevaplanan her maddeye 1 puan verilir ve toplam 17 puan üzerinden değerlendirme yapılır (55).

REALM, 66 tıbbi kelimedenden oluşur. Kelimeleri tanıma ve seslendirebilme testidir. Uygulama süresi 2-3 dk. dır. Yaygın kullanımı olan bir sağlık okuryazarlığı testidir (56). Bu testin başka bir versiyonu olan REALM-R testinde kelime sayısı 66 kelimedenden 10 kelimeye indirilmiş ve uygulama süresi de 2 dakikaya düşmüştür. Bu testin güçlü tarafı kısa süre içerisinde değerlendirmesinin yapılmasıdır. Bu kısa süre iki dakikadır. Testin sınırlılıkları ise; zayıf SOY becerisi olduğu tahmin edilen azınlık ve yaşlılarda REALM-R'nin geçerlik çalışmalarının yetersiz olması ve bu testin araştırma ve klinik ortamlardaki yararlılığı az biliniyor olmasıdır (57).

TOFHLA Tıbbi bazı okuma parçalarını ve sayısal verileri anlama becerisini ölçer. Boşluk tamamlama ve 2 metin pasajından oluşur. Bir çeşit kavrama testidir. Testin uygulanması 20-30 dk. sürer. Yetersiz, orta, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirler. Kısaltılmış hali de mevcuttur (58).

Bu test, 50 puan sözel test ve 50 puan sayısal test olmak üzere toplam 100 puan üzerinden değerlendirilir. Bireyin bu testlerden aldığı toplam puana göre sağlık okuryazarlık düzeyi belirlenir. Bu ölçekte sınıflandırma üç gruba ayrılır;

1. Toplam puanı 0-59 arası olan bireyler yetersiz sağlık okuryazarlık grubunda değerlendirilir ve bunlar sağlık ile ilgili metinleri okuyup anlayamazlar.

2. Toplam puanı 60-74 arası olan bireyler düşük sağlık okuryazarlık grubunda değerlendirilir ve bunlar sağlıkla ilgili metinleri okuyup anlamada zorlanırlar.

3. Toplam puanı 75-100 arası olan bireyler yeterli sağlık okuryazarlık grubunda değerlendirilir ve bunlar sağlıkla ilgili metinleri okuyup anlayabilirler (9).

NVS (Newest Vital Sign Test) Düşük sağlık okuryazarlığı riski taşıyan bilgileri belirlemek amacıyla oluşturulmuş, İngilizce ve İspanyolca geçerlik güvenirligi yapılmıştır. Yaklaşık 3 dk uygulama süresi vardır. Kolay ve hızlı bir şekilde uygulanır. Sağlık okuryazarlığını ölçmek ve düşük sağlık okuryazarlığının çeşitli sonuçları üzerindeki etkisini ölçmek için kullanılır (59).

SOS Kısaltması (SOS Mnemonic) Bu ölçeğin güçlü tarafı hem beceri hem de ihtiyacı ölçmesi ve bulguların S-TOFHLA ile korelasyon göstermesi iken sınırlılıkları; Katılımcıların okuma testi yapıldığını biliyor olmaları ve katılımcıların aile hekimliği polikliniğinde diyabet tedavisi alan kişiler olmasıdır (60).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi, Avrupa'daki ülkelerde sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla yapılan geniş çaplı çalışmada, NVS ölçeğinin de dahil olduğu 47 soruluk Avrupa Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (HLS-EU-Q) kullanılmıştır. Sekiz Avrupa ülkesini (Hollanda, Yunanistan, İrlanda, Avusturya, Polonya, İspanya, Bulgaristan ve Almanya) kapsayan bu çalışmanın sonucunda ülkeler ölçekten aldıkları puana göre sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilmiştir (61).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Modeli

Malatya merkezinde semt polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini tespit etmek amacıyla yapılan bu araştırma tanımlayıcı-kesitsel türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Malatya merkezinde bulunan semt polikliniğine başvuran 18 yaş üstü hastalardır.

Araştırmanın örnekleme ise semt polikliniğine başvuran hastalardan $N = t^2 \times p \times q / d^2$ formülüne göre belirlenmiş 380 kişidir.

3.3. Veri Toplama Tekniği

Araştırma verilerinin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Anket formu iki bölüme ayrılmıştır. Anket formunun birinci bölümünde araştırmaya katılanların kişisel bilgilerinin belirlenmesi amacıyla sorulmuş 7 soru bulunmaktadır. Anket formunun ikinci bölümünde ise 32 maddeden oluşan ve 5'li likert tipinde olan "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)" kullanılmıştır.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda veri toplama aracı olarak kullandığımız anket formları öncelikle kontrol edildi. Analizler için SPSS (Statistical Package For the Social Sciences version 22.0) kullanılmıştır. Çalışmamızdaki nicel değişkenler ortalama±standart sapma, ortanca ile minimum-maksimum, nitel değişkenler sayı ve yüzde ölçütleri ile sunulmuştur. Nicel veri içeren değişkenlere Kolmogorov Smirnov normallik testi uygulanarak normal dağılım göstermediği saptandı ($p < 0.05$). Nicel verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Nitel verilerin analizinde ise Ki-Kare testi gruplar arasında anlamlılığı belirlemek için kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	189	49,9
Kadın	190	51,1
Yaş		
30 yaş altı	152	40,1
30-50 yaş arası	154	40,6
50 yaş üstü	73	19,3
Medeni Durum		
Evli	215	56,7
Bekâr	164	43,3
Toplam	379	100

Katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler Tablo 1’de yer almaktadır. Katılımcıların % 49,9’u erkek, %51,1’i kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması $35,94 \pm 13,8$ olup, % 40,1’i 30 yaşın altında, %40,6’sı 30-50 yaş aralığında ve % 19,3’ü ise 50 yaşın üstündedir. Katılımcıların %56,7’si evli iken %43,3’ü bekârdır (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların eğitim ve meslek durumuna göre dağılımı

	n	%
Eğitim		
İlkokul	28	7,4
Ortaokul	63	16,6
Lise	135	35,4
Üniversite ve üstü	154	40,6
Meslek		
Ev hanımı	64	16,9
İşçi	50	13,2
Memur	88	23,2
Serbest Meslek	95	25,1
Öğrenci	60	15,8
Emekli	22	5,8

Katılımcıların eğitim durumlarını inceleyecek olursak %40,6'sının üniversite ve daha üst düzeyde eğitimi varken, % 35,6'sı lise mezunu, % 16,6'sı ortaokul mezunu ve %7,4'ü ise ilkokul mezunudur. Katılımcıların % 16,9'u ev hanımı iken %13,2'si işçidir. Memur olarak görev yapan katılımcılar tüm grubun % 23,2'sini oluştururken, % 25,1'i serbest meslekle meşguldür. Katılımcıların %15,8'i öğrenci olup % 5,8'i ise emeklidir (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık durumlarıyla ilgili dağılımlar

Kronik hastalık	n	%
Var	101	26,6
Yok	279	73,4

Çalışmamızdaki katılımcı grubun % 26,6'sının ilaç kullandığı kronik bir hastalığı varken, %73,4'nün kronik bir hastalığı yoktur (Tablo3).

Tablo 4. Kronik hastalığı olan katılımcıların hastalıklarına ait dağılımlar

	n	%
Diyabet	18	17,8
Hipertansiyon	10	15,8
Kalp hastalıkları	28	27,7
Böbrek hastalıkları	5	5,0
Astım	15	14,9
Diğer	19	18,8

Kronik hastalığı olan katılımcıların % 17,8'inde diyabet, % 15,8'inde ise hipertansiyon vardır. Kalp hastalığı olanların oranı % 27,7 iken, böbrek hastalığı olanların oranı %5 ve astım hastalığı olanların oranı ise %14,9'dur (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğu sağlık kuruluşlarına ait dağılımlar

	n	%
Aile hekimi	84	22,2
Devlet hastanesi	187	49,3
Üniversite hastanesi	45	11,9
Özel hastane ve klinikler	63	16,6

Katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğu sağlık kuruluşu hangisi diye sorulduğunda; % 22,2 si aile hekimlerine , %49,3'ü devlet hastanelerine, % 11,9'u üniversite hastanelerine ve %16,6'sı ise özel hastane ve/ veya kliniklere başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin indeks puan ortalaması

	Ortalama	Standart sapma
İndeks puan	15,85	11,07

Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin indeks puan ortalaması 15,85±11,07'dir (Tablo 6).

Tablo 7. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği kategorilerine göre dağılımı

	n	%
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	297	78,1
Sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı	53	14,0

Yeterli sağlık okuryazarlığı	24	6,3
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	6	1,6

Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği kategorilerine göre dağılımları Tablo 7’de yer almaktadır. Katılımcıların % 78,1’i yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinde, % 14,0’ı sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde, %6,3’ü yeterli sağlık okuryazarlığı kategorisinde ve %1,6’sı ise mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almaktadır (Tablo 7).

Tablo 8. Katılımcıların cinsiyet özelliğine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Cinsiyet	Ortanca	Min-Max	p*
Erkek	14,58	0-46,88	0,781
Kadın	14,58	0-48,44	

*: Mann Whitney U testi Min: minimum, max: maksimum

Katılımcıların cinsiyet özelliğine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması tablo 8’de görölmektedir. Erkeklerin sağlık okuryazarlığı ölçeği indeks puan ortancası 14,58(0-46,88) olup, kadınların sağlık okuryazarlığı ölçeği indeks puan ortancası 14,58(0-48,44)’dir. Katılımcıların cinsiyet özelliklerine göre anlamlı farklılığa rastlanmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Katılımcıların cinsiyet özelliğine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin kategorilerine ait dağılımlar**

	Erkek		Kadın		p
	n	%*	n	%*	
Yetersiz SOY	150	50,7	146	49,3	0,933
Sınırlı-sorunlu SOY	24	45,3	29	54,7	
Yeterli SOY	12	50,0	12	50,0	
Mükemmel SOY	3	50,0	3	50,0	

** : Ki-kare: 0,628 * :sadır yüzdesi SOY: sağlık okuryazarlığı

Katılımcıların cinsiyet özelliğine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin kategorilerine ait dağılımları Tablo 9'da yer almaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinin % 50,7'sini erkekler, % 49,3'ü kadınlar oluşturmaktadır. Yine mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinin % 50'sini erkekler % 50'sini kadınlar oluşturmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Katılımcıların yaş özelliğine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Yaş	Ortanca	Min- Max	p*
30 yaşın altı	13,54	0-45,31	0,001
30-50 yaş arası	11,45	0-46,88	
50 yaşın üstü ^a	21,35	0-48,44	

* : Kruskal Wallis varyans analizi Min: minimum, max: maksimum a: fark yaratan grup

Tablo 10’da, katılımcıların yaş özelliğine göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması bulunmaktadır. Katılımcıların 30 yaş altı grubu indeks puan ortancası 13,54 (0-45,31), 30-50 yaş aralığı grubu indeks puan ortancası 11,45 (0-46,88), 50 yaş üstü grubu indeks puan ortancası 21,35 (0-48,44)’dir. Yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Katılımcıların medeni durumlarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Medeni durum	Ortanca	Min- Max	p*
Evli	16,14	0-48,44	0,008
Bekâr	13,54	0-45,31	

*: Mann Whitney U testi Min: minimum, max: maksimum

Katılımcıların medeni durumlarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ait dağılımlar Tablo 11’de yer almaktadır. Evli olan katılımcıların indeksi puan ortancası 16,14 (0-48,44) ve bekâr olan katılımcıların indeksi puan ortancası 13,54 (0-45,31) olup medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Katılımcıların medeni durumlarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin kategorilerine ait dağılımlar**

	Evli		Bekâr		p
	n	%*	n	%*	
Yetersiz SOY	156	52,7	140	47,3	0,022
Sınırlı-sorunlu SOY	36	67,9	17	32,1	
Yeterli SOY	18	75,0	6	25,0	
Mükemmel SOY	5	83,3	1	16,7	

** : Ki-kare: 9,655 *:satr yüzdesi SOY: sağlık okuryazarlığı

Katılımcıların medeni durumlarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin kategorilerine ait dağılımları Tablo 12’de yer almaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olanların %52,7’si evli iken %47,3’ü bekârdır. Mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların % 83,3’ü evliyken, % 16,7’si bekârdır. Evli olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi bekâr olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık içermektedir ($p<0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Katılımcıların eğitim durumlarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Eğitim durumu	Ortanca	Min- Max	p*
İlkokul	27,60	5,73-48,44	0,001
Ortaokul	21,35	0-45,31	
Lise	16,66	0-46,88	
Üniversite ve üstü ^a	8,85	0-34,38	

*: Kruskal Wallis varyans analizi Min: minimum, max: maksimum a: fark yaratan grup

Katılımcıların eğitim durumlarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ait dağılımlar Tablo 13’de yer almaktadır. Üniversite ve üstü düzeyde eğitime sahip olanların indeks puan ortancası 8,85 (0-34,38), lise mezunu olanların 16,66 (0-46,88), ortaokul mezunu olanların 21,35 (0-45,31), ilkokul mezunu olanların 27,60 (5,73-48,44)’dir. Eğitim durumu üniversite ve üstü düzeyde olanların sağlık okuryazarlığı diğer eğitim düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık içermektedir ($p<0,05$) (Tablo13).

Tablo 14. Katılımcıların meslek durumlarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Meslek durumu	Ortanca	Min- Max	p*
Ev hanımı	23,17 ^a	0-48,44	0,001
İşçi	10,41 ^b	0-43,23	
Memur	9,89 ^b	0-46,88	
Serbest meslek	15,10 ^b	0-45,31	
Emekli	19,01	3,13-46,88	
Öğrenci	16,14	2,08-34,90	

*: Kruskal Wallis varyans analizi Min: minimum, max: maksimum a, b'den farklıdır.

Katılımcıların meslek durumlarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ait dağılımlar Tablo 14'de yer almaktadır. Ev hanımı katılımcılar sağlık okuryazarlığı 23,17 (0-48,44) indeks puan ortancasıyla, indeks puan ortancası 10,41 (0-43,23) işçilerden, 9,89 (0-46,88) olan memurlardan ve 15,10 (0-45,31) olan serbest meslek gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Katılımcıların kronik hastalık varlıklarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları indeks puanların karşılaştırılması

Kronik hastalık	Ortanca	Min- Max	p*
Var	17,18	0-46,88	0,073
Yok	13,80	0-48,44	

*: Mann Whitney U testi Min: minimum, max: maksimum

Katılımcıların kronik hastalık varlıklarına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ait dağılımlar Tablo 15’de yer almaktadır. Kronik hastalığı olan katılımcıların indeks puan ortancası 17,18 (0-46,88), olmayan katılımcıların indeks puan ortancası 13,80 (0-48,44) olup fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin kategorilerine ait dağılımlar**

	Var		Yok		p
	n	%*	n	%*	
Yetersiz SOY	75	25,3	221	74,7	0,366
Sınırlı-sorunlu SOY	14	26,4	39	73,6	
Yeterli SOY	10	41,7	14	58,3	
Mükemmel SOY	2	33,3	4	66,7	

** :Ki-kare: 3,168 * :satur yüzdesi SOY: sağlık okuryazarlığı

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin kategorilerine ait dağılımlar Tablo 16’da yer almaktadır. Yetersiz sağlık okuryazarlık kategorisindeki katılımcıların % 25,3’ünde kronik hastalık varken, % 74,7’sinde kronik hastalık yoktur. Yeterli sağlık okuryazarlık kategorisindeki katılımcıların % 41,7’sinde kronik hastalık varken, % 58,3’ünde kronik hastalık yok olup fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalığa göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları indeks puanların karşılaştırılması

Kronik Hastalık	Ortanca	Min- Max	p*
Diyabet	17,18	0-35,94	
Hipertansiyon	17,70	4,17-34,38	
Kalp hastalıkları	20,31	0-46,88	0,602
Böbrek hastalıkları	12,50	0,52-17,17	
Astım	11,97	2,60-40,10	
Diğer	13,02	0-44,79	

*: Kruskal Wallis varyans analizi Min: minimum, max: maksimum

Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalığa göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 17’de yer almaktadır. Katılımcılardan kalp hastalığı olanların indeks puan ortancası 20,31 (0-46,88) olup en yüksek değere sahiptirler. Katılımcılardan astım hastalığı olanların indeks puan ortancası 11,97 (2,60-40,10) olup en düşük değere sahiplerdir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Katılımcıların ilk başvurdukları sağlık kuruluşuna göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları indeks puanların karşılaştırılması

Sağlık Kuruluşu	Ortanca	Min- Max	p*
Aile hekimi	18,46 ^a	0-48,44	
Devlet hastanesi	14,53	0-46,88	
Üniversite hastanesi	8,85 ^b	0-46,88	0,005
Özel hastane ve klinik	11,97 ^b	0-45,31	

*: Kruskal Wallis varyans analizi Min: minimum, max: maksimum a, b’den farklıdır.

Katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşuna göre sağlık okuryazarlığı değerlendirilmesi Tablo 18’de yer almaktadır. Aile hekimine başvuranlar katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi 18,46 (0-48,44) indeks puan ortancasıdır. Aynı zamanda 8,85 (0-46,88) indeks puan ortancası olan üniversite hastanelerine başvuranlardan ve 11,97 (0-45,31) indeks puan ortancası olan özel hastane ve kliniklere başvuranlardan istatistiksel olarak anlamlı farklılık içermektedir ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Katılımcıların ilk başvurdukları sağlık kuruluşu basamağına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları indeks puanların karşılaştırılması

Sağlık Kuruluşu	Ortanca	Min- Max	p*
Birinci basamak	18,48 ^a	0-48,44	0,009
İkinci basamak	13,80	0-46,88	
Üçüncü basamak	8,85 ^b	0-46,88	

*: Kruskal Wallis varyans analizi Min: minimum, max: maksimum a, b'den farklıdır.

Katılımcıların ilk başvurdukları sağlık kuruluşu basamağına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasını inceleyecek olursak; birinci basamağı ilk tercih edenlerin indeks puan ortancası 18,48 (0-48,44) ve üçüncü basamağı ilk tercih edenlerin indeks puan ortancası 8,85 (0-46,88) olup, aradaki fark anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 19).

5. TARTIŞMA

Araştırma kapsamına dahil olan katılımcıların % 49,9'u erkek, %51,1'i kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması 35,94±13,8 olup, % 40,1'i 30 yaşın altında, %40,6'sı 30-50 yaş aralığında ve % 19,3'ü ise 50 yaşın üstündedir. Katılımcıların %56,7'si evli iken %43,3'ü bekârdır.

Araştırmaya katılanların %40,6'sının üniversite ve daha üst düzeyde eğitimi varken, % 35,6'sı lise mezunu, % 16,6'sı ortaokul mezunu ve %7,4'ü ise ilkokul mezunudur. Katılımcıların % 16,9'u ev hanımı, %13,2'si işçidir. Memur olarak görev yapan katılımcılar tüm grubun % 23,2'sini oluştururken, % 25,1'i serbest meslekle meşguldür. Katılımcıların %15,8'i öğrenci, % 5,8'i ise emeklidir.

Çalışmamızdaki katılımcı grubun % 26,6'sının ilaç kullandığı kronik bir hastalığı varken, %73,4'nün kronik bir hastalığı yoktur. Kronik hastalığı olan katılımcıların % 17,8'inde diyabet, % 15,8'inde ise hipertansiyon vardır. Kalp hastalığı olanların oranı % 27,7 iken, böbrek hastalığı olanların oranı %5 ve astım hastalığı olanların oranı ise %14,9'dur.

Araştırmaya katılanların % 22,2 sinin herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğu sağlık kuruluşu aile hekimleri ilen, %49,3'ü devlet hastanelerine, % 11,9'u üniversite hastanelerine ve %16,6'sı ise özel hastane ve/ veya kliniklere başvurmaktadır.

Araştırmaya katılanların Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin indeks puan ortalaması 15,85±11,07'dir. Katılımcıların % 78,1'i Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği kategorilerine göre yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinde, % 14,0'ı sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde, %6,3'ü yeterli sağlık okuryazarlığı kategorisinde ve %1,6'sı ise mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almaktadır.

SAĞLIK-SEN tarafından yapılan Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4, Kategorik değerlendirmede ise toplumun %64,6'sının “yetersiz” (%24,5) veya “sorunlu” (%40,1) sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır (62).

Özdemir aile sağlığı merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık seviyelerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada katılımcıların genel sağlık

okuryazarlığı indeks ortalaması $33,97 \pm 7,23$ olarak bulunmuş, katılımcıların %12,8'inin yetersiz sağlık okuryazarlığı, %35,4'ünün sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, %39,2'sinin yeterli sağlık okuryazarlığı ve %12,6'sının ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (63).

Araştırmaya katılan erkeklerin sağlık okuryazarlığı ölçeği indeks puan ortancası 14,58(0-46,88) iken, kadınların sağlık okuryazarlığı ölçeği indeks puan ortancası 14,58(0-48,44)'dir. Katılımcıların cinsiyet özelliklerine göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Malatyalı ve Biçer üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada Kadın katılımcıların sağlık okuryazarlığı algıları erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmada ayrıca Yaş, cinsiyet, ailenin gelir durumu, anne ve baba eğitim durumu, medeni durumun sağlık okuryazarlık düzeylerinde etkili olduğunu belirlemişlerdir (64).

Araştırmaya katılanların Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinin kategorilerine ait dağılımlarına göre yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinin % 50,7'sini erkekler, % 49,3'ü kadınlar oluşturmaktadır. Yine mükemmel sağlık okuryazarlığı kategorisinin % 50'sini erkekler % 50'sini kadınlar oluşturmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Demir Edirne ilinde yapmış olduğu araştırmada bireylerin yaşı, eğitim durumu, çocuk sayısı, gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, cinsiyet ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (65).

Katılımcıların 30 yaş altı grubu indeks puan ortancası 13,54 (0-45,31), 30-50 yaş aralığı grubu indeks puan ortancası 11,45 (0-46,88), 50 yaş üstü grubu indeks puan ortancası 21,35 (0-48,44)'dir. Yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

İnkaya ve Tüzer üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunu inceledikleri çalışmalarında öğrencilerin yaşları ile ölçek skoru arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğunu yaş arttıkça ölçek skorunun da arttığını tespit etmişlerdir (66).

Evli olan katılımcıların indeksi puan ortancası 16,14 (0-48,44) ve bekâr olan katılımcıların indeksi puan ortancası 13,54 (0-45,31) olup medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmaktadır ($p<0,05$).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı olanların %52,7'si evli iken %47,3'ü bekârdır. Mükemmel sağlık okuryazarlığı olanların % 83,3'ü evliyken, % 16,7'si bekârdır. Evli olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi bekâr olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık içermektedir ($p<0,05$).

Üniversite ve üstü düzeyde eğitime sahip olanların indeks puan ortancası 8,85 (0-34,38), lise mezunu olanların 16,66 (0-46,88), ortaokul mezunu olanların 21,35 (0-45,31), ilkokul mezunu olanların 27,60 (5,73-48,44)'dir. Eğitim durumu üniversite ve üstü düzeyde olanların sağlık okuryazarlığı diğer eğitim düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık içermektedir ($p<0,05$).

Ev hanımı katılımcılar sağlık okuryazarlığı 23,17 (0-48,44) indeks puan ortancasıyla, indeks puan ortancası 10,41 (0-43,23) işçilerden, 9,89 (0-46,88) olan memurlardan ve 15,10 (0-45,31) olan serbest meslek gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır ($p<0,05$).

Kronik hastalığı olan katılımcıların indeks puan ortancası 17,18 (0-46,88), olmayan katılımcıların indeks puan ortancası 13,80 (0-48,44) olup fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Yetersiz sağlık okuryazarlık kategorisindeki katılımcıların % 25,3'ünde kronik hastalık varken, % 74,7'sinde kronik hastalık yoktur. Yeterli sağlık okuryazarlık kategorisindeki katılımcıların % 41,7'sinde kronik hastalık varken, % 58,3'ünde kronik hastalık yok olup fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcılardan kalp hastalığı olanların indeks puan ortancası 20,31 (0-46,88) olup en yüksek değere sahiptirler. Katılımcılardan astım hastalığı olanların indeks puan ortancası 11,97 (2,60-40,10) olup en düşük değere sahiplerdir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Aile hekimine başvuranlar katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi 18,46 (0-48,44) indeks puan ortancasıdır. Aynı zamanda 8,85 (0-46,88) indeks puan ortancası olan üniversite hastanelerine başvuranlardan ve 11,97 (0-45,31) indeks puan ortancası olan özel hastane ve kliniklere başvuranlardan istatistiksel olarak anlamlı farklılık içermektedir ($p<0,05$).

Katılımcıların ilk başvurdukları sağlık kuruluşu basamağına göre Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeğinden aldıkları puanlarda birinci basamağı ilk tercih edenlerin indeks

puan ortancası 18,48 (0-48,44) ve üçüncü basamağı ilk tercih edenlerin indeks puan ortancası 8,85 (0-46,88) olup, aradaki fark anlamlıdır ($p<0,05$).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda cinsiyet, medeni durumun, yaş, eğitim durumu, sağlık kuruluşuna başvurma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeylerinde etkili olduğunu belirlemiş, kronik hastalık olma durumu, kalp hastalığı olma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeylerinde etkili olmadığı belirlemiştir.

Elde edilen sonuçlar ışığında öneriler;

1. Sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseltilmesi için bu konudaki eğitimin erken çağlarda verilmesi gerekmektedir.

2. Bireylerin sağlıklarını geliştirmeleri ile ilgili bilgileri öğrenmeleri ve kullanmaları sağlanmalıdır.

3. Yetişkin bireylerin de sağlık okuryazarlığı konusunda bilgilendirilmeleri bu konuda eğitim ve bilgilendirme materyalleri hazırlanmalıdır.

4. Her bireyin kendine özgü özelliklerine uygun eğitim programları düzenlenerek sağlık okuryazarlığı konusunda bilgilendirilmeleri gereklidir

5. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili eğitimlere ve bilgilendirme çalışmalarına katılım seviyesinin yüksek tutulması gereklidir.

6. Bireylerin sağlık okuryazarlığının önemini algılamaları, bu konunun kendileri ve çevresindekiler için ne kadar önemli olduğunu bilmeleri sağlanmalıdır.

Sağlıklı olmak ve iyilik hali için yeni yöntemler geliştirilmelidir: Hem sağlık ve iyilik anlayışı bakımından hem de eğitim yöntemleri bakımından gelişmeler izlenmeli ve yeni kavramlar ve yeni yöntemler uygulanmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Güven A. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2016.
2. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull* 2016, 15(1): 69-74.
3. Uğurlu Z. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2011.
4. Fraenkel, L. Incorporating patients' preferences into medical decision making. *Medical Care Research and Review* 2013, 70(1): 80-93.
5. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. *Health Promotion International* 1998, 13(4): 349-64.
6. Duman A. Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamaalarında Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Belirleme. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2017.
7. Akçelik E. Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2017.
8. Çopurlar CK, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care* 2016, 10(1): 40-7
9. 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): 1-9.
10. Berberoğlu U, Özütök O, İnci, MB, Ekerbiçer HÇ. Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi, *Sakarya Tıp Derg.* 2018, 8(3): 575-81.
11. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing Awareness of the Importance of Health Literacy in Individuals with COPD. 2013, 10(1): 72-8.

12. Literacy Baur C. National Action Plan to Improve Health, *U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion* 2010: 7-8.
13. Sezgin, D. Sağlık okuryazarlığını anlamak, *İletişim Derg*, 2013: 73-92.
14. Scott K, Simonds, PH. Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs* 1974, 2(1): 1-10.
15. 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.
16. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations* 2008, 11(2): 113-22.
17. Baker DW, Parker R, Williams M, Clark W. Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. *Journal of General Internal Medicine*, 1998, 13(12): 791-8.
18. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg*. 9(4): 142-7.
19. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine of The National Academies. Washington: The National Academies Press, 2004: 48.
20. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*, Sağlık – Sen Yayınları, 2014: 60.
21. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research* 2010, 25(3): 464-77.
22. Joplin S, van der Zwan R, Joshua F, Wong PK. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: the effect of patient education, health literacy, and musculoskeletal ultrasound. *Biomed Res Int*. 2015, 150658: 1-10.
23. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi, *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2014, 17(3): 165-70.
24. Özönük E. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastalarda Tedaviye Uyum İle Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, İzmir: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi.

25. Gündoğdu G, Kılıç T. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinde (Health Promotion) Sosyal Medya Kullanımının Etkisi Sağlık Bakanlığı'nın Sosyal Medya Kullanımı. 1. Uluslararası İletişimde Yeni Yönelimler Konferansı, 2017, 51.
26. Tones K, Health literacy: new wine in old bottles? *Health Education Research*, 2002 17: 287-90.
27. Gökkoca ZU. Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler, *Sürekli Tıp Eğ. Derg.* 2001, 10(10): 371-4.
28. Koçak A, Bulduklu Y. Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları, *Selçuk İletişim Derg.* 2010, 6(3): 5-17.
29. Şengün H. Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yönetimi, *İstanbul Tıp Fak. Derg.* 2016, 79(1): 38-42.
30. Kurtoğlu S. Sosyal Pazarlama Kavramının Analizi, *Sosyal Bilimler Derg.* 2007, (1): 125-34.
31. Bozpolat C, Cömert Y. Sağlık Sektöründe Sosyal Pazarlama Uygulamaları: Obezite ile Mücadele Kampanyası Üzerine Bir Araştırma. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Derg.* 2016, 6(1): 43-64.
32. Peerson A, Saunders M. Health Literacy Revisited: What Do We Mean and Why Does it Matter? *Health Promotion International* 2009, 3: 285-96.
33. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact Of Communicative And Critical Health Literacy On Understanding Of Diabetes Care And Self-Efficacy in Diabetes Management: Across-Sectional Study Of Primary Care in Japan, *BMC Family Practice* 2013, 14(40): 1-9.
34. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine.* 2008, 67: 2072-8.
35. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. MS. The Prevalence of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine* 2005, 20: 175-84.
36. Publication Chiarelli L. *The Impact of Low Health Literacy on Chronic Disease Prevention and Control.* Canadian Public Health Association, 2006, 5.

37. Üçpınar E. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması. Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2014.
38. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Consumers, *The Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety And Quality*. Consultation Paper. Sydney, 2013, 15.
39. Kindig D, Panzer A, Nielsen-Bohlman L. *Health literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press, 2004, 35.
40. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K. Low. Health Literacy and Health Outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 2011, 155(2): 97-107.
41. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA(Eds.), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, National Academies Press, Washington, 2004, 31- 55.
42. Rudd RE, Kirsch I, Yamamoto K. *Literacy and Health in America. Policy Information Report. Policy Information Center*. Educational Testing Service. 2004, 19.
43. Wennberg DE, Marr AA, Lang L, O'Malley S, Bennett G A randomized trial of a telephone caremanagement strategy. *New England Journal Medicine* 2010, 363: 1245–55.
44. Okyay P, Abacıgil F. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2016, 80.
45. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health Literacy Among Adults: A Study from Turkey. *Health Educ Res*. 2010, 25(3): 464-77.
46. Satman İ, Yılmaz T, Şengul A, Salman S, Salman F, Baştar İ, Türkiye’de Diyabet ve Risk Faktörlerinin Populasyon Bazlı Araştırması: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Araştırması (TURDEP) Sonuçları. *Calamus*, 2003: 1-10
47. Kabakçı G, Abacı A, Ertuş F S, Özerkan F, Erol Ç, Oto A. THINK Çalışması, Türk Kardiyol Dern Arş.- Arch Turk Soc Cardiol 2006, 34(7): 395-405
48. The Solid Facts, Health Licetary, , (Ed) Kickbusch I. Pelikan JM, Apfel, F, Trouros AD. Worl Health Organization 2013, 7.

49. Gong DA, Lee JY, Rozier RG, Pahel BT, Richman JA, Vann WF. Development and testing of the test of functional health literacy in dentistry (TOFHLiD). *Journal of Public Health Dentistry* 2007, 67(2): 105-112.
50. Pavlekovic G, Donev D, Kragelj LZ. *Health Promotion Glossary: Selected Terms and Comments*. Health Promotion and Disease Prevention 2007, 789.
51. Bass PF, Wilson JF, and Griffith CH. A Shortened Instrument for Literacy Screening. *Journal of General Internal Medicine* 2003, 18(12): 1036-8.
52. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy* (NCES 2006-483). Washington, DC: US Department of Education, National Center for Education Statistics, 2006, 17.
53. Baker DW. The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 2006, 21: 878-83
54. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice* 2006, 7(1): 21-35
55. Tözün M, Sözmen KM. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Derg.* 2014, (2): 48-54.
56. Maniaci MJ, Heckman MG, Dawson NL. Functional health literacy and understanding of medications at discharge. *Mayo Clinic Proceedings*, 2008, 85: 554-58
57. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss J R. The test of Functional Health Literacy in Adults (TOFLA): A New Instrument for Measuring Patient's Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine* 1995, 10: 537-42.
58. Baker DW. The Meaning And The Measure Of Health Literacy. *J Gen Intern Med.* 2006, 21(8): 878-83.
59. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW et al. Rapid Estimate of Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. *The Annals of Family Medicine* 1993, 25: 391-5.
60. Yalçın Balçık P, Şahin B. Health Literacy. *TAF Prev Med Bull*, 2014, 13(4): 321-6.

61. Pfizer. The Newest Vital Sign. <https://www.pfizer.com/health/literacy/publicpolicy-researchers/nvs-toolkit>. 5 Şubat 2019
62. Chew LD, Griffin J M, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Snyder A et al. Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a large VA Outpatient Population. *Journal of General Internal Medicine*. 2007, 23(5): 561-6.
63. Ormanlı M. 12-16yaş grubu başarısız öğrencilerin başarı testi performanslarının görsel motor idrakleri ile karşılaştırılması. *İstanbul Üniversitesi Psikoloji Çalışmaları Derg.* 1984: 41-52.
64. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*, Ankara, 2014.
65. Özdemir Y. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2018.
66. Malatyalı İ. Biçer EB. Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği, *ASHD* 2018, 17(2): 1-15.
67. Demirli, P. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2018.
68. İnkaya, B. Tüzer, H. Bir Üniversitenin Sosyal ve Sağlık Bilimlerinde Okuyan Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı durumunun İncelenmesi, *Kocaeli Med J* 2018, 7: 124-9

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

Mehmet Koray ÖZDEMİR, 1989 Malatya Darende doğumlu. İlköğretim ve lise eğitimini Malatya’da tamamladı. 2008-2012 yılları arasında Malatya Fırat Üniversitesi’nde hemşirelik eğitimini tamamladı. 2013-2014 yılları arasında Turgut Özal Tıp Merkezinde hemşire olarak görev yaptı. 2014-2015 yılları arasında Erzurum Karayazı Toplum Sağlığı Merkezinde görev yaptı. 2015-2016 arasında Ağrı Halk Sağlığı Müdürlüğünde görev yaptı. 2016-2017 arasında Hekimhan Devlet Hastanesinde görev yaptı. 2017-2018 yılları arasında Battalgazi Semt Polikliniğinde görev yaptı. 2018 yılından itibaren de Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk acil polikliniğinde halen görev yapmaktadır.

EK-2. Anket Formu

SAGLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (TSOY-32)

Sayın katılımcı,

Sağlık okuryazarlığı, sağlık ile ilgili bilgileri okuma, anlama ve bu bilgileri kullanma ile ilgili becerilerin tümünü ifade etmektedir. Bu anket, Malatya İlinde sağlık okuryazarlığı ölçmek için hazırlanmıştır. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak olup, veriler bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Lütfen sizin için uygun kutucuğu işaretleyiniz.

İlginiz için teşekkür ederim.

Anketi yapan kişinin adı soyadı

I. BÖLÜM

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın

3. Medeni 1. Evli 2. Bekar

durumunuz:

4. Eğitim durumunuz (en son bitirilen okulu belirtiniz)

1. İlkokul mezunu 2. Ortaokul mezunu 3. Lise mezunu 4. Meslek Yüksekokulu mezunu

5. Üniversite mezunu 6. Yüksek lisans mezunu 7. Doktora mezunu

5. Mesleğiniz

1. Ev hanımı 2. İşçi 3. Emekli 4. Öğrenci

5. Memur 6. Esnaf 7. Serbest çalışan 8. Çiftçi

9. Diğerleri Belirtiniz

6. Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

Cevabınız evet ise nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Diyabet 2. Hipertansiyon 3. Kalp hastalığı 4. Böbrek hastalığı

5. Astım 6. Diğer (lütfen belirtiniz).....

7. Herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir?

1. Aile hekimi 2. Devlet hastanesi 3. Üniversite hastanesi 4. Özel hastane

5. Özel muayenehane

II. BÖLÜM

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini “çok kolay / kolay / zor / çok zor/ fikrim yok” seçeneklerden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile işaretleyiniz.

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

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

EK-3. Anket Uygulama Onayı

22/03/2019

MALATYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Sayın Mehmet Koray ÖZDEMİR

"Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Battalgazi Semt Polikliniği yetişkinler üzerinde sağlık okur yazarlık düzeyi" adlı tez için anket çalışmasının yapılması uygundur.

Uygundur



EK-4. Etik Kurul Onay Formu

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
30.07.2019	12	2019/301	
<p>Karar No: 2019/301: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 30.07.2019 tarihinde İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Toplantı Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'n da Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'ın sorumlu araştırmacısı olduğu; Sağlık Bakanlığı Battalgazi Semt Polikliniğinde Hemşire Mehmet Koray ÖZDEMİR'in yardımcı araştırmacı olduğu; "Malatya Merkezinde Bir Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okur Yazarlık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>etik onayı verilmesine</u>; oy birliği ile karar verildi.</p>			
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILMADI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI