



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN HASTALARIN
SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ:
KAHRAMANMARAŞ İLİ ÖRNEĞİ**

Yakup ÖZDEMİR

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2018

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN HASTALARIN
SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ:
KAHRAMANMARAŞ İLİ ÖRNEĞİ**

Yakup ÖZDEMİR

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2018

KABUL VE ONAY SAYFASI

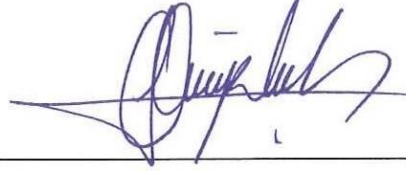
Yakup ÖZDEMİR tarafından hazırlanan “Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği” başlıklı bu çalışma, 28/08/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



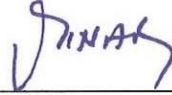
Prof. Dr. Türkan YILDIRIM (Başkan)



Prof. Dr. İsmet ŞAHİN (Danışman)



Doç. Dr. Oğuz IŞIK



Dr. Öğr. Üyesi Pınar YALÇIN BALÇIK



Dr. Öğr. Üyesi Serap TAŞKAYA

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

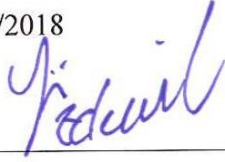
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kâğıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- ☐ Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- ☒ Tezimin/Raporumun 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

10/09/2018



Yakup ÖZDEMİR

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

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

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

● **Tezimin/Raporumun 28/08/2021 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

O Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

10/09/2018

Yakup ÖZDEMİR

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. İsmet şAHİN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.


Yakup ÖZDEMİR



TEŞEKKÜR

Araştırma süresi boyunca danışmanlığımı üstlenerek bana her konuda yol gösteren, çalışmamın planlanmasında, gerçekleştirilmesinde ve sonuçlandırılmasında bilimsel katkı ve manevi desteğini esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM ve Prof. Dr. İsmet ŞAHİN'e,

Anket çalışması süresince yardımlarını esirgemeyen Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışanları ve özellikle Destek Hizmetleri Şube Müdürü Sayın Bayram PAKSOY kardeşime,

Araştırma boyunca sabrı ve hoşgörüsü ile hep yanımda olan saygıdeğer eşime ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

ÖZDEMİR, Yakup. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Sağlık okuryazarlığı, tüm dünyada olduğu gibi Avrupa Birliği ve Türkiye’de giderek önemi artan bir kavram haline gelmiştir. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi, bu alanda yapılacak çalışmalara ışık tutması bakımından oldukça önemlidir. Bu araştırma Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla, 01.10.2015-31.12.2015 tarihleri arasında Kahramanmaraş ili merkez ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran bireyler üzerinde kolayda örneklem yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada iki bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Birinci bölüm; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve ailenin aylık geliri gibi çeşitli soruların bulunduğu sosyodemografik değişkenlerden oluşmaktadır. İkinci bölümde ise; Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında geliştirilen 47 soruluk “Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlık Anketi” (SOYA-AB) anketi kullanılmıştır. Yapılan örneklem hesaplaması sonucu, minimum 384 kişi üzerinde araştırmanın gerçekleştirilmesine karar verilmiş olup cevaplanmama oranı da göz önünde bulundurularak 500 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada 500 kişiye anket ulaştırılmış ancak çeşitli nedenlerden dolayı 421 anket formu üzerinden analizler yapılabilmektedir. Araştırma sonucunda, araştırmaya katılanların %50,6’sının kadın, %33,5’inin 25-34 yaş grubunda, %77,2’sinin evli, %26,1’inin lise mezunu ve %48,9’u memur olarak görev yaptığı anlaşılmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalaması $33,97 \pm 7,23$ olarak bulunmuştur. 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.

Anahtar Sözcükler

Sağlık, Sağlık Okuryazarlığı, Aile Sağlığı Merkezi, Hastalıktan Korunma, Sağlığın İyileştirilmesi

ABSTRACT

ÖZDEMİR, Yakup. Determination of Health Literacy Level of Patients' who apply to Family Health Centers: Kahramanmaraş Province Example, Master's Thesis, Ankara, 2018.

Health Literacy has become an increasingly important concept in the European Union and Turkey as it is in the whole world. The determination of the level of health literacy of individuals is very important in terms of shedding light on the work to be done in this area. This study was conducted by using convenience sampling method for individuals who applied to Family Health Centers in Kahramanmaraş province center districts between 01.10.2015-31.12.2015 to determine health literacy levels of patients who applied to Family Health Centers. A questionnaire consisting of two sections was used in the research. The first part is sociodemographic variables in which there are various questions such as age, gender, marital status, educational status, occupation and monthly income of the family. In the second part, a 47-item The European Health Literacy Survey (HLS-EU) survey, which was developed within the framework of the European Health Literacy Project, was used. As a result of the sample calculation, it was decided that the research should be carried out on a minimum of 384 people and it is aimed to reach to 500 people by considering the non-response rate. A survey of 500 people was conducted in the survey, but 421 questionnaires were available for various reasons. As a result of the research, 50.6% of the respondents were female, 33.5% were between the age group 25-34, 77.2% of them were married, 26.1% were high school graduates and it is understood that 48.9% served as civil servants. As a result of the research, the average health literacy index of the participants was found as 33.97 ± 7.23 . It was determined that 12.8% of the participants had inadequate health literacy, 35.4% had problem-limited health literacy, 39.2% had adequate health literacy and 12.6% had excellent health literacy.

Keywords

Health, Health Literacy, Family Health Center, Disease Prevention, Health Promotion

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
BİLDİRİM	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iii
ETİK BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. GENEL OKURYAZARLIK	4
2.1.1. Genel Okuryazarlık Boyutları.....	6
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	8
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli	10
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Boyutları.....	17
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	18
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	21
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçekleri	24
2.2.6. Sınırlı Sağlık Okuryazarlığının Prevalansı ve Sonuçları	28
2.2.7. Sağlık Okuryazarlığı ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İlişkisi	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. AMAÇ.....	35
3.2. PROBLEM CÜMLESİ	35
3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	36
3.4. SINIRLILIKLAR VE VARSAYIMLAR.....	37
3.5. HİPOTEZLER.....	37
3.6. VERİ TOPLAMA ARACI	38
3.7. İÇ TUTARLILIK BİLGİLERİ.....	39

3.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	39
3.9. VERİ ANALİZİ VE İNDEKSLERİN HESAPLANMASI	40
4. BULGULAR VE TARTIŞMA	42
4.1. ARAŞTIRMA GRUBUNUN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ.....	42
4.1.1. Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumları	42
4.1.2. Aylık Gelir, Sağlık Giderlerini ve Faturalarını Karşılatabilme Durumu	43
4.1.3. Aile Tipi, Hanede Yaşayan Kişi Sayısı, Yaşanılan Ev Durumu ve Yapısı ...	44
4.1.4. Okuma Yazma Alışkanlıkları	45
4.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ VE İNDEKS PUANLARI ...	45
4.2.1. SOYA-AB Ölçeğine Verilen Cevap Dağılımları	45
4.2.2. Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanları	52
4.3. GENEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÇEŞİTLİ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE İNCELENMESİ	56
4.3.1. Genel Sağlık Okuryazarlığının Cinsiyete Göre İncelenmesi.....	56
4.3.2. Genel Sağlık Okuryazarlığının Yaşa Göre İncelenmesi	57
4.3.3. Genel Sağlık Okuryazarlığının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi	58
4.3.4. Genel Sağlık Okuryazarlığının Çalışma Durumuna Göre İncelenmesi.....	60
4.3.5. Genel Sağlık Okuryazarlığının Medeni Duruma Göre İncelenmesi.....	61
4.3.6. Genel Sağlık Okuryazarlığının Gelir Durumuna Göre İncelenmesi.....	62
4.3.7. Genel Sağlık Okuryazarlığının Sağlık İhtiyaçlarını Karşılama ve Faturalarını Ödeme Durumuna Göre İncelenmesi	64
4.3.8. Genel Sağlık Okuryazarlığının Aile ve Yaşanılan Ev Durumuna Göre İncelenmesi	67
4.3.9. Genel Sağlık Okuryazarlığının Okuma Alışkanlıklarına Göre İncelenmesi .	68
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
5.1. SONUÇ	71
5.2. ÖNERİLER.....	73
KAYNAKLAR	74
EKLER.....	86

KISALTMALAR DİZİNİ

AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality
AMA	: American Medical Association
AB	: Avrupa Birliği
CLQ	: The Centre for Literacy of Quebec
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HALS	: Health Activities Literacy Scale
HHS	: U.S. Department of Health and Human Services
HLS- EU	: Health Literacy Survey-European Union
IFS	: Institute for Statistics
IOM	: Institute of Medicine
NAAL	: National Assessment of Adult Literacy
NALS	: National Adult Literacy Survey
NVS	: Newest Vital Sign
OECD	: The Organisation for Economic Co-operation and Development
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
REALM-R	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – Revised
SASAM	: Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
S-TOFHLA	: Short-Test of Functional Health Literacy in Adults
TDK	: Türk Dil Kurumu
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
UN	: United Nations
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	: World Health Organisation
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Risk Faktörü Olarak Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli	12
Şekil 2. Kazanç Olarak Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli	13
Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli	15
Şekil 4. Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları	23



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. SOYA-AB Alt Boyut ve Bilgi İşleme Süreçleri Soru Numaraları	38
Tablo 2. Ölçeğin Genel ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizleri	39
Tablo 3. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Eğitim Durumu ve Çalışma Durumu	42
Tablo 4. Katılımcıların Aylık Gelir, Sağlık Giderlerini ve Faturalarını Karşılama Durumu	43
Tablo 5. Aile Tipi, Hanede Yaşayan Kişi Sayısı, Yaşanılan Ev Durumu ve Yapısı.....	44
Tablo 6. Okuma Yazma Etkinliklerine Katılım Durumu	45
Tablo 7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYA-AB) Madde Dağılımına Göre Yanıt Yüzdeleri	45
Tablo 8. Sorulara Verilen “Zor ve Çok Zor” Cevaplarına ait Toplam Yüzde Dağılımları ve Karşılaştırmaları	49
Tablo 9. Genel ve Alt Boyutların Tanımlayıcı İstatistikleri ve İndeks Puanları	52
Tablo 10. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndeks Puanı	54
Tablo 11. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	54
Tablo 12. Alt Boyutlara ve Bilgi İşleme Süreçlerine Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	55
Tablo 13. Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Karşılaştırması.....	56
Tablo 14. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	57
Tablo 15. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Cinsiyete Göre İncelenmesi	57
Tablo 16. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı	58
Tablo 17. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Yaşa Göre İncelenmesi	58
Tablo 18. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	59
Tablo 19. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi	59
Tablo 20. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	60
Tablo 21. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Çalışma Durumuna Göre İncelenmesi	61
Tablo 22. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı	62
Tablo 23. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Medeni Duruma Göre İncelenmesi.....	62
Tablo 24. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre Dağılımı	63
Tablo 25. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Gelir Durumuna Göre İncelenmesi.....	63

Tablo 26. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Sağlık İhtiyaçlarını Karşılama ve Faturalarını Ödeme Durumuna Göre Dağılımı	64
Tablo 27. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Sağlık İhtiyaçlarını Karşılama ve Faturalarını Karşılama Durumuna Göre İncelenmesi	65
Tablo 28. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Aile ve Yaşanılan Ev Durumuna Göre Dağılımı	67
Tablo 29. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Aile ve Yaşanılan Ev Durumuna Göre İncelenmesi	68
Tablo 30. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Okuma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı..	69
Tablo 31. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Okuma Alışkanlıklarına Göre İncelenmesi.	70



1. GİRİŞ

Sağlık insan mutluluğu için oldukça önemli ve öncelikli bir etmendir. Sağlıklı olma halinin varlığından ziyade yokluğu, bireyler tarafından daha çok hissedilir (Başol ve Işık, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “ruhen, bedenlen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamaktadır. DSÖ’ye göre sağlıklı bireyden bahsedebilmek için, kişinin sadece hastalık veya sakatlığının olmayışı değil aynı zamanda zihnen ve ruhen de tam bir iyilik hali içerisinde olması gerekmektedir (WHO, 2017).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de, hızlı bir şekilde yaşanan sosyal ve ekonomik değişimlere paralel olarak sağlık sorunlarının boyutları da önemli ölçüde değişmektedir. Günümüzde toplum sağlığını; kalp hastalıkları, kanser, bulaşıcı hastalıklar, obezite gibi fiziksel hastalıkların yanı sıra ruhsal bozukluklar da büyük ölçüde etkilemektedir (Başol ve Işık, 2015). Hastalıklar, hastalıktan korunma yolları ve tedavi yöntemlerinde yaşanan bu hızlı değişimle birlikte, sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar arasındaki iletişimin doğası da değişmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar arasındaki iletişim sürecinde, hastanın sağlık personelinin tam olarak anlayabilmesi, yazılı metinleri ve sayıları okuyabilmesi, her iki taraf için de büyük önem taşımaktadır (Sezgin, 2013).

Modern toplumlarda, hayatın neredeyse her alanında sağlıkla ilgili sorunlarla ve bu sorunlar hakkında karar alma durumları ile karşı karşıya kalmaktayız. Toplumdaki tüm bireylerden, hem kendi sağlığı hem de çevresindeki kişilerin sağlığı ile ilgili çeşitli kararlar almaları beklenmektedir (U.S. Department of Health and Human Services [HHS], 2010). Sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliği, verimliliği ve kalitesi de, sağlık hizmetini alan bireylerin kendi sağlıkları konusunda verdikleri bu kararlara bağlı kalmaktadır (Balçık vd, 2014). Ancak sağlık sistemleri her geçen gün giderek daha karmaşık hale gelmekte ve çok farklı sektörlerden daha geniş kapsamlı sağlık hizmet sağlayıcılarını kapsamaktadır. Aynı şekilde bu sistemler hastaların karar alma mekanizmalarına daha fazla katılımına ihtiyaç duymakta ve bilgi düzeyi yüksek hastalar, yüksek katılım sağlayan vatandaşlar veya güçlü toplumlar gibi konularla giderek daha ilişkili hale gelmeye başlamışlardır (Kickbusch and Maag, 2008).

Çok hızlı bir şekilde genişleyen ve giderek karmaşık hale gelen sağlık hizmet ortamlarında, kişilerin işlerini görmesi ve rahat bir şekilde hizmet alabilmesi için çok

daha fazla bilgi, beceri ve kapasiteye ihtiyaçları vardır. Kişilerin uygun sağlık kararları alması ise; bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri elde etme, anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitesinin derecesi anlamına gelen sağlık okuryazarlığı seviyeleri tarafından belirlenmektedir (Nutbeam 1998, Kickbusch and Maag 2008).

Sağlık okuryazarlığı genel anlamda, bireylerin uygun sağlık kararları verebilmeleri için gereksinim duydukları sağlık bilgilerini erişme, anlama, değerlendirme ve amaçları doğrultusunda kullanma becerilerinin düzeyini tanımlayan bir kavram olarak görülmektedir (WHO, 2015). Kavramsallaştırmanın geniş bir çerçeveyi içine alması nedeniyle sağlık okuryazarlığı, çok sayıda etmenle ilişkili bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin ve sağlık profesyonellerinin sağlık bilgileri ve iletişim becerilerinin yanı sıra, sağlık sisteminin nitelikleri ve genel işleyişinden, sağlık politikaları ve ülkenin kültürel yapısına kadar birçok etmen, sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilebilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Yaşamın farklı evreleri boyunca sağlık bilgilerini okuyup anlamak ve elde edilen bilgiler ışığında iletişim kurmanın ne demek olduğu da dahil birçok boyuta sahip olan sağlık okuryazarlığı; sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması, sağlık maliyetlerinin düşürülmesi, sağlığın geliştirilmesi, sağlıkta eşitliğin sağlanması, hastaların sağlık kararlarının da içinde olduğu sağlık sistemi ile ilgili birçok konunun merkezinde yer almaktadır (Perrin 1998, HHS 2000, Parker et al 2003).

Bireylerin sağlık okuryazarlık seviyesinin düşük olması, sağlık iletişimi girişimlerinin istenilen sonuçlara ulaşmasına engel olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığının düşüklüğü ve yetersiz sağlık bilgisi, hem bireysel hem de toplumsal anlamda sosyal ve ekonomik riskler oluşturmaktadır. Bu alanda sağlanacak bir gelişmenin bireysel, toplumsal ve ekonomik planda pek çok kazanımı beraberinde getireceği düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlığında sağlanacak ilerleme, bireylerin sağlık davranışlarında olumlu yönde değişimin yanı sıra, sunulan sağlık hizmetlerinin ve sağlığa ayrılan kaynakların daha etkin kullanımı gibi konularda da birçok faydasının olacağı düşünülmektedir (Sezgin, 2013).

Sağlık okuryazarlığı alanında yapılan çalışmalarda, yetersiz sağlık okuryazarlığının koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanma ve kanser gibi erken teşhis edilen hastalıklar için tarama sıklığında azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sağlık

okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin birinci basamak sağlık kurumlarından ziyade daha çok tedavi edici sağlık hizmeti sununan kurumlara başvurduğu ve bu kişilerin daha yüksek hastane yatış oranlarına sahip olduğu tespit edilmiştir (Safeer and Keenan, 2005). Aynı şekilde yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireylerin acil sağlık hizmetleri kullanımı daha yaygındır. Astım, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalığı olanlardan, yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinde olan bireylerin çoğunun hastalıkları ile ilgili temel sağlık bilgilerinden yoksun oldukları görülmektedir (AMA 1999). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık sonuçları üzerindeki tüm bu etkilerinden dolayı halk sağlığı alanının önemli konularından birisi olarak görülmektedir (Kickbusch, 2001).



2. GENEL BİLGİLER

2.1. GENEL OKURYAZARLIK

Günümüzün hızla değişen bilgi temelli toplumlarında, temel okuryazarlık becerilerinin edinimi ve bu becerilerin hayat boyu uygulanması ve geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (UNESCO, 2018). Son dönemlerde, özellikle gelişmiş ve sanayileşmiş ülkelerde, oldukça önemli hale gelen okuryazarlık kavramının tanımı ekonomik, kültürel ve toplumsal değişime paralel olarak zamanla değişiklik göstermeye başlamıştır. Önceleri adını soyadını yazıp imza atabilen kişi okuryazar olarak kabul edilirken, günümüzde okuryazarlığın boyutları daha da genişlemektedir. Geçmişin aksine, toplumdaki görevlerini eksiksiz bir şekilde yerine getirebilmeleri için bireylerin yüksek okuryazarlık düzeylerine ihtiyacı vardır (Murray et al, 1997).

Okuryazarlık kavramının günümüze kadar çeşitli tanımları yapılagelmiştir. En genel ifade ile okuryazarlık, alfabe ile yazılı metinleri okuyabilme ve yazabilme durumu olarak görülmektedir. Diğer genel bir tanımda Kanj ve Mitic (2009) okuryazarlığı; bir dili konuşma, okuma, yazma, dinleme ve anlama yeteneği olarak ifade etmektedirler (Mancuso 2008, Kanj and Mitic 2009). Türk Dil Kurumu ise (TDK) okuryazar kişileri; okuması yazması olan, öğrenim görmüş kimse olarak açıklamaktadır (TDK Güncel Sözlük).

Literatüre bakıldığında, yukarıda genel açıklamaları verilen okuryazarlık kavramının üzerine çok fazla çalışma yapıldığı, birçok farkı açıklamanın yapıldığı ve yapılan bu tanımlar üzerinde tam bir fikir birliğinin olmadığı görülmektedir (The Centre for Literacy of Quebec [CLQ], 2008).

Amerika Birleşik Devletlerinde, 1991 yılında kabul edilen Ulusal Okuryazarlık Yasası okuryazarlığı; kişilerin amaçlarına ulaşması, kendi bilgi ve potansiyelini geliştirmesi, bulunduğu toplum veya iş hayatındaki işlevlerini yürütebilmesi ve karşılaştığı problemleri çözebilmesine yetecek düzeyde İngilizceyi okuma, yazma ve konuşma konusundaki bireysel yeterlilik şeklinde ifade etmiştir. Bu yasa ile tüm yetişkinlerin günlük yaşamlarında ve işlerindeki fonksiyonlarını etkili bir şekilde yerine getirebilmeleri için ihtiyaç duydukları temel beceri ve okuryazarlık seviyelerinin

artırılması ve bu amaca ulaşmak adına yürütülen yetişkin okuryazarlık programlarının güçlendirilmesi ve koordine edilmesi amaçlanmıştır (National Literacy Act, 1991).

Okuryazarlığı en temel insan haklarından birisi olarak gören ve yaşam boyu öğrenmenin temelini oluşturduğunu düşünen Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) ise okuryazarlığı; bireylere hayat boyu öğrenme imkânı veren, sosyal yaşam, iş hayatı ve tüm topluma tam anlamıyla katılımını sağlayan, giderek artan teknolojik problemleri çözme kabiliyetinin yanı sıra, bireylerin okuma, yazma, iletişim kurma, hesaplama, yazılı ve basılı materyalleri kullanma yeteneklerini de kapsayan yetkinlikler düzeyi ve sürekli öğrenme süreci şeklinde ifade etmiştir (UNESCO, 2016). UNESCO okuryazarlığı; sosyal ve bireysel kalkınmanın gerçekleşmesi için de gerekli bir olgu olarak kabul etmektedir. Okuryazarlık; bireyler, aileler ve toplumlar için kişilerin gelirini, sağlığını ve dünyayla olan ilişkilerini geliştirme ve güçlendirme aracıdır (UNESCO, 2015).

Diğer tanımlara bakıldığında, Kellner'in (2000); "toplumun anlamlaştırdığı iletişimsel simgeleri etkili bir biçimde kullanabilme konusunda yeterlilik kazanabilmek" olarak açıkladığı, okuryazarlık kavramını (Kellner, 2000), Kirsch ve arkadaşlarının (1993) ise; kişilerin hedeflerine ulaşmak, bilgi ve potansiyelini geliştirmek ve toplum içerisindeki işlevlerini yerine getirebilmek için basılı ve yazılı bilgileri kullanabilmesi şeklinde ifade ettikleri görülmektedir (Kirsch et al, 1993).

Okuryazarlık çok boyutlu bir kavram olup, sadece bilişsel beceriler gerektirmekle kalmaz aynı zamanda kavramın sosyal yönleri de bulunmaktadır. Bireylerin okuma, yazma, konuşma ve hesaplama becerileri ile iş ve toplumdaki fonksiyonları için bilgi ve potansiyelini geliştirmede ve amaçlarına ulaşmada gerekli yeterlilik düzeyine ulaşmasını sağlayan okuryazarlığın literatürde altı yeterlilik boyutu tanımlanmıştır. Bunlar operasyonel, interaktif, otonom, bilgisel, içeriksel ve kültürel yeterliliklerdir. Bunlar sağlık okuryazarlığı için de gerekli olan öncül yeterlilik düzeyleridir (Mancuso, 2008).

Operasyonel yeterlilik; dilin etkili bir şekilde kullanımı için araçları, uygulamaları ve teknikleri kullanma yeteneğidir (Kerka, 2003). Kişilerin yaşam için günlük temel ihtiyaçlarını ve sağlık ihtiyaçlarını etkili bir şekilde karşılaması için gerekli fonksiyonel beceri ve stratejilere sahip olmasını ifade etmektedir (Nutbeam, 2000).

İnteraktif yeterlilik; bireyin özyönetim yoluyla kişisel gelişimi ve güçlenmesi için başkaları ile bir işbirliği yapmasıdır. Herhangi bir sağlık problemi veya konusu ile karşılaşan bir kişinin, bu problemle başa çıkması veya kendi sağlığını geliştirebilmesi için aldığı kararlar ve eylemler, özyönetimi ifade etmektedir (Levin-Zamir and Peterburg, 2001). Özyönetim, sağlığın geliştirilmesi için birey tarafından alınan kararları ve eylemleri içerir. Bundan dolayı özyönetim, daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerileri ile birlikte sosyal becerileri içermektedir (Nutbeam, 2000).

Otonom yeterlilik kişisel güçlenmedir. Kişisel güçlenme, bireylerin sağlıkla ilgili kararlar alabilmesi için, etkili bir şekilde sorumluluk almasına yardımcı olan öz farkındalıktır. Öz farkındalık ise, bireyin hem kendi sağlığı hem de çevresinin sağlığını iyileştirecek sağlık ilgili bilgiyi analiz etme ve yönetmedeki kişisel bilgi ve becerilerinin düzeyini ifade etmektedir (Levin-Zamir and Peterburg, 2001).

Bilgisel yeterlilik, sağlık bilgisinin geçerliliğini ve yetkinliğini belirleme yeteneğidir. Geçerlilik ve yetkinlik sağlık bilgisi için önemlidir ve güncel bilgiye ve doğruluğuna vurgu yapar (Burnham and Peterson, 2005). Bilgisel yeterlilik, ihtiyaç duyulan sağlık bilgisini tanıma, elde etme, değerlendirme kabiliyetini ve doğru sağlık kararları alabilmek için bu bilginin kullanılması için gerekli yetkinliği gerektirmektedir (Mancuso, 2008).

İçeriksel yeterlilik çevresel uzmanlıktır. Bazı kişiler sağlık ortamında diğerlerine oranla daha rahat davranabilmektedirler. Bireyler rahat olduklarında ve tanıdık ortamlardaki durumları yorumladıkları ve etkileşimde bulunduklarında, öğrenme daha iyi gerçekleşebilecektir (Mancuso, 2008).

Kültürel yeterlilik ise, sosyal sistem uygulamalarının anlamını yorumlama yeteneğidir (Kerka, 2003). Bu bireysel beceriler, sağlık bilgisini harekete geçirme ve yorumlamak için, sosyal kimliğin, ortak inancın, geleneğin ve dünya görüşünün kullanılması ve tüm bunların farkında olunması için gereklidir (Mancuso, 2008).

2.1.1. Genel Okuryazarlık Boyutları

Okuryazarlık kavramının giderek önem kazanmasıyla birlikte politika yapıcılara, toplumun okuryazarlık düzeylerinin artırılmasına yönelik uygulamalar konusunda ışık tutacak çeşitli okuryazarlık araştırmaları yapılmaya başlanmıştır (OECD, 2000).

ABD’de yaşayan kişilerin İngilizce okuryazarlık becerilerinin belirlenmesi için 1992 yılında Ulusal Yetişkin Okuryazarlık Araştırması (National Adult Literacy Survey [NALS]) gerçekleştirilmiştir. Okuryazarlığın, sadece yazılı metinlerin okunup anlanması ya da sayısal beceriler olarak değil, hem yazılı metinler hem de sayısal materyallerin kişiler tarafından anlaşılmasının birbiriyle ilişkili olduğunu düşünen araştırma komitesi, bu araştırma ile ülkede yaşayan yetişkin bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları çeşitli durumlar karşısındaki performanslarına dayalı okuryazarlık becerilerinin tespit edilmesini amaçlamıştır. Bu kapsamda, araştırma komitesi araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere okuryazarlığı üç boyuta ayırmıştır (Kirsch et al 1993, Kickbuchs and Maag 2008). Bu boyutlar düzyazı okuryazarlığı, doküman/belge okuryazarlığı ve sayısal okuryazarlıktır.

Düzyazı okuryazarlığı: Kişilerin hikâye, şiir, haber veya makale gibi çeşitli metinlerdeki bilgiyi anlama ve kullanmaları için gerekli olan bilgi ve becerilerdir. Bir gazete haberinde veya makaledeki bilgileri bulma, bir sözleşmedeki talimatları anlama ve yorumlama, bir şiirde sunulan ana temayı anlayabilme yetenekleri, düzyazı okuryazarlığına olarak görülebilir (Kirsch et al 1993, OECD 2000).

Doküman/Belge okuryazarlığı: Kişilerin iş başvuruları, ödeme formları, ulaşım programları, haritalar, tablo ve grafik gibi çeşitli materyallerdeki bilgiyi bulma ve kullanmaları için gerekli olan bilgi ve becerilerdir. Bir sokak haritasındaki kavşağın veya bir bölgenin bulunması, herhangi bir ulaşım planının kullanılması veya bir başvuru formuna bilgi girişinin yapılması, belge okuryazarlığına örnek verilebilir (Kirsch et al 1993, OECD 2000).

Sayısal Okuryazarlık: Kişilerin aritmetik işlemleri yapma ve basılı materyallerdeki rakamları kullanmaları için gerekli olan bilgi ve becerilerdir. Matematik problemlerini çözmek, faturaları hesaplayabilmek, sipariş formlarını doldurmak veya bir kredi miktarının faiz tutarını hesaplayabilmek gibi yetenekler, sayısal okuryazarlığa örnek olarak gösterilebilir (Kirsch et al 1993, OECD 2000).

Araştırma komitesi yapılan bu üçlü sınıflandırma ile okuryazarlık için tek bir ulusal standart oluşturmaktan ziyade, kişilerin düzyazı, belge ve sayısal okuryazarlık seviyelerinin tanımlanmasını ve her seviyedeki bilgi ve becerilerle ilgili tanımların geliştirilmesini mümkün kılacak şekilde, yorumlayıcı bir şemanın geliştirilmesini

amaçlamıştır. Yapılan bu sınıflandırma ile tüm toplumun ve toplumdaki alt grupların okuryazarlık düzeylerinin belirlenerek araştırma sonuçlarının daha iyi değerlendirilmesi sağlanmıştır (Kirsch et al 1993).

Zarcadoolas ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada ise, genel okuryazarlık temel, bilimsel, sivil ve kültürel okuryazarlık olmak üzere dört düzeyde ele alınmıştır (Zarcadoolas et al, 2005):

Temel okuryazarlık: Kişilerin okuma, konuşma, yazma ve sayıları yorumlama gibi konuları içeren, beceri ve yetkinlikleridir (Zarcadoolas et al, 2005).

Bilimsel okuryazarlık: Kişilerin temel bilimsel kavramlar hakkındaki bilgisi, karmaşık teknik konuları anlama yeteneği, bilimsel belirsizlikleri ve olası bilimsel değişiklikleri anlama yeteneği gibi bazı bilimsel konular ve süreçler hakkındaki farkındalıkları ve yetkinlikleridir (Zarcadoolas et al, 2005).

Sivil okuryazarlık: Vatandaş okuryazarlığı da denen bu okuryazarlık düzeyi kişilerin kamu ile ilgili konularda farkındalıklarına ve karar verme sürecine dahil olmalarına olanak tanır. Medya okuryazarlık becerileri, sivil ve yönetsel süreç bilgisi ve halk sağlığını etkileyebilecek bireysel kararların farkındalığı gibi konular, bu alana dahil edilebilmektedir (Zarcadoolas et al, 2005).

Kültürel okuryazarlık: Mevcut bilgiyi yorumlamak ve uygulamak için genel inançların, adetlerin, dünya görüşlerinin ve toplumsal kimliklerin farkına varılması ve kullanılmasıdır (Zarcadoolas et al, 2005).

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık okuryazarlığı terimi 1970’li yıllarda kullanılmaya başlanmış ve halk sağlığı ve sağlık bakımındaki önemini artırmaya başlamıştır (Sorensen et al, 2012). Sağlık okuryazarlığı günlük yaşam için yüksek önem düzeyine sahip olan sağlık ve okuryazarlık alanlarının üzerine inşa edilen bir kavramdır (Kanj and Mitic, 2009). Kapsam ve derinlik olarak sürekli genişleyen sağlık okuryazarlığı terimi çeşitli kesimler için farklı anlamlar ifade etmekte ve bu nedenle kavram farklı kesimler için bir karışıklığa neden olmakta ve tartışma kaynağı haline gelmektedir (Baker, 2006).

Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association [AMA]) sağlık okuryazarlığını; kişilerin sağlık hizmeti alabilmesi için temel okuma becerileri ve sayısal işlemler de dâhil gerekli olan bilgi ve kabiliyet dizisi olarak tanımlamıştır. Kişilerin; ilaç şişeleri, randevu formları ve sağlıkla ilgili diğer temel materyalleri okuyup anlaması da bu tanıma dâhil edilmiştir (AMA 1999, Baker 2006).

Amerikan'da Tıp Entitüsü'nün (Institute of Medicine [IOM]) 2004 yılında yayınladığı raporda ise sağlık okuryazarlığı; bireylerin uygun sağlık kararları alabilmesi için ihtiyaç duyduğu sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi şeklinde açıklamıştır. Rapora göre sağlık okuryazarlığı sosyal ve bireysel faktörlerin ortak bir fonksiyonudur (Bohlman et al, 2004). Bu tanımlar sağlık okuryazarlığını; kişilerin yeni bilgileri elde etmesini ve kullanmasını sağlayan bireysel kapasite dizisi olarak sunmaktadır. Bireysel kapasitenin eğitim programlarıyla artabilmesi veya yaşlanma ya da patolojik hastalıklardan dolayı bilişsel fonksiyon kayıplarından dolayı azalabilmesine rağmen, aslında çokta fazla değişiklik göstermediği bilinmektedir (Baker, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını; bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak ifade etmektedir. DSÖ'ye göre sağlık okuryazarlığı; sağlıkla ilgili broşürlerin okunması ve hastane randevusu almaktan daha fazla şey ifade etmektedir. İnsanların sağlık bilgilerine erişimini ve bu bilgileri daha etkili bir şekilde kullanma kapasitesini artırmak, sağlık okuryazarlığı açısından oldukça önemlidir (WHO, 2015).

Baker'a göre (2006) sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmeti ortamında belli girişimleri yapma yeterliliği olarak düşünüldüğünde, bunun hem bireyin hem de sağlık sisteminin özelliklerine dayanması gerektiği farz edilmektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlık hizmeti aldığı süre içerisinde işlerini yapabilmesi için gösterdiği kapasitesidir. Bireysel sağlık okuryazarlığı kişinin hizmet aldığı sağlık sistemine, sağlık hizmetini sunan kişilere veya kişinin yaşadığı sağlık problemine göre değişiklik gösterebilir (Baker, 2006).

Zarcadoolas ve arkadaşları (2005) sağlık okuryazarlığı terimini; kişilerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlık risklerini azaltmak için tercihler yapmasını sağlayacak olan

sağlıkla ilgili bilgi ve kavramları arayıp bulma, anlama, değerlendirme ve kullanma yeteneklerini kapsayan, geniş yetkinlik ve beceriler topluluğu şeklinde açıklamışlardır. Yazarlara göre sağlık okuryazarlığına sahip olan bir kişi; sağlık kavramlarını ve bilgilerini kendi sağlığı ile ilgili yeni durumlar için kullanabilen kişidir. Sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek olan bireyler; sağlık, tıp, bilimsel bilgi ve kültürel davranışlar hakkında yürütülen resmi ve özel diyaloglara katılabilirler. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığının yararları, kişilerin ev ve iş hayatı ile sosyal ve kültürel bütün yaşamsal aktivitelerinde görülmektedir (Zarcadoolas et al, 2005).

Bazı araştırmalar sağlık bilgisini sağlık okuryazarlığının bir parçası olarak görmektedir. Örneğin; IOM uzman heyeti sağlık okuryazarlığını; kültürel ve kavramsal bilgi, konuşma ve dinleme becerilerini de kapsayan sözel okuryazarlık, okuma ve yazma becerilerini de kapsayan yazılı okuryazarlık ve matematiksel beceri şeklinde ayırmıştır. Bu bakış açısına göre sağlık okuryazarlığı; bireyin kapasitesine, öğrenme motivasyonuna ve sağlık hizmeti sistemi tarafından sunulan kaynaklara bağlı olan erişilebilir bir bilgi veya yeterlik düzeyidir (Baker, 2006).

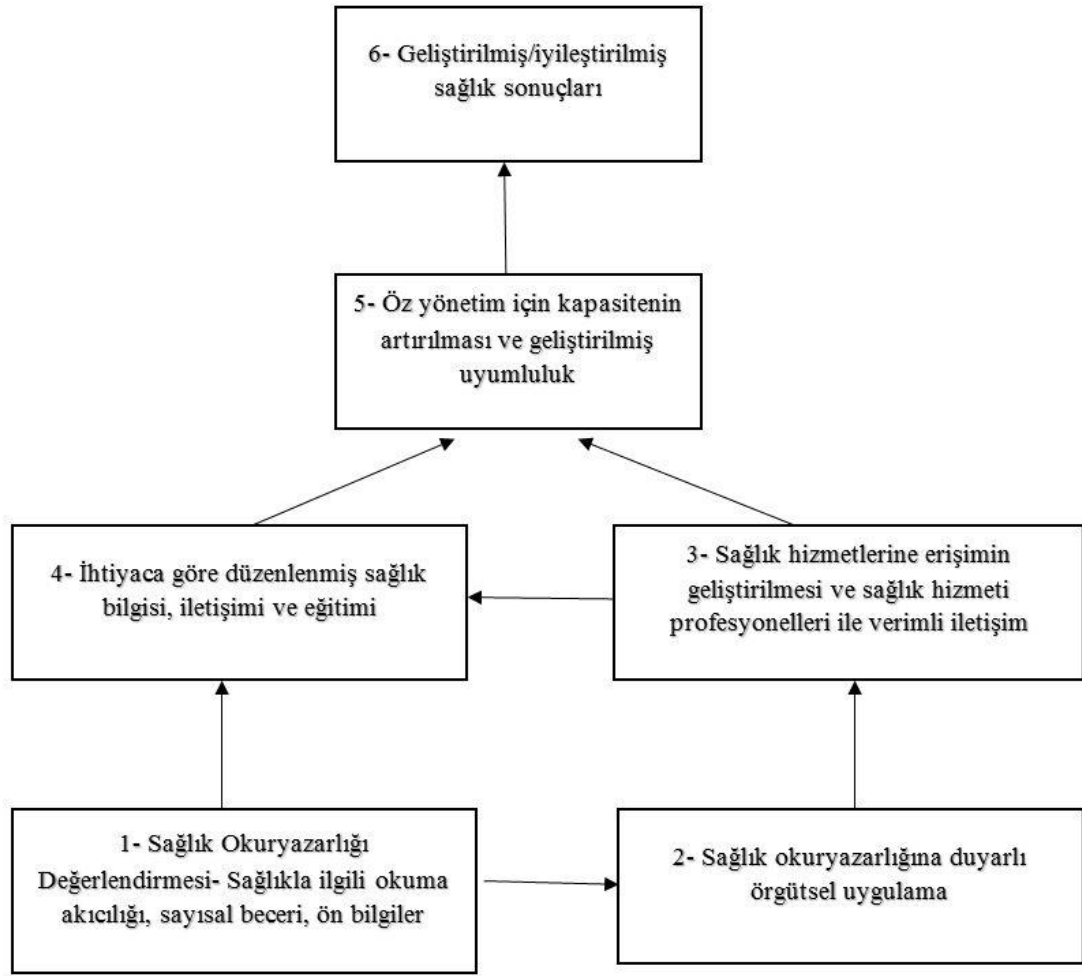
Sağlık okuryazarlığının genel okuryazarlıkla ilişkili olduğunu düşünen Sorensen ve arkadaşları (2012), yukarıda da bahsedilen birçok farklı okuryazarlık tanımını inceledikten ve analiz ettikten sonra, kapsamlı bir sağlık okuryazarlık tanımı yapmışlardır. Onlara göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin hayatlarını devam ettirmeleri veya yaşam kalitelerini artırmaları için günlük yaşamlarında sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi ile ilgili kararlar verebilmeleri adına sağlık bilgilerine ulaşmaları, anlamaları, değerlendirmeleri ve uygulamaları için gerekli bilgi, motivasyon ve yetkinliğe ulaşmaları anlamına gelmektedir (Sorensen et al 2012, Pelikan et al 2012, Kickbusch et al 2013). Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri sadece sağlık bilgisine ulaşmasını ve ona göre hareket etmesini değil, aynı zamanda kendisinin, ailesinin ve toplumun sağlığını daha iyi kontrol etmesini sağlar (Kanj and Mitic, 2009).

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Sağlık okuryazarlığı üzerine çeşitli araştırmalar yapan Nutbeam (2008), sağlık okuryazarlığı kavramını klinik yaklaşımda risk faktörü ve halk sağlığı yaklaşımında bireysel kazanç/yarar faktörü olmak üzere iki şekilde kavramsallaştırmıştır (Nutbeam, 2008). Klinik açıdan sağlık okuryazarlığı, hasta okuryazarlık düzeyleri ile belirlenen

tedavi düzenlerine uyma becerileri arasındaki ilişkiyi tanımlamak için kullanılır (Baker, 2006). Klinik tedavi sürecinde sağlık okuryazarlığı becerilerinin yetersizliğinin olumsuz etkileri olabileceğinden, sağlık okuryazarlığı kişiler tarafından yönetilmesi gereken potansiyel bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Örneğin; kişilerin ilaçlarını nasıl kullanacağı ile bilgileri anlamamış olması ve ilaçları yanlış kullanması, ilacın geri dönüşü olmayan olumsuz etkilerinin ortaya çıkması gibi bir risk doğurabilir (Nutbeam 2008, Aslantekin 2011). Sağlık profesyonellerinin bakış açısından sağlık okuryazarlığının klinik risk faktörü olarak kavramsallaştırılması daha fazla ön plana çıkmaktadır (Nutbeam 2008, Doyle et al 2012).

Şekil 1’de sunulan risk faktörü modeli, sağlık okuryazarlığını sağlık hizmetlerinde uygun bir şekilde yönetilmesi ve tanımlanması gereken bir risk faktörü olarak konumlandırır. Model, konuyla ilgili ön bilginin ve/veya bireysel okuma becerisinin Tıpta Yetişkin Okuryazarlığı Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine [REALM]) veya Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçümü (Test of Functional Health Literacy in Adults [TOFHLA]) gibi testler kullanılarak değerlendirilmesi ile başlar (1). Model düşük okuryazarlık seviyesine sahip olan kişilerin ihtiyaçları için daha duyarlı olan sağlık hizmeti organizasyonu ve klinik bir ortamda iletişimin önemini yansıtır (2). Modele göre geliştirilmiş hizmet organizasyonu ve klinisyen hassasiyeti, sağlık hizmetlerine ulaşımı geliştirebilir ve hastalarla sağlık hizmet sunucuları arasındaki etkileşimin kalitesini artırabilir (3). Bu durum sağlık çalışanlarının kişilerin bireysel ihtiyaç ve kapasitelerine göre düzenlenmiş bir hasta eğitimi sunmalarını sağlar (4). Buna bağlı olarak önerilen klinik bakım için geliştirilmiş hasta kapasitesi meydana gelir (5). Sonrasında ise tüm bunlar başarıyla uygulanan sağlık bakımıyla bağlantılı olarak daha iyi gelişmiş sağlık sonuçlarının alınmasına yol açacaktır (6) (Nutbeam, 2008).



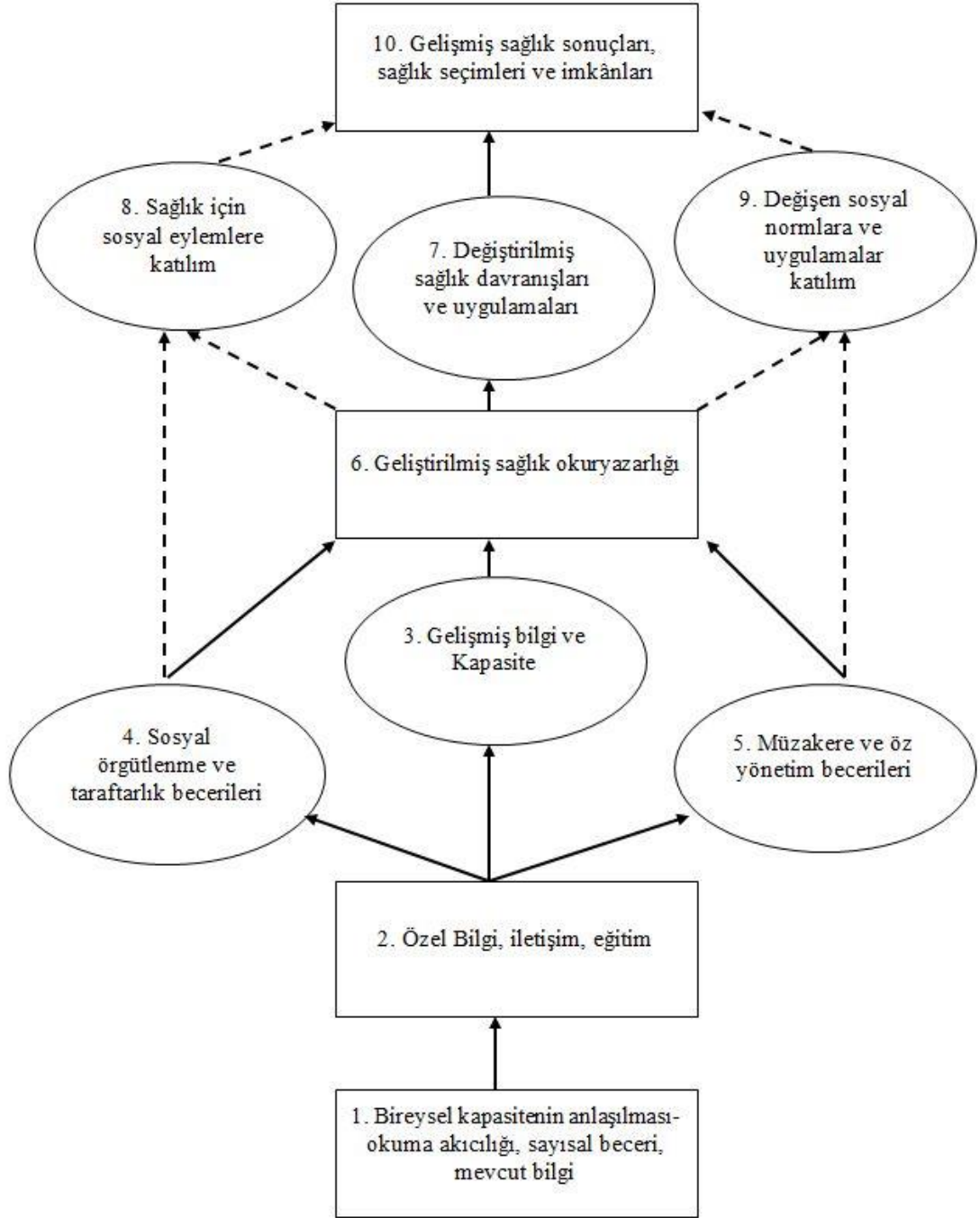
Şekil 1. Risk Faktörü Olarak Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli (Nutbeam, 2008)

Nutbeam'ın (2008) risk yaklaşımı modeli, sağlık okuryazarlığını kişilerin okuma yazma ve bilgi birikimleri gibi bireysel kapasitesini oluşturan özelliklerle birlikte, hasta ve sağlık çalışanları arasındaki iletişim, sağlık eğitimi ve sağlıkla ilgili mesajlar gibi sağlık hizmetini oluşturan öğeler açısından klinik bağlamda ele almaktadır (Aslantekin, 2011).

Bireysel kazanç olarak bakıldığında sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkları ve sağlığın kişisel, sosyal ve çevresel belirleyicileri üzerinde daha fazla kontrol oluşturmalarına imkân vermek için bir araç olarak görülmektedir (Nutbeam, 2008).

Sağlık okuryazarlığı halk sağlığı perspektifinden, inşa edilmesi gereken bir kazanç, sağlıkla ilgili karar alma sürecinde daha fazla yetkilendirmeyi destekleyen sağlık eğitiminin ve iletişimin bir sonucu olarak görülmektedir. Sağlık okuryazarlığının bu şekilde kavramsallaştırılması, köken olarak, okuryazarlığa ilişkin eğitimsel

araştırmalara ve yetişkin öğrenimi ve sağlık teşviki kavramlarına dayanmaktadır. (Rootman and Ronson 2005, Coulter and Ellins 2007).

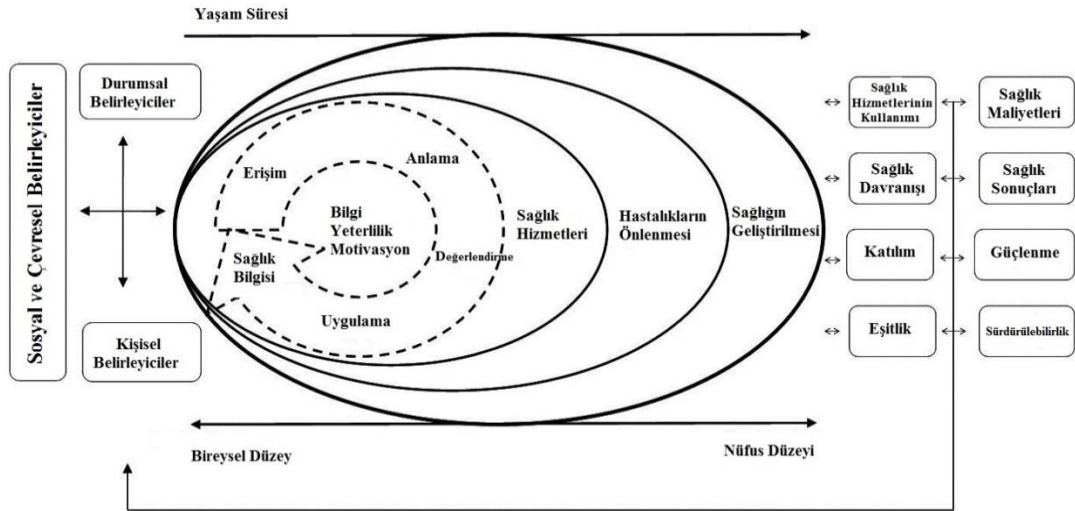


Şekil 2. Kazanç Olarak Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli (Nutbeam, 2008)

Şekil 2’de anlatılan model Şekil 1’de anlatılan modelin üzerine inşa edilmiştir. Şekil 1’de olduğu gibi Şekil 2’de ön bilgi ve yeteneğin tanınmasıyla başlar (1) ve bu durum

sağlık eğitimi ve iletişiminin uygun hale gelmesini sağlar (2). Bu aşamada model, kişisel bilgi ve yeteneğin (3) ve kişiler arası sosyal becerilerin (4,5) gelişimine ilişkin sağlık eğitiminin amacını göstermek bakımından büyük ölçüde değişiklik gösterir. Şekil 3'e göre sağlık okuryazarlığı sonuçları etkileyen bir faktörden ziyade iletişim ve eğitimin bir sonucu olarak gösterilmektedir (6). Bundan dolayı daha ileri sağlık okuryazarlık düzeyine sahip kişiler, sağlığı güçlendirecek sigarayı bırakma, koruyucu tarama programlarına katılma gibi sosyal eylemlerin yanı sıra kişisel bazı davranış kazanmalarını sağlayacak bir dizi beceri ve yeteneklere sahip olacaklardır (7,8,9). Ortaya çıkan sonuçlar sadece sağlık sonuçlarının gelişmesini sağlamakla kalmaz aynı zamanda sağlık için çeşitli alternatif ve fırsat imkânları sunmaktadır (10) (Nutbeam, 2008).

Sorensen ve arkadaşları (2012), sağlık okuryazarlığının kavramsallaştırılmasıyla ilgili birçok model sunulmasına rağmen bu modellerin hiçbirinin gelişen sağlık okuryazarlığı tanımları ve yetkinlikleri bakımından yeteri kadar kapsamlı olmadığını düşünmektedirler. Onlara göre bu kavramsal modellerin çoğu, “klinik” ve “halk sağlığı” okuryazarlık modellerindeki bileşenlerle bütünleşmemiş durumdadır. Sağlık okuryazarlığı kavramı farklı boyutlardaki birçok bilgiyi gerektirirken, mevcut modellerin çoğu statik bir yapıya sahiptir ve bu modeller sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisine erişme, anlama ve kullanma gibi sıralı adımları içeren bir süreç olduğunu açık bir şekilde ortaya koymamaktadırlar. Aynı şekilde bu kavramsal modellerin çoğu, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri belirlerken ve bu faktörlerin sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık maliyetleri ve sağlık sonuçları üzerindeki etkilerinden bahsederken sağlık okuryazarlığı ile bağlantılı diğer konular ve bunların öncesi ve sonuçları yeterince açık bir şekilde ortaya koymamaktadır. Mevcut kavramsal modellerden çok azının deneysel olarak doğrulandığını düşünen Sorensen ve arkadaşları (2012), yukarıda bahsettikleri tüm bu eksikliklerin giderilmesi için mevcut kavramsal modellerin ana ölçülerini de yansıtan bütüncül bir model sunmuşlardır (Şekil 3) (Protheroe et al 2009, Sorensen et al 2012, Doyle et al 2012).



Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli (Sorensen et al, 2012)

Model sağlık okuryazarlığının temel boyutlarını özetleyerek ve sağlık okuryazarlığı ile bağlantılı konuların yanı sıra sağlık okuryazarlığı üzerinde etkisi olan yakın ve uzak bütün faktörleri göstererek bir kavramsal modelin niteliklerini ortaya koymaktadır (Doyle et al, 2012).

Şekil 3’de görüldüğü gibi, sosyo-ekonomik durum, meslek, iş, gelir, sosyal destek, kültür, dil, çevresel ve politik ortam, medya kullanımı ve aile gibi sosyal ve çevresel faktörlerle sağlık okuryazarlığı arasında karşılıklı etkileşim bulunmaktadır. Bireyin yaşı, cinsiyeti, kültürel düzeyi, hastalık deneyimleri, görme, işitme gibi duyu organlarının fonksiyonlarını yerine getirip getirememesi, sosyal ve fiziksel becerileri ile okuma, kavrama ve işlemlere yönelik bilişsel düzeyi de durumsal belirleyicilerle karşılıklı etkileşim içindedir (Aktaran: Şimşek, 2013)

Modelin merkezinde sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama ile ilgili yeterlilik bulunmaktadır. Bu süreç dört tip yeterlilik gerektirmektedir. Sağlık bilgisini bulma ve elde etme yeteneği, ulaşılan sağlık bilgisini anlama yeteneği, ulaşılan sağlık bilgisini çevirme, filtreleme, karar verme ve değerlendirme yeteneği ve elde edilen bilginin sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için karar verme aracı olarak kullanma yeteneğidir. Tüm bu yeterliliklerin her biri sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu sunmaktadır. Yine bu yeterliliklerin her biri özel bilişsel nitelik gerektirir ve sunulan bilginin kalitesine bağlıdır (Sorensen et al 2012, Pelikan et al 2012). Bu

yeterlilikler ayrıca Nutbeam'ın sunduğu fonksiyonel, interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı ile de ilişkilidir (Doyle et al, 2012).

Modelde sunulan süreçte kişilerin bilgi ve yetenekleri vasıtasıyla sağlığın sürekliliğinin sağlanması için üç alan bulunmaktadır. Bireyler bu alanların her birinde farklı roller üstlenmektedir. İlk alanda kişi, sağlık bakım hizmetlerinde bir hasta olarak, ikincisinde hastalıkların önlenmesi sisteminde bir birey ve üçüncü alanda ise toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesinde bir vatandaş olarak görülmektedir. Üç alan üzerine kurulmuş olan bu model bireysel düzeyden toplumsal düzeye doğru giden bir bakış açısı sunmaktadır. Model sağlık okuryazarlığının tıbbi kavramsal yapısı ile daha geniş kapsamlı olan halk sağlığı kavramsal yapısını birleştirerek sunar. Modelde sağlık okuryazarlığının koruyucu sağlık hizmetleri üzerindeki potansiyel etkisi ve sağlık sistemi üzerindeki çeşitli baskıların azaltılması üzerindeki etkilerine daha çok vurgu yapılmaktadır (Sorensen et al, 2012).

Şekil 3'te sunulan model, sağlık okuryazarlığının temel bileşenlerine ek olarak sağlık okuryazarlığının temel öncüllerini ve sonuçlarını da göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı üzerinde etkisi olan faktörler arasında, sosyal ve çevresel belirleyicilerde dahil uzak faktörler (demografik yapı, kültür, dil, politik güçler, sosyal sistemler gibi), bireysel belirleyicilerle daha yakından ilgili olan yakın faktörler (yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim, iş, gelir, okuryazarlık durumu gibi) ve durumsal belirleyiciler (sosyal destek, aile ve arkadaş çevresi, medyanın kullanımı ve fiziksel çevre gibi) arasında bir ayrım yapılabilir (Sorensen et al, 2012). Sağlık okuryazarlığı diğer bütün genel okuryazarlık düzeylerinin yanı sıra eğitimsel kazanımlarla güçlü bir şekilde bağlantılıdır (Manganello, 2008).

Sağlık okuryazarlığı sırasıyla sağlık davranışlarını ve sağlık hizmetlerinin kullanımını etkiler ve böylece toplumdaki sağlık sonuçlarını ve sağlık maliyetlerini etkileyecektir. Bireysel düzeyde sınırlı sağlık okuryazarlığından kaynaklı etkisiz iletişim hatalara, sağlık hizmetlerinde düşük kaliteye ve sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği için risklere neden olacaktır. Toplumsal düzeyde ise sağlık okuryazarlık düzeyi iyi olan bireyler sağlıkla ilgili resmi veya özel diyaloglara katılabilir. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığının faydaları bireylerin tüm yaşamlarını etkilemektedir. Gelişmiş sağlık okuryazarlığı bireylere daha iyi bir otonomi ve bireysel güçlenme sunacak ve bireylerin

yaşam kalitesini artıracaktır. Toplumsal düzeyde halk sağlığında sürdürülebilir değişimlere ve daha fazla eşitliğe yol açabilecektir (Doyle et al, 2012).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Boyutları

Sağlık okuryazarlığının yukarıda verilen tanımlarındanda anlaşılacağı üzere, farklı boyutlarının olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığının açık bir şekilde genel okuryazarlık düzeyine bağlı olduğunu ve bilişsel gelişimle ilişkili olduğunu düşünen Nutbeam; sağlık okuryazarlığını üç boyutta ele almıştır (Nutbeam, 2000):

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: Kişilerin sağlık riskleri ya da sağlık sistemini nasıl kullanacağı hakkındaki gerçek bilgilere dayanan geleneksel sağlık eğitiminin sonuçlarını ve temel sağlık materyallerini okuma ve kullanma yeteneğini yansıtır. Bu düzeydeki sağlık okuryazarlığı toplumsal düzeyde katkı sağlayabilirken çoğunlukla bireysel fayda sağlamaktadır (Nutbeam 2000, Kickbusch and Maag 2008).

İnteraktif sağlık okuryazarlığı: İleri düzeyde bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir. Sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama ve değişen koşullarda sağlık enformasyonunu uygulamayı gerektirmektedir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığında olduğu gibi bu düzeyde de toplumsal faydadan ziyade bireysel fayda ön plandadır (Nutbeam 2000, Kickbusch and Maag 2008).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Sağlıkla ilgili bilginin kritik olarak analiz edilmesinde ve sağlık kararlarının verilmesinde kullanılacak ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri içerir. Bu düzeydeki sağlık okuryazarlığı bireysel faydanın ötesinde toplumsal fayda ile bağlantılıdır (Nutbeam 2000, Kickbusch and Maag 2008).

Bireylerin sağlık okuryazarlık becerilerinin gelişimi için, medya yoluyla sunulan sağlık bilgisine erişim, anlama ve uygulamanın önemine değinen Manganello (2008), Nutbeam'ın (2000) yaptığı fonksiyonel, interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı sınıflandırmasına ek olarak, medya mesajlarının eleştirel olarak değerlendirilme kabiliyeti olan medya okuryazarlığına da yer vermiştir (Manganello, 2008).

IOM'un yaptığı diğer bir sınıflandırmada ise, sağlık okuryazarlığını; sağlıkla ilgili yazılı okuryazarlık ve sağlıkla ilgili sözlü okuryazarlık olarak ikiye ayırmıştır. Sağlıkla ilgili yazılı ve sözlü okuryazarlık; bireyin sağlıkla ilgili okuma akıcılığına, kelime bilgisine,

sağlıkla ilgili materyallerde sunulan sağlık kavramlarına aşinalığına ve sağlık hizmeti ortamında kişinin karşı karşıya geldiği yazılı ve sözlü mesajların zorluğuna ve karmaşıklığına bağlıdır (Baker, 2006).

Sağlık okuryazarlığını toplumsal düzeyde inceleyen Freedman ve arkadaşları (2009), bireylerin sağlık okuryazarlığından ziyade, toplumun sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılmasını hedeflemişlerdir. Bu kapsamda üç boyutlu halk sağlığı okuryazarlığı kavramını ortaya koymuşlardır. İlk boyut olan kavramsal temeller; halk sağlığı ile ilgili bilgilerin anlama ve uygulanması için gerekli olan temel bilgileri içermektedir. İkinci boyut, eleştirel becerilerdir. Eleştirel beceriler; topluma faydalı olan halk sağlığı kararlarının alınabilmesi için gerekli olan bilginin elde edilmesi, işlenmesi, değerlendirilmesi ve uygulanması için gerekli olan becerilerle ilgilidir. Üçüncü boyut olan sivil katılım ise; toplumun, halk sağlığı okuryazarlığının temelinde kalmasını sağlar. Ayrıca sivil katılımı yoluyla sağlık sorunlarını ele almak için gerekli olan beceri ve kaynakları içermektedir (Freedman et al, 2009).

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlığının önemini gösteren durumlar altı genel başlık altında toplanmıştır. Bunlar kötü sağlık sonuçları, bu sağlık sonuçlarından etkilenen kişi sayısının fazlalığı, giderek artan kronik hastalık oranları, sağlık hizmet maliyetleri, sağlık bilgisine olan ihtiyaç ve eşitlik gibi kavramlar sağlık okuryazarlığının önemini ortaya koymaktadır (Kanj and Mitic, 2009).

Yetersiz sağlık okuryazarlığının kötü sağlık sonuçlarına etkisi: Okuryazarlık ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarda sınırlı okuryazarlıkla kötü sağlık sonuçları arasında pozitif bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır (Baker et al 1998/b, Kanj and Mitic 2009). Okuryazarlık düzeyi eğitim, etnik köken ve yaşla ilişkilidir. Yapılan birçok araştırmada sınırlı okuryazarlık düzeyinin kötü sağlık sonuçları, ilaç kullanım hataları, hastalıkların ve tedavilerinin anlaşılamaması gibi sorunlar için bağımsız bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur. (Baker et al 1998/b, Paasche-Orlow et al 2005).

Etki Alanı: Düşük okuryazarlık becerileri gelişmiş ülkelerde şaşırtıcı bir şekilde oldukça yaygın olarak görülmekle birlikte gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde bu oran

oldukça yüksek düzeydedir (Nutbeam, 2008). Dünyadaki okuryazarlık oranlarında son dönemlerde önemli bir artış görülmekle birlikte, dünyada halen yaklaşık 758 milyon yetişkinin temel okuma ve yazma becerilerinden yoksun olduğu varsayılmaktadır. Bu sayının yaklaşık üçte ikisini (479 milyon) kadınlar oluşturmaktadır. UNESCO İstatistik Enstitüsü (Institute for Statistics [IFS]) verilerine göre dünyada en düşük okuryazarlık oranına sahip ülkeler, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri oldukça düşük olan orta Afrika ve Güney Asya ülkeleridir. Bu bölgelerde yetişkin okuryazarlık oranlarının %50'nin altına düştüğü tespit edilmiştir (IFS, 2016).

ABD'de 1993 yılında yapılan ve ülkenin okuryazarlık durumunu oldukça açık ve detaylı bir şekilde ortaya koyan “Ulusal Yetişkin Okuryazarlık Araştırması” (NALS), ülkede yaşayan yetişkin nüfusun çeyreğine denk gelen 40-44 milyon Amerikalının fonksiyonel okuryazarlık becerisine sahip olmadığını ortaya koymaktadır (Kirsch et al 1993, Parker 2000).

Türkiye’de ise, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 2015 yılında 6 ve daha yukarı yaştaki toplam nüfusun yaklaşık %3,78’ine denk gelen iki buçuk milyondan fazla kişinin okuryazar olmadığı tahmin edilmektedir. Verilerin detaylı incelenmesinde yaklaşık 2 milyon 650 bin civarındaki okuryazar olmayan nüfusun yaklaşık 452 binlik (%17,11) kısmını erkek nüfus oluştururken kalan 2 milyon 200 binlik (%82,89) kısmını kadınların oluşturduğu görülmektedir (TÜİK, 2018).

Sağlık okuryazarlığının kronik hastalıklar üzerine etkisi: Dünya Sağlık Örgütüne göre tüm yaş gruplarındaki ölümlerin %60 gibi büyük bir oranı kronik hastalıklar nedeniyle meydana gelmektedir. Bu ölümlerin %30’luk kısmının ise kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Kanseri, kronik solunum sistemi rahatsızlıkları ve diyabet gibi hastalıklar diğer önemli ölüm nedenidir (WHO, 2018).

Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıklarda öz yönetim konusunda hayati rol oynamaktadır. Kronik hastalıkların kontrolü için bireylerin sağlık bilgisini anlayabilmesi ve değerlendirebilmesi ile gerektiğinde sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacağını bilmesi gereklidir. Bu alanlardaki bilgi ve becerilerin eksikliği, birçok hastanın hastalığı üzerinde kendi kendine etkili bir öz yönetim kurmasına engel olur. (Kanj and Mitic, 2009).

Sağlık hizmeti maliyetlerine etkisi: Bireyler ve toplumlar üzerindeki birçok olumsuz etkisi olan sınırlı sağlık okuryazarlığının çeşitli ekonomik etkileri de bulunmaktadır. ABD’de yapılan bir çalışmada, sınırlı sağlık okuryazarlığının ülkeye maliyetinin yıllık yaklaşık 73 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. 2009 yılında sınırlı sağlık okuryazarlığının Kanada’da toplam sağlık bütçesinin %3 ile %5 arasında bir oranına tekabül eden 8 milyar dolarlık bir mali yükünün olduğu tespit edilmiştir (Kickbusch et al, 2013). Sınırlı sağlık okuryazarlığının ekonomik etkileri üzerine yapılan çalışmalarda okuryazarlık düzeyleri düşük olan kişilerin, acil servisleri kullanım oranlarının yüksek olduğu, hastanede kalma oranlarının arttığı, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları ve daha yüksek sağlık harcamalarına maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır (Kickbusch et al, 2005).

Bireylerin sağlık bilgisi ihtiyaçları: Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmada bir araç da sağlık kuruluşlarınca veya sağlık profesyonellerince hazırlanan eğitim materyalleridir. Son dönemlerde sağlıkla ilgili çeşitli materyallerin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik derecesi üzerine yapılan araştırmalarda bu materyallerin okunabilirliği ile hedef kitlenin okuma becerileri arasında uyumsuzluklar olduğu ortaya çıkmıştır (Rudd et al, 2007). Aynı şekilde yapılan araştırmalarda değerlendirilen materyallerin çoğunun yüksekokul mezunu kişilerin bile ortalama okuma becerilerini aşan bir düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yani yüksek düzeyde eğitim seviyesine sahip bireyler dahi sağlıkla ilgili materyalleri tam olarak anlayamamaktadır. Çoğunlukla bu materyallerde kullanılan teknik dilin, sağlıkla ilgili birçok materyali gereksiz yere zorlaştırdığı görülmektedir (Rudd et al, 1999). Sağlıkla ilgili materyallerde olduğu gibi sağlık hizmeti sunan personellerin kullandığı dilin de oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarının hastalarla iletişim için kullandığı dil ve jargonun sınırlı sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip hastaların seviyelerinin üstünde olduğunu ortaya koymuştur (Schwartzberg et al, 2007). Yapılan bu araştırmaların sonuçlarına rağmen, sağlık çalışanlarının çoğu bu sorunun büyüklüğünün farkında değildir ve yetersiz okuryazarlık düzeyine sahip hastalarla iletişim kurma konusunda yeterli beceriye sahip değildir. Aynı şekilde çoğu hekim, hastaların sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlama becerilerini önemsememektedir (Parker, 2000).

Eşitlik: Sağlık istatistiklerine bakıldığında toplumdaki etnik ve sosyoekonomik eşitsizliklerin yüksek hastalık ve ölüm oranları üzerinde etkisi olduğu görülür. Yapılan

çeşitli çalışmalarda, ABD’de yaşayan ve düşük okuryazarlık düzeyine sahip Afrika kökenli vatandaşların, bebek ölümleri de dâhil olmak üzere, doğumda beklenen yaşam süresi, kanser, kalp rahatsızlıkları, ölüm oranı gibi hemen hemen tüm sağlık göstergelerinde toplumun büyük çoğunluğundan daha kötü durumda oldukları belirlenmiştir. Toplumdaki düşük eğitim ve gelir seviyesindeki kişilerin daha yüksek hastalık ve ölüm oranlarına sahip olduğu da görülmektedir (Saha 2006, Sentell and Halpin 2006). Aynı şekilde sınırlı sağlık okuryazarlığı, kötü sağlık sonuçları ve sağlık eşitsizlikleri için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (Kanj and Mitic, 2009).

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sunulan sağlık hizmetlerini ve sağlık bilgilerini anlaması ve kullanması için gerekli olan bilgi, beceri ve beklentileri ile ilgili karmaşık bir olgudur. Sağlık hizmetleri ve bilgileri, bazı durumlarda eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin bile anlayamayacağı derecede yabancı, karmaşık ve teknik konular içeren alanlardır. Her yaş, cinsiyet, ırk, gelir seviyesi ve eğitim düzeyinden insan kısıtlı okuryazarlıktan etkilenmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Eğitim Departmanının yaptığı bir araştırmaya göre Amerika Birleşik Devletlerinde yaşayan İngilizce konuşan yetişkinlerin sadece yüzde 12’sinin yeterli sağlık okuryazarlık becerilerine sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Düşük sağlık okuryazarlığı toplumdaki azınlık gruplarını ve düşük sosyoekonomik seviyedeki grupları orantısız bir şekilde daha fazla etkilemektedir (U.S. HHS, 2010).

Toplumdaki düşük okuryazarlığın hem doğrudan hem de dolaylı şekilde kötü sağlık sonuçlarının oranıyla da ilişkili olması şaşırtıcı bir durum değildir (Parker, 2000). Birçok gelişmiş ülkeden elde edilen bilgiler, düşük okuryazarlıkla sağlık bilgilerinin ve hizmetlerinin kullanımının azalması arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Bu ilişki, sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kişilerin kendi hastalıklarını yönetmesi konularında da gözlemlenebilmektedir (Berkman et al, 2004).

Düşük okuryazarlık, kötü sosyoekonomik koşullarla dolaylı bir şekilde bağlantılıdır ve sağlık üzerinde olumsuz etkileri vardır. DSÖ Sağlık Sosyal Belirleyicileri Komisyonu yaptığı açıklamada; hem zengin ülkelerde hem de fakir ülkelerde okuryazarlığı sağlık

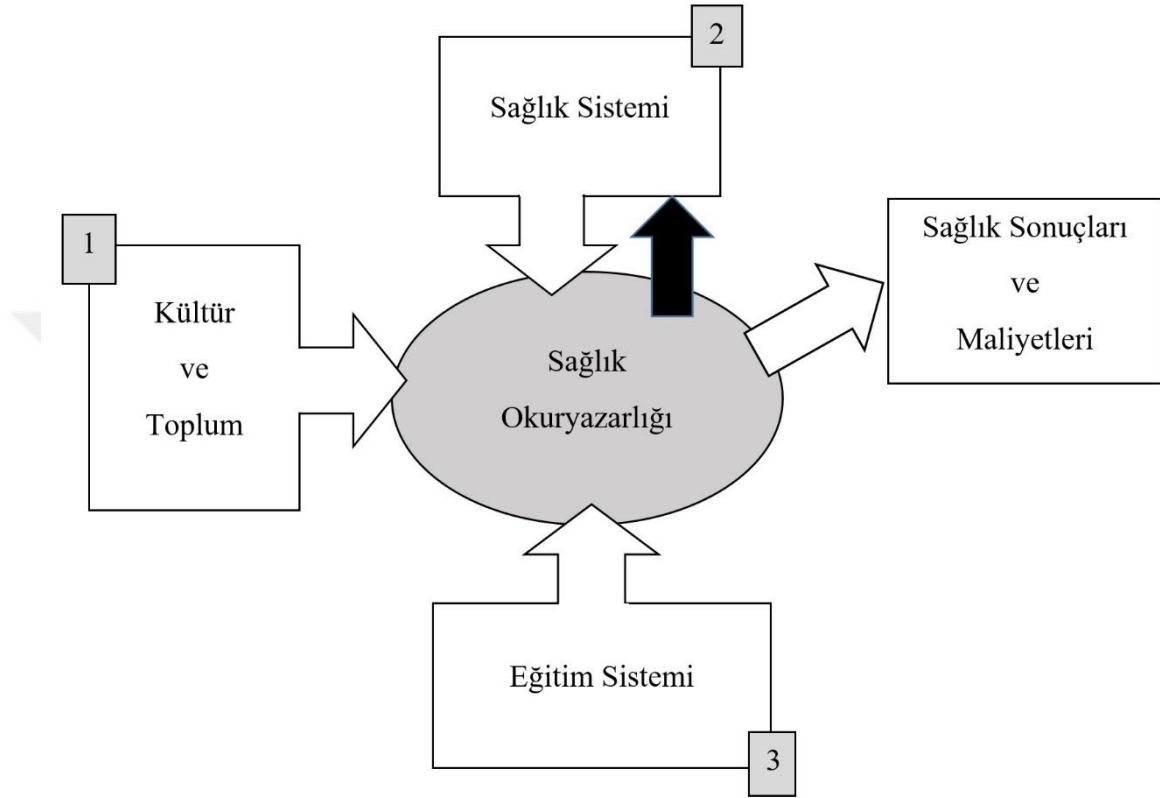
alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi için merkezi bir rol olarak tanımlamaktadır (WHO Commission on the Social Determinants of Health, 2007).

Düşük okuryazarlığın sağlık üzerindeki kötü etkileri çoğunlukla gizli kalmakta ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin bu konu üzerindeki tartışmaları çoğunlukla kısıtlanmaktadır (Nutbeam, 2008). Toplumdaki düşük okuryazarlık düzeyine sahip kişiler için etkili okul eğitimi ve yetişkin eğitimi gibi konulara ihtiyacın arttığı görülmektedir. DSÖ komisyonu raporunda ilköğretim başarısının önündeki engellerin ortadan kaldırılmasının, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerindeki eylemlerin en önemli parçası olacağı sonucuna varılmıştır. Bundan dolayı toplumda yüksek okuryazarlık seviyesinin elde edilmesi, sadece yaşamsal gelişim amaçları değil aynı zamanda önemli toplum sağlığı faydalarının elde edilmesini sağlamaktadır (WHO Commission on the Social Determinants of Health, 2007).

Kişilerin bireysel becerileri sağlık okuryazarlığının önemli bir parçasıdır. Ancak sağlık okuryazarlığı sadece bireysel becerilerden ibaret değildir. Sağlık okuryazarlığı; sağlık sistemlerinin ve sağlık profesyonellerinin, sağlık bilgilerini ve sağlık hizmetlerini ne kadar anlaşılabilir ve uygulanabilir yaptıklarını da yansıtır. Sağlık bilgileri; aile ve arkadaşlarla tartışma, televizyon, radyo, gazeteler, okullar, web siteleri ve sosyal medya, doktor ve hemşireler gibi sağlık profesyonelleri, sağlık eğitimcileri, resmi ve özel sağlık sunucuları, çeşitli beslenme ve tıp broşürleri ve güvenlik uyarıları gibi birçok kaynaktan ve kanaldan gelebilmektedir. Sağlık profesyonelleri, medya, resmi ve özel sektör kuruluşları sağlık bilgilerini çoğunlukla anlaşılması ve uygulanması zor şekilde sunabilmektedirler. Kamuya açık sağlık bilgileri çoğunlukla eksik veya belirsiz olabilmektedir. Bu bakımdan ABD Sağlık Bakanlığı'nın (HHS) raporu ve IOM'a göre sağlık okuryazarlığı, kişilerin bireysel yetenekleri ve ihtiyaçları ile sağlık ve sosyal sistemlerin arasındaki etkileşimden oluşmaktadır. Sonuç olarak, sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin becerileri, medya, resmi ve özel sektör temsilcilerinin davranışları ve tutumları kişilerin bireysel becerileri ile eşit öneme sahiptir. Sağlık profesyonelleri ile bunların dışındaki kişilerin etkileşimi bireysel ve toplumsal sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (U.S. HHS, 2010).

IOM'un 2004'te yayınlandığı rapora göre; bireylerin muhatap oldukları eğitim sistemi, kültürel ve toplumsal faktörler ve sağlık sistemi potansiyel olarak sağlık okuryazarlığını

etkilemekte ve şekillendirmekte, nihayetinde sağlık sonuçlarını ve maliyetlerini etkilemektedir. Başka bir ifade ile sağlık okuryazarlığı; bireylerin bireysel becerilerinin sağlık ortamları, sağlık sistemi, eğitim sistemi ve aile, iş ve toplumdaki sosyal ve kültürel faktörler ile etkileşmesi ile şekillenmektedir (Bohlman et al, 2004).



Şekil 4. Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları (Bohlman et al, 2004).

Sağlık okuryazarlığı kişilerin eğitim seviyesi, yaşı, etnik yapısı, çalışma durumu ve gelir seviyesi gibi demografik özelliklerinden etkilenmektedir (Paasche-Orlow and Wolf, 2007). Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında, eğitim durumu ile sağlık okuryazarlık seviyesi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ve yüksekokul mezunlarında yetersiz sağlık okuryazarlık yaygınlığını düşük çıktığı görülmektedir. Aynı şekilde gelir seviyesi düşük olanlarda, siyahilerde ve ileri yaşlarda olanlarda düşük sağlık okuryazarlık oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Paasche-Orlow et al 2005, Levin-Zamir et al 2016).

Bireylerin aile ve arkadaş yapısı, çevresel ve politik ortamı, yaşadığı coğrafi bölge, konuştukları dil ve yaşadıkları ülkede göçmenlik durumları gibi etmenler sağlık

okuryazarlığını etkileyen kültürel faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar, ABD’de yaşayan ve İngilizce dışında başka bir dil konuşan bireylerin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Paasche-Orlow et al 2005, Balçık vd 2014). Levin-Zamir ve arkadaşlarının (2016) İsrail’de yaptıkları bir çalışmada, bireylerin dini inançlarının da sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediği belirlenmiştir (Levin-Zamir et al, 2016).

Bireylerin genel okuryazarlık seviyelerinin yanı sıra, işitme ve sözel becerileri, hafıza ve muhakeme kabiliyeti, fiziksel ve sosyal yetenekleri ile okuma, anlama ve sayısal becerileri sağlık okuryazarlığını etkileyen bireysel özellikler olarak görülmektedir (Sorensen et al, 2012). Tüm bu özelliklerin artması sağlık okuryazarlığının da artmasına neden olacaktır (Balçık vd, 2014).

Kişilerin geçmiş tecrübeleri ve hastalıklarla ilgili deneyimleri de sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli faktörlerdir. Yapılan çeşitli araştırmalar sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık statüsü ve sağlık bilgisi gibi sağlığın çok farklı alanlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (AMA 1999, U.S. HHS 2010).

2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Ölçekleri

Sağlık okuryazarlığı, toplum ve sağlık sistemleri tarafından oluşturulan talepler ve bireysel iletişim kurma kapasitesine dayanan karmaşık bir yapıdır. Baker; çocukların ve yetişkinlerin sağlık sorunları ve sağlık sistemleri hakkında eğitime çabalarına rehberlik etmeye yardımcı olmak için mevcut talepler ve kapasiteler arasındaki boşluğun anlaşılması için kapsamlı testlere ihtiyaç olduğunu düşünmektedir. Yapılan araştırmalar için, kişiler üzerine çok fazla cevap yükü getirmeden okuma akıcılığını doğru bir şekilde ölçecek ölçüm araçlarına ihtiyaç vardır. Bilgisayar destekli testler kişilerin testleri tamamlamaları için gerekli olan süreyi uzatmadan bireysel kapasitenin kesin ölçüm sunmasına izin verecek testler olmalıdır (Baker, 2006).

Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi için çeşitli testler geliştirilmiştir. En sık kullanılan ölçüm araçları ise “Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini” (Rapid Estimate Of Adult Literacy in Medicine [REALM]), “Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçümü” (Test of Functional Health Literacy in Adults [TOFHLA]) ve “En Yeni Yaşamsal Bulgu” (Newest Vital Sign [NVS])’dır (Baker, 2006). REALM ve

TOFHLA'nın kısa versiyonları olan REALM-R ve S-TOFHLA'da sık kullanılan testlerdendir. Ayrıca "Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlık Anketi" (Health Literacy Survey – European Union [HLS-EU]) son dönemlerde sıklıkla kullanılan bir ölçek olarak karşımıza çıkmaktadır (Durusu Tanrıöver vd., 2014).

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığı Hızlı Tahmini (REALM): Koruyucu sağlık hizmetlerinde sınırlı okuma becerilerine sahip yetişkinlerin belirlenmesi konusunda doktorlara yardımcı olması için ABD'de geliştirilen bir ölçektir (Jordan et al, 2011). REALM, genel anlamda hastaların kelime bilgisini ölçen 66 maddelik kelime tanıma ve telaffuz testidir. Hastalardan, zorluk derecesi giderek artan bir şekilde verilen kelimeleri yüksek sesle sırasıyla okuması istenir ve kelimeleri doğru telaffuz edip etmediklerine bakılır. Test, yaklaşık 2-3 dakikalık bir sürede tamamlanır (Bass et al, 2003). Test sonucunda katılımcılara her doğru cevap için 1 puan verilerek 0 ile 66 puan arasında bir puanlama yapılır (Özdemir vd., 2009). Testte, 0-44 arasında puan sınırlı sağlık okuryazarlığını, 45-60 puan marjinal sağlık okuryazarlığını ve 61-66 puan yeterli sağlık okuryazarlığını ifade eder (Mancuso 2009, Haun et al 2012).

Bass ve arkadaşları tarafından, potansiyel sağlık okuryazarlığı problemleri için hastaları hızlı bir şekilde izlemek ve değerlendirmek için REALM'ın kısa versiyonu olan 8 maddelik REALM-R (Rapid Estimate of Adult Literacy In Medicine-Revised) geliştirilmiştir (Bass et al, 2003).

Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçümü (TOFHLA): Okuma akıcılığını ölçen TOFHLA, sağlık hizmetleri ile ilgili okuma, yazma ve sayısal becerilerin ölçülmesi için Baker ve arkadaşları tarafından ABD'de geliştirilen bir testtir (Baker et al 1998/a). Test iki aşamadan oluşmaktadır. Test 50 maddelik düzyazı okuryazarlığını ölçen okuduğunu anlama bölümü ve 17 adet sayısal beceri sorusu olmak üzere toplam 67 sorudan oluşmaktadır. (Baker, 2006). 50 soruluk okuduğunu anlama bölümünde katılımcılara tıbbi bir konuda 4 adet paragraf verilir. Paragraflarda bazı kelimeler silinmiştir. Katılımcılardan çoktan seçmeli şekilde sunulan kelimeler arasından kendilerince en uygun kelimelerle boşlukları doldurması istenir. Bireylerin temel sayısal bilgileri kullanma yeteneğini ölçen 17 soruluk ikinci bölümde ise, katılımcılara ilaç şişesi talimatları ve randevu fişleri gibi konularda sorular sorulur (Jordan et al, 2011). TOFHLA'da katılımcılar için 0 ile 100 puan arasında bir puanlama yapılır. En yüksek

skor en iyi okuryazarlık düzeyini gösterir. 60'tan düşük olan skor yetersiz sağlık okuryazarlığını, 60'la 74 arası skor marjinal sağlık okuryazarlığını, 75'ten yukarısı ise yeterli sağlık okuryazarlığını temsil etmektedir. Yetersiz ve marjinal sağlık okuryazarlığına sahip bireyler (75'ten küçük skora sahip bireyler) sağlıkla ilgili yazılı materyalleri anlamada sıkıntı yaşarlar ve sağlık hizmeti almada başkalarından yardım almaya daha fazla ihtiyaç duyarlar (Williams et al, 1995).

TOFHLA'nın daha sonra geliştirilen kısa versiyonu olan S-TOFHLA, 36 adet okuduğunu anlama ve 4 adet sayısal beceri sorusu olmak üzere 40 sorudan oluşmaktadır. S-TOFHLA'da, uzun versiyonun okuma anlama bölümündeki 4 paragraf 2'ye, sayısal beceri bölümündeki 17 soru ise 4'e indirilmiştir. TOFHLA'nın tam versiyonu 18 ile 22 dakika arasında bir zaman alırken S-TOFHLA yaklaşık 7 dakikada tamamlanmaktadır (Weiss et al 2005, Chew et al 2005).

En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (NVS): Weiss ve arkadaşları mevcut sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarının sağlık hizmetlerinde kullanımı için oldukça uzun olduğunu düşünmüş ve sınırlı sağlık okuryazarlığının daha hızlı ve kesin bir şekilde izlenmesi için çalışmalar yapmıştır (Baker 2006, Shah et al 2010). En son geliştirilen ölçüm araçlarından olan NVS, bir dizi senaryo olarak geliştirildi. Bu testte hastalara okumaları için sağlıkla ilgili bilgiler verilir ve daha sonra konu ile ilgili bir senaryo hakkındaki soruları cevaplaması istenerek bu bilgileri kullanabilme yeteneğine bakılır. Sorular görüşmeci tarafından sağlanan bir puanlama tablosuna göre doğru veya yanlış diye değerlendirilir. Testte sunulan bir senaryoda, bir dondurma kutusu üzerindeki beslenmeyle ilgili bilgiler hakkında 6 soru bulunmakta ve her bir doğru cevap 1 puan olarak toplam 6 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Yaklaşık 3 dakika süren testte 0-1 puan yüksek ihtimalli sınırlı sağlık okuryazarlığını, 2-3 puan düşük ihtimalli sınırlı sağlık okuryazarlığını, 4-6 puan ise yeterli sağlık okuryazarlığını ifade eder (Weiss et al 2005, Jordan et al 2011).

Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU): Sağlık okuryazarlığının araştırılması konusunda ABD'nin önde olduğu ve Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ile diğer ülkelerin bu konuda geride kaldıkları görülmektedir (Sorensen, 2013). AB, son dönemlerde sağlık okuryazarlığı araştırmalarına önem vermiş ve bu konu üzerine çalışmalar başlatmıştır. Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında kullanılmak

üzere ölçek geliştirilmesi için; Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya'dan oluşan sekiz AB ülkesi bir araya gelerek HLS-EU Konsorsiyumunu oluşturdu (Sorensen et al, 2013). HLS-EU Konsorsiyumu; Sorensen ve arkadaşları tarafından belirlenen sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli ile sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında, sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerindeki bir işlevin zorluk ya da kolaylık derecesini değerlendiren soruları ilişkilendirilerek HLS-EU anketini geliştirdi. Bu anket Avrupa'daki en geniş kapsamlı sağlık okuryazarlığı çalışmasının ölçeği olarak kullanılmış ve valide edilmiştir (Sorensen et al 2013, Durusu Tanrıöver vd. 2014).

HLS-EU sadece özel bir hasta grubunun değil genel nüfusun sağlık okuryazarlık düzeyinin ölçülmesi için geliştirilmiştir. Test, dar bir klinik veya tıbbi çerçeveye odaklanmaz, geniş bir halk sağlığı perspektifi sunar. Testte bireylerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için, “çok kolay, kolay, zor, çok zor” ve “fikrim yok” seçeneklerinin olduğu 5’li likert ölçeği kullanılarak sorulan 47 soru bulunmaktadır. Halk sağlığı temelli HLS-EU, sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere üç alan açısından bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini değerlendirerek sağlık okuryazarlığını ölçer (Pelikan et al 2012, Sorensen et al 2013).

Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği (Health Activities Literacy Scale [HALS]): Sağlığın geliştirilmesi, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımı ve sürdürülmesi ile sağlık sistemini kullanma becerisi gibi 5 farklı alanda düzyazı, sayısal ve belge okuryazarlık ölçümlerini içerir (Baker, 2006). Test; 5’er puan aralıklarla 0’dan 500’e kadar bir puan aralığına sahip olup, yaklaşık 1 saat sürer. Toplumsal düzeyde sağlıkla ilgili okuma kapasitesinin anlaşılması için çok değerli olmasına rağmen ölçeğin uzunluğu, yaygın olarak kullanılmasına engel teşkil etmektedir (Baker 2006, Kutner et al 2006).

Yukarıda sayılan ve yaygın şekilde kullanılan ölçeklerin dışında, Wide Range Achivement Test (WRAT), Medical Achivement Reading Test (MART), Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults (SAHLSA), Literacy Assessment for Diabetes (LAD), National Assessment of Adult Literacy Survey

(NAAL), Critical Health Competence Test (CHC), Health Literacy Management Scale (HeLMS) ve Health Literacy Questionnaire (HLQ) gibi çeşitli sağlık okuryazarlığı değerlendirme ölçekleri bulunmaktadır (Mancuso 2009, Steckelberg et al 2009, Pleasant et al 2011, Osborne et al 2013).

2.2.6. Sınırlı Sağlık Okuryazarlığının Prevalansı ve Sonuçları

Son yıllarda gerçekleşen bazı olaylar sınırlı sağlık okuryazarlığının giderilmesinin zorluğuna ve olası çözümlerine dikkat çekmiştir. Healthy People 2010 sınırlı sağlık okuryazarlığını bir halk sağlığı problemi olarak tanımlamış ve giderilmesi için bir dizi ulusal hedef oluşturmuştur (U.S. HHS, 2010). Ağız sağlığı alanında sağlık okuryazarlığı için ağız sağlığını geliştirme ulusal eylem planı ve bir araştırma gündemi oluşturulmuştur. IOM 2004 yılında yayınladığı raporda milletlerin ve bireylerin sağlığının geliştirilmesi için sağlık okuryazarlığının önemine değindi (Bohlman et al, 2004). Aynı zamanda Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından, sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçları üzerindeki geniş çaptaki etkisini gösteren bilimsel bir çalışma yayınlanmıştır (Berkman et al, 2004). Daha sonra 2006 yılında Amerika Birleşik Devletleri Eğitim Departmanı, ülkelerindeki İngilizce konuşan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı üzerinde yapılan ve sınırlı sağlık okuryazarlığını büyük bir problem olarak gösteren ilk ulusal değerlendirmeyi yayınladı (Kutner et al, 2006).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık örgütlerinin giderek daha fazla dikkatini çekmeye başlamıştır. Ulusal Sağlık Enstitüsü ve Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı sağlık okuryazarlığı araştırmalarına destekleyici olacağını açıkladı. Birçok sağlık profesyoneli kuruluşu sağlık okuryazarlığını kendi üyeleri için öncelikli konu haline getirdi. Akreditasyon kuruluşları sağlık hizmeti sunan kuruluşlarının sağlık okuryazarlığı konusundaki performanslarını değerlendirmek için yeni standartlar geliştirdiler (U.S. HHS, 2010). Birleşmiş Milletler (UN) sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik hedeflere katıldıklarını açıklamış ve olumlu sağlık sonuçlarının alınması için sağlık okuryazarlığının önemli bir faktör olduğunu ve bu bakımdan sağlık okuryazarlığının artırılması için uygun eylem planlarının geliştirilmesi konusunu benimsediklerini duyurmuştur (United Nations Economic and Social Council, 2009).

Yapılan son araştırmalar sınırlı sağlık okuryazarlığının ciddiyeine vurgu yapmaktadır. Yapılan bu çalışmalar özellikle, sınırlı sağlık okuryazarlığı ile ölüm de dâhil olmak üzere kötü sağlık sonuçları arasındaki güçlü ilişkiyi ortaya koymaktadır (Parker et al, 2008). Healthy People 2010’a göre; sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi çalışmaları yeterli sağlık okuryazarlığını gerektirmektedir. Yeterli sağlık okuryazarlık becerisine sahip yetişkinler karmaşık bir belgedeki birçok farklı bilgiyi bulma, sentezleme ve analiz etme gibi zor ve karmaşık işleri yerine getirebilirler. Sağlıkla ilgili materyaller çoğunlukla hastalar veya okuyucuların çoğunun okuma seviyesinin üstünde olacak şekilde yazılmışlardır (Helitzer et al, 2009). Sağlık profesyonelleri sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip hastalar ile çalışırken sadece tavsiye edilen bazı stratejileri kullanmaktadırlar. Ancak yine de sağlık profesyonellerinin sınırlı sağlık okuryazarlığa sahip bireylerle nasıl daha etkili iletişim kurabileceğini değerlendirecek araştırmalara ihtiyaç vardır (Schwartzberg et al, 2007).

Amerika Birleşik Devletlerinde 2003 yılında yapılan Ulusal Yetişkin Okuryazarlık Araştırmasına (NAAL) katılan 19.000’den fazla yetişkinin sadece yüzde 12’sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Kutner et al, 2006). Bu bilgi Amerika Birleşik Devletlerinde yaşayan ve İngilizce konuşan 10 kişiden neredeyse 9 kişinin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmadığını göstermektedir. Ayrıca Amerika’da yaşayan ancak İngilizce dışında kendi yerel dillerini konuşan nüfusun sağlık okuryazarlık düzeyini gösteren herhangi ulusal bir bilgi bulunmamaktadır (U.S. HHS, 2010). “Health Activities Literacy Scale” (HALS) leği kullanılarak yapılan başka bir çalışma sonucunda ise; Amerika’lı yetişkinlerin yaklaşık %19’unun tamamen sağlık okuryazarlığı becerilerinden yoksun olduğu, %27’lik bir kısmının ise herhangi bir sağlık ortamında sağlıkla ilgili görevlerini yerine getirme konusunda ciddi problemler yaşadığı ortaya çıkmıştır (Kickbusch and Maag 2008).

Paasche-Orlow ve arkadaşları (2005), Amerika Birleşik Devletlerinde TOFHLA ve REALM lekleri kullanılarak toplam 31.129 kişi üzerinde yapılmış 85 araştırmayı birleşirerek genel bir analiz yapmışlardır. Yapılan analiz sonucunda bu araştırmalara katılanların yarısına yakınının, düşük ve marjinal sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Paasche-Orlow et al, 2005)

Sınırlı sağlık okuryazarlığı yetişkinlerin çoğunun hayatını etkilemesine rağmen toplumsal gruplar arasında sınırlı sağlık okuryazarlığının şiddeti ve yaygınlığı bakımından bazı farklılıklar vardır. Bazı gruplar diğerlerine oranla daha fazla sınırlı sağlık okuryazarlığına sahiptir. ABD Sağlık Bakanlığına göre ülkelerinde yaşayan yetişkinler arasında diğerlerine oranla daha fazla sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bu gruplar;

- 65 yaşının üstündeki yetişkinler
- Beyazların dışındaki ırk ve etnik gruplar
- Son mülteci ve göçmenler
- Yüksekokul veya lise seviyesinden daha düşük öğrenim seviyeli kişiler
- Yoksulluk seviyesinin altında gelire sahip kişiler
- Anadili İngilizce olmayan kişilerdir (U.S. HHS, 2010).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı ile kötü sağlık sonuçları arasındaki bağlantı, çeşitli araştırmalarda kendini göstermektedir. 2004 yılında AHRQ ve IOM sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları üzerine kapsamlı raporlar yayınladılar. Her iki raporda da; koruyucu hizmetlerin kullanılması (mamografi veya grip aşısı vb.), kronik hastalıkların yönetimi (diyabet, yüksek tansiyon, astım vb.) ve kişilerin kendi sağlıkları hakkında karar alması gibi konular ile sınırlı sağlık okuryazarlığı arasında negatif bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırmacılar ayrıca sınırlı sağlık okuryazarlığı ile önlenebilir hastane ziyaretleri ile yatışları arasında da bir ilişki olduğunu belirlediler (Bohlman et al 2004, Berkman et al 2004). ABD’de düşük gelir grubundan 958 hastanın iki yıl boyunca izlenerek yürütülen bir araştırmada, yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip hastaların, yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip hastalara oranla yaklaşık iki kat fazla hastane yatış süresine sahip olduğu tespit edilmiştir (AMA, 1999). Başka çalışmalarda da sınırlı sağlık okuryazarlığı ile sağlıkla ve reçete ilgili talimatları yanlış anlama, tıbbi hatalar, diyet önerilerinin yanlış anlaşılması gibi konular hakkında da bir ilişkinin olduğu ortaya çıkmaktadır (Davis et al 2006, Wolf et al 2006, Baker et al 2008). Aynı şekilde, İngiltere’de yapılan bir araştırma sonucunda da, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının, dengeli beslenmenin ve sigara içmeme gibi alışkanlıkların yüksek sağlık okuryazarlığı ile anlamlı bir ilişkisinin bulunduğunu tespit edilmiştir (Wagner et al, 2007).

Genel okuryazarlığın düşük olması; hem ruhsal hem fiziksel açıdan kötü sağlık durumu ile ilişkili olduğu gibi, düşük sağlık okuryazarlığı da çeşitli sosyoekonomik sorunları artırır. Dahası, düşük sağlık okuryazarlığı kişilerin topluma tamamen katılımını ve kişilerin yaşam amaçlarını başarmasını ve toplumdaki fonksiyonlarını yerine getirmesini engeller (Kickbusch et al 2005, Wolf et al 2005).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ve sağlık hizmeti ile ilgili bilgilere erişimini, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi gibi konulardaki beceri ve kapasitelerini doğrudan etkileyen bir kavramdır (Rudd et al, 1999). Sınırlı sağlık okuryazarlığı sadece bireyler veya sağlık sistemleri üzerinde değil aynı zamanda toplum üzerinde de olumsuz sonuçlar doğurabilir (Kickbusch et al, 2005). Birçok gelişmiş ülkedeki veriler, düşük okuryazarlık düzeyi ile mevcut sağlık bilgileri ve hizmetlerinin kullanımının azalması arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Aynı durum sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kişilerin kendi hastalıklarını yönetmesi konularında da gözlemlenmektedir (DeWalt et al 2004, Nutbeam 2008).

Okuma becerilerinin sağlık ve sağlık hizmeti, hastane kullanım oranları, sağlığın değerlendirilmesi ve bazı kronik hastalıkların kontrolü ile ilişkisinin olduğu, düşük okuryazarlık becerisine sahip kişilerin yüksek okuryazarlık düzeyindeki kişilere oranla 1.5-3 kat daha fazla kötü sağlık sonuçları ile karşılaştıkları belirlenmiştir (DeWalt et al, 2004). Yetersiz sağlık okuryazarlığı, çeşitli kronik hastalıklara sahip hastaların eğitimi ve hastalıkları ile ilgili bilişsel becerilerinin artırılması konusunda önemli engellerden biridir (Williams et al, 1998).

Sağlık okuryazarlığı, hastaların sağlık hizmetine aktif katılımı için de oldukça önemli bir unsurdur. İnsanlar temel sağlık bilgilerine ulaşmada sorun yaşamakta ve bu kişiler sağlıkla ilgili doğru kararlar almada ve sağlıklarını yönetme konusunda problem yaşar. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlıkla ilgili eşitsizliklerin giderilmesi bakımından da oldukça önemlidir (Bohlman et al, 2004).

Sınırlı okuryazarlık toplumda çok yaygın bir şekilde karşılaşılan bir durum olmakla birlikte artan yaşa bağlı olarak daha da yaygınlaşan bir durumdur. Sınırlı sağlık okuryazarlığı ile ölüm oranları arasında çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (Sudore et al, 2006). Baker ve arkadaşları, okuryazarlık ve ölüm oranları üzerine yaptıkları araştırmada; sınırlı sağlık okuryazarlığı ile artan ölüm oranları arasında güçlü bir ilişki

olduğunu ortaya koymuştur. Aynı şekilde sınırlık sağlık okuryazarlığının kronik hastalıkları hakkında yetersiz bilgi ve özyönetim konusu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna varmışlardır (Baker et al, 2007).

Yapılan çeşitli araştırmalar sınırlı sağlık okuryazarlığının çeşitli ekonomik etkilerinin olduğunu, düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlık hizmetleri etkin kullanamadığını ve daha yüksek tıbbi maliyetlere maruz kaldığını göstermektedir. Vernon ve arkadaşlarının Amerika Bileşik Devletlerinde yaptığı bir araştırma; Amerika sağlık hizmetlerindeki ekonomik verimsizlik kaynaklarından en büyüğünün sınırlı sağlık okuryazarlığı olduğunu ortaya konmuştur. Ayrıca kronik hastalıklardaki artış ve daha kötü yaşam kalitesi gibi dolaylı maliyetler de sınırlı sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olabilmektedir (Vernon et al 2007, U.S. HHS 2010).

2.2.7. Sağlık Okuryazarlığı ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İlişkisi

Sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam süresini ve yaşam kalitesini artıran, sağlık çalışanları için iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını, sağlık hizmeti alan kişiler için karar mekanizmasına ve sağlık sistemine dâhil olmayı sağlayan bir unsur olarak açıklanmaktadır. (Kanj and Mitic 2009). Sınırlı sağlık okuryazarlığı ile kişilerin kötü sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar, sınırlı sağlık okuryazarlığı ile koruyucu sağlık hizmetlerin kullanımı, kronik hastalıkların kontrolü ve yönetimi ile sağlıkta öz yönetim gibi konularla negatif yönde ilişkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Sınırlı sağlık okuryazarlığın; sağlık bakımı arayışında gecikme, bireyin tıbbi durumunu anlamasında yetersizlik, tıbbi öneri/talimatlara bağlılıkta yetersizlik, sağlık maliyetlerinde artış gibi çeşitli olumsuz etkilerinin yanında, mortalitede artış, koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde kullanımı ve gereksiz hastane kullanımlarında artış gibi toplum sağlığı hizmetleri üzerinde de çeşitli olumsuz sonuçları bulunmaktadır (U.S. HHS, 2000).

Sağlık okuryazarlığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sağlık eğitiminin birincil hedefi, erken çocukluk döneminden itibaren tüm yaş gruplarında toplumun sağlık bilincini yükseltmeye ve sağlık okuryazarlık düzeyini artırmaya yönelik bir araçtır. Bununla birlikte mobil hizmetler ve sağlık taramaları, kaçırılan sağlık eğitimi uygulamaları için bir fırsat olarak değerlendirilir (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi, toplumsal gelişme ve sağlıkla ilgili danışma hizmetleri gibi birçok alanı kapsayan geniş bir alandır (Keleher and Haggert, 2007). Bireylerin herhangi bir sağlık hizmeti gereksiniminde sisteme ilk girişlerini sağlayan, toplumdaki tüm bireylere koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren, sağlık sorunu olsun veya olmasın bireylerle ve toplumla tüm yaşam boyu devam edecek şekilde uzun süreli bir ilişki kuran, toplumun veya bireyin sağlığını korumak ve geliştirmek için hizmet veren tüm kurum veya kişilerin sunduğu hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan hizmetler bütünüdür. Yapılan bu tanımdan da anlaşılacağı üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sisteme ilk başvuru yeri olması, süreklilik arz etmesi, kapsayıcı olması ve eşgüdüm sağlama gibi dört ana özelliği bulunmaktadır (Aktaran: Çakır, 2017).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmet sunumunda en önemli rol aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına düşmektedir. Aile hekimleri, 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununa göre; yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin her bireye bakmakla yükümlüdür (Aile Hekimliği Kanunu, 2004). Kısaca Dünya Aile Hekimleri Örgütü olarak bilinen WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesinde aile hekimlerinin sahip olması gereken en temel yeterliliklerin, birinci basamak sağlık hizmet yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım becerileri olarak tanımlamaktadır (WONCA, 2002). Aile hekimlerinin, bireylerin her türlü sağlık hizmeti alımı açısından, sağlık sistemi ile ilk temas noktası olması, izledikleri ailelerin sağlık bakım hizmetlerini etkin bir şekilde kullanımı açısından oldukça önemlidir. Toplumda uygun sağlık davranışlarının geliştirilmesi, ihtiyaç duyulan hizmetlere erişim, sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı ve sağlık bakımının her aşamasında yapılan bilgilendirmelerin bireylere sağlanması bakımından, aile hekimlerinin sağlık okuryazarlığı konusunda hem farkındalık, hem de yetkinlik sahibi olması önemlidir. Aile hekimleri, kapsamlı ve tekrarlayan görüşmelerle, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirleyerek, sağlık okuryazarlık düzeyine uygun etkin müdahaleler ile hem bireysel hem de toplumsal sağlığın geliştirilmesine katkı sağlar (Kendir Çopurlar ve Kartal, 2016).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında sağlık hizmeti kullanıcılarının ve sağlam bireylerin davranışları, kişisel alışkanlıkları ve sağlıklı olma yönündeki sorumlulukları son derece önemlidir. Bu tür hizmetlerde hasta olmadan sağlıklı olma yönündeki davranışların bireylerde alışkanlık haline getirilmesi gerekmektedir. Kalkınma Bakanlığı Özel İhtisas Komisyonunun hazırladığı Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Raporunda, bireylerin koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini kullanma ve dolayısıyla sağlıklı olma yönündeki davranışlarının önünde duran en önemli sorun, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığı olarak değerdendirilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Sağlık okuryazarlık düzeyinin tam olarak bilinmemesi, güncel ve güvenilir sağlık bilgi kaynaklarının yetersizliği, hasta bilgilendirme formlarının içerik ve uygulanmasındaki yetersizlik, öncelikli gruplar ve özel hastalıklara yönelik bilgilendirici doküman yetersizliği, toplumun sağlık sisteminde paydaş rolünün güçlendirilmemiş olması, sağlıkta medya yönetiminin uygun yapılmayışı, toplumun fiziksel aktivitelerde bulunabileceği ve hareketli bir yaşam tarzı oluşturmalarını destekleyici kentleşmenin olmaması gibi etkenler, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık okuryazarlığı konusundaki başlıca sorunlardır. Komisyon raporunda, bu sorunların ortadan kaldırılması için; güncel ve güvenilir sağlık bilgi kaynakları ile toplumun sağlık bilincinin yükseltilmesi, sağlıklı hayat programlarına erişimin sağlanmasıya yönelik olarak sağlığı geliştirme faaliyetlerinin güçlendirilmesi, sağlık okuryazarlığı kavramının genel okuryazarlık ve eğitim seviyesinden farklı olduğu bilinci ile sağlık kurumları, sağlık çalışanları ve medyanın da kullanılarak sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi yönünde gerekli çalışmaların başlatılması, sigarayı bıraktırma ve obezite ile mücadele gibi bütün vatandaşlara yönelik olan programlarla sağlıklı davranış kazandırma programlarının diğer sektörlerle de işbirliği sağlanarak ve artırılarak devam ettirilmesi ve kronik hastalıklardan nasıl korunulacağı bilgisinin sosyal pazarlama teknikleri kullanılarak tüm nüfusa yaygınlaştırılması gibi çeşitli çözüm önerileri sunulmuştur (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. AMAÇ

Bu çalışmanın amacı Kahramanmaraş Merkez İlçe Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yetişkin nüfusun sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenerek sosyodemografik değişkenleri açısından farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesidir.

3.2. PROBLEM CÜMLESİ

Bireylerin kendi hastalıklarını tanıyabilmeleri, bulguları belirleyebilmeleri ve kendileri için iyi olduğunu düşündükleri kararları alabilmeleri beklenen günümüzde, hayatımızın neredeyse her yönünde sağlıkla ilgili sorularla ve karar alma durumları ile karşı karşıya kalmaktayız. Tüm bireylerden hem kendi sağlığı hem de aile bireylerinin sağlığı ile ilgili sağlık davranışları, beslenme, ilaç kullanımı, sağlık hizmeti sunucularının seçimi ve tedavi yöntemi tercihi gibi konular da dâhil birçok alanda aktif bir şekilde karar vermeleri beklenmektedir. Bireylerin uygun sağlık kararları alabilmeleri ise, sağlık okuryazarlık seviyeleri tarafından belirlenir (U.S.HHS 2010, Balçık vd 2014).

Sağlık bakım hizmetlerinin gün geçtikçe daha da karmaşık hale gelmesiyle sağlık okuryazarlığı kavramının da öneminin giderek arttığı görülür. Dünyada ve ülkemizde bu alanda yapılan araştırmalara bakıldığında, sağlık okuryazarlık düzeyinin genel anlamda düşük olduğu gerçeği karşımıza çıkmaktadır (Durusu Tanrıöver vd, 2014). Düşük sağlık okuryazarlığının; daha sağlıksız yaşam, kötü sağlık alışkanlıkları, acil servis ve hastane kullanım oranlarında artış, kronik hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, ilaç kullanım hataları, mortalite oranlarında artış, sağlık maliyetlerinde artış, sağlık personeli ile yaşanan iletişim sorunları gibi kişilerin, toplumun ve sağlık sisteminin üzerinde birçok olumsuz sonuçları vardır (Kalkınma Bakanlığı 2014).

Bahsi geçen bu olumsuz sonuçların ortadan kaldırılmasında, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve tespit edilen sonuçlar doğrultusunda stratejiler geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi ve sağlıkla ilgili danışma hizmetlerini veren, hasta olsun veya olmasın toplumun büyük bölümüyle yakından ilişkili sağlık hizmeti olması nedeniyle, sağlık okuryazarlığının artırılması

konusunda önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir (Keleher and Haggert, 2007). Bu çerçevede Kahramanmaraş iline bağlı bir Aile Sağlığı Merkezinde yapılan bu araştırmanın problem cümleleri şunlardır.

- Aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri nedir?
- Aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre değişmekte midir?

3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini Kahramanmaraş ili Merkez İlçelerinde (Onikişubat ve Dulkadiroğlu ilçeleri) yaşayan onbeş yaş ve üstü nüfus oluşturmaktadır. Araştırma, Kahramanmaraş ili Merkez ilçelerinde faaliyet gösteren Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütülmüştür. Kahramanmaraş ilinin 2015 yılı toplam nüfusu 1.096.610 kişi olup bu nüfusun 772.125'i onbeş yaş ve üstü kişilerden oluşmaktadır. Onikişubat ilçesinin toplam nüfusu 384.953 kişi olup bu nüfusun 269.385'i onbeş yaş ve üstü kişilerden oluşmaktadır. Aynı şekilde Dulkadiroğlu ilçe nüfusu ise 218.067 kişi olup bu nüfusun 150.341'i onbeş yaş ve üstü kişilerden oluşmaktadır. Kahramanmaraş merkez ilçelerin toplam nüfusu 603.020 iken onbeş yaş ve üstü kişi sayısı 419.726'dır. (TÜİK, 2015).

Araştırmanın yapıldığı 2015 yılında, Kahramanmaraş ilinde toplam 112 Aile Sağlığı Merkezi ve bu merkezlere bağlı 310 Aile Hekimliği Birimi bulunmaktadır. Kahramanmaraş ili merkez ilçelerinden Onikişubat ilçesinde; 30 Aile Sağlığı Merkezi ve bu merkezlere bağlı 100 Aile Hekimliği Birimi bulunurken, Dulkadiroğlu İlçesinde ise 20 Aile Sağlığı Merkezi ve bu merkezlere bağlı 64 Aile Hekimliği Birimi bulunmaktadır (Kahramanmaraş Valiliği, 20015).

Araştırma, Kahramanmaraş Merkez İlçelerindeki (Onikişubat ve Dulkadiroğlu İlçeleri) Aile Sağlığı Merkezlerine 01.10.2015 – 31.12.2015 tarihleri arasında başvuran hastalar üzerinde, kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma %95 güven aralığı ve %5 hata payının hesaplanması sonucunda minimum 384 kişi üzerinde araştırmanın gerçekleştirilmesine karar verilmiştir. Bu kapsamda, cevaplanmama oranı da göz önüne alınarak 500 kişiye ulaşılması hedeflenmiş olup toplamda 421 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırma örnekleme hesaplamada aşağıdaki formül kullanılmıştır.

n: Örneklem büyüklüğü

N: Evren birim sayısı

P: Evrendeki X'in gölenme oranı

Z α : Z tablosunda güven düzeyine karşılık gelen değer

Q: X'in gözlenmeme oranı

d: Örneklem hatası (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004).

$$n = \frac{N \cdot P \cdot Q \cdot Z_{\alpha}^2}{(N-1) \cdot d^2}$$

3.4. SINIRLILIKLAR VE VARSAYIMLAR

Araştırma Kahramanmaraş ili merkez Onikişubat ve Dulkadiroğlu ilçelerinde aile sağlığı merkezlerine başvuran 15 yaş ve üzeri hastalarla sınırlıdır.

Araştırmaya katılan bireylerin anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmıştır.

3.5. HİPOTEZLER

H_1 : Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri eğitim seviyelerine göre farklılık göstermektedir.

H_2 : Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri yaşlarına göre farklılık göstermektedir.

H_3 : Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

H_4 : Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H_5 : Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri çalışma durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H_6 : Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri gelir seviyelerine göre farklılık göstermektedir.

3.6. VERİ TOPLAMA ARACI

Çalışmada veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Birinci bölüm, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence ve ailenin aylık gelir algısı gibi çeşitli soruların bulunduğu sosyodemografik değişkenlerdir. Toplam soru sayısı 15'tir.

İkinci bölüm ise Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Projesi kapsamında geliştirilen 47 soruluk HLS-EU anketidir. Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya'nın içinde bulunduğu sekiz Avrupa Birliği üyesi ülkenin ortaklığı ile oluşturulan HLS-EU Konsorsiyumu tarafından geliştirilen anket; sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi alanlarında, sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerindeki bir işlevin zorluk ya da kolaylık derecesini değerlendiren 47 sorudan oluşmaktadır. HLS-EU; 2011 yılında Avrupa Birliği ve Ludwing Boltzman Institute Health Promotion Research tarafından yukarıda belirtilen 8 ülkede, değişik dillerde, yaklaşık 8000 Avrupa vatandaşına uygulanarak çok farklı sosyo-demografik özellikleri ve sağlık sistemleri olan Avrupa ülkelerinde uygulanabilirliği ve iç geçerliliği kanıtlanmıştır (Pelikan et al, 2012). Ölçekteki alt boyutlar ve bilgi işleme süreçlerine ait soru numaraları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. SOYA-AB Alt Boyut ve Bilgi İşleme Süreçleri Soru Numaraları

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

HLS-EU ölçeği ile bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin değerlendirmek için; “çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok” seçeneklerinin olduğu beşli Likert ölçeği kullanılarak katılımcılara 47 soru sorulmuştur.

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM) tarafından yürütülen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması kapsamında, konsorsiyumun ana paydaşı olan Maastricht Üniversitesi'nden Kristine Sorensen'in izni alınarak Türkçe'ye çevrilen

anketin güvenilirliği için iç tutarlılık (Cronbach Alfa) analizi yapılmış ve genel iç tutarlılık katsayısı 0,970 olarak bulunmuştur. Birinci alt boyut olan “sağlık hizmeti” boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,916, ikinci boyut olan “hastalıktan korunma” boyutunun katsayısı 0,921 ve üçüncü alt boyut olan “sağlığın iyileştirilmesi” boyutunun katsayısı 0,921 olarak bulunmuştur (Durusu Tanrıöver vd, 2014).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması kapsamında SASAM tarafından Türkçeleştirilen anket, Sağlık-Sen’den gerekli izin alındıktan sonra bu çalışmada kullanılmıştır. Araştırmanın etik izni Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü Etik Komisyonundan alınmıştır (EK-2).

3.7. İÇ TUTARLILIK BİLGİLERİ

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesinde kullanılan ve iç geçerliliği kanıtlanmış ölçeğin Türkçeleştirilmiş versiyonu olan SOYA-AB ölçeğinin genel ve üç alt boyutu için ayrı ayrı Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplanmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 2’de verilmiştir. Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı 0,947 olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Ölçeğin Genel ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizleri

	SOYA-AB	Soru Sayısı
Genel İndeks	0,947	47
Sağlık Hizmeti İndeksi	0,871	16
Hastalıktan Korunma İndeksi	0,870	15
Sağlığın İyileştirilmesi İndeksi	0,897	16

Hesaplanan Cronbach Alfa değerlerinin, tüm indekslerde 0,80’in üzerinde bulunması ile yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Alpar, 2016).

3.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Çalışmada veri toplanmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılmış, uygulama sırasında katılımcılara çalışmanın amacı açıklandıktan sonra kendilerine anket hakkında kısa bilgi aktarılmış, kalem ve silgi verilerek gözlem altında formu doldurmaları sağlanmıştır.

3.9. VERİ ANALİZİ VE İNDEKSLERİN HESAPLANMASI

Veriler excel programına girildikten sonra istatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 23.0 paket programı veri tabanına aktarılmış, önceden tanımlanmış istatistiksel yöntemler uygulanarak bulgulara ulaşılmıştır. %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Katılımcıların yaş gruplarına, cinsiyetlerine, çalışma durumlarına, aylık gelir durumlarına, eğitim durumlarına ve diğer sosyodemografik değişkenlerine göre dağılım frekansları hesaplanmıştır. Verilerin normal bir dağılım gösterip göstermediği Shapiro Wilk testi ile incelendi. Yapılan testler sonucunda normal dağılım gösteren iki grubun ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırmasında t-testi, normal dağılım göstermeyen iki grubun ortalamasının karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren ikiden fazla grubun ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırmasında one-way ANOVA testi, normal dağılım göstermeyen ikiden fazla grubun ortalamasının karşılaştırmasında ise Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır.

HLS-EU anketindeki 47 sorunun her biri 1 ile 4 arasında puanlanan bir ölçekte (1= çok zor, 2= zor, 3= kolay, 4= çok kolay, 5=fikrim yok) değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 47-188 arasındadır. Hesaplama kolaylığı bakımından toplam puan 0-50 puan arası değer alacak şekilde aşağıdaki formülde belirtildiği şekilde standardize edilmiştir.

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

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Ortalama= Her kişi için cevaplandırılan her maddenin ortalaması

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

3= Ortalamanın dağılım aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Ölçekte 0 en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Çalışma sonucunda belirlenen sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir.

- (0-25) Puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı
- (>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı
- (>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı
- (>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı (Pelikan et al, 2012).



4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. ARAŞTIRMA GRUBUNUN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

4.1.1. Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumları

Araştırmaya 421 kişi katılmıştır. Katılımcıların %50,6'sını kadınlar, %49,4'ünü erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların genel yaş ortalaması 36 (17-74) olup, kadınlarda ortalama yaş 32,6 (17-69), erkeklerde ise 39,6 (17-74)'dir. Katılımcıların %77,2 gibi büyük çoğunluğu evlidir.

Tablo 3. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Eğitim Durumu ve Çalışma Durumu (n=421)

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	213	50,6
	Erkek	208	49,4
Yaş	15-24	58	13,8
	25-34	141	33,5
	35-44	128	30,4
	45-54	66	15,6
	55 ve üstü	28	6,7
Medeni Durum	Evli	325	77,2
	Bekâr	87	20,7
	Ayrılmış/Boşanmış	9	2,1
Eğitim Durumu	İlköğretim	72	17,1
	Ortaöğretim	110	26,1
	Önlisans+Lisans	215	51,1
	Lisansüstü	24	5,7
Çalışma Durumu	Memur	206	48,9
	İşçi	46	10,9
	Serbest Meslek	42	10,0
	Öğrenci	37	8,8
	Esnaf	19	4,5
	Emekli	18	4,3
	Ev Hanımı	28	6,7
	Diğer	25	5,9

Katılımcıların %51,1’lik bir kısmı önlisans/lisans düzeyinde eğitim durumuna sahip olduğunu beyan etmiş olup, çalışma durumları incelendiğinde %48,9’luk bir oranla memur grubu olduğu göze çarpmaktadır. Araştırma grubunun temel özellikleri Tablo 3’te verilmiştir.

4.1.2. Aylık Gelir, Sağlık Giderlerini ve Faturalarını Karşılatabilme Durumu

Haneye giren toplam aylık gelire bakıldığında, araştırmanın yapıldığı dönemdeki yaklaşık 1.300 TL’lik asgari ücretin altında aylık geliri olan kişilerin oranı %10’dur. Doktor masraflarını karşılayabilme durumu sorulan katılımcıların %25,4’ünün “çok kolay”, %42,5’inin “kısmen kolay” cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Aylık Gelir, Sağlık Giderlerini ve Faturalarını Karşılama Durumu (n=421)

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Haneye Giren Toplam Aylık Gelir	1.300 TL Altı	42	10,0
	1.300-2.000 TL Arası	61	14,5
	2.001-3.000 TL Arası	125	29,7
	3.001-5.000 TL Arası	95	22,6
	5.001+	44	10,5
	Cevap Yok	54	12,7
Doktor Masraflarını Karşılatabilme Durumu	Çok kolay	107	25,4
	Kısmen kolay	179	42,5
	Kısmen zor	86	20,4
	Çok zor	31	7,4
	Cevap yok/Bilmiyor	18	4,3
Kendileri Karşılıyor olsaydı İlaç Masraflarını Karşılatabilme Durumu	Çok kolay	55	13,1
	Kısmen kolay	109	25,9
	Kısmen zor	94	22,3
	Çok zor	148	35,2
Son 12 Ay Boyunca Faturalarını Ödemede Karşılaşılan Zorluk Durumu	Cevap yok/Bilmiyor	15	3,6
	Çoğu zaman	84	20,0
	Zaman zaman	221	52,5
	Hemen hemen hiç / Hiç	97	23,0
	Cevap Yok	19	4,5

Sağlık giderlerini tamamen kendileri karşılıyor olsaydı ilaç masraflarını ödeyebilme gücü sorulan katılımcıların %22,3'ü kısmen zor, %35,2'si çok zor cevabını vermişlerdir. Tablo 4'e bakıldığında, katılımcıların yarıdan fazlasının (%52,5) son bir yıl içerisinde faturalarını ödemedi zaman zaman zorluk yaşadığı görülmektedir.

4.1.3. Aile Tipi, Hanede Yaşayan Kişi Sayısı, Yaşanılan Ev Durumu ve Yapısı

Tablo 5'in incelenmesinde, katılımcıların %89,5 gibi büyük çoğunluğunun anne, baba ve çocuktan oluşan çekirdek aile tipine sahip olduklarını ve %34,7'sinin 4 kişilik bir aileye sahip oldukları anlaşılmaktadır. Aynı şekilde katılımcıların %64,8'i kendi evlerinde oturduklarını ve %67,0'ı evlerinin apartman dairesi olduğunu beyan etmişlerdir.

Tablo 5. Aile Tipi, Hanede Yaşayan Kişi Sayısı, Yaşanılan Ev Durumu ve Yapısı (n=421)

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Aile Tipi	Çekirdek Aile	377	89,5
	Geniş Aile	33	7,8
	Parçalanmış Aile	11	2,7
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	1	7	1,7
	2-3	131	31,1
	4	146	34,7
	5 ve üzeri	137	32,5
İkamet Edilen Ev Durumu	Kira	125	29,7
	Kendi Evi	273	64,8
	Diğer	23	5,5
İkamet Edilen Ev Yapısı	Apartman	282	67,0
	Müstakil	126	29,9
	Gecekondu	6	1,4
	Diğer	7	1,7

4.1.4. Okuma Yazma Aışkanlıkları

Tablo 6'ya bakıldığında, araştırma grubunun %32,5'lik bir kısmının hiç gazete okumadığı, %17,6'sının ise haftada 6-7 gün gazete okuduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların %29,7'si hiç kitap okumazken, %59,4'ü ise yılda 1-10 arasında kitap okuduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 6. Okuma Yazma Etkinliklerine Katılım Durumu (n=421)

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Haftalık Gazete Okuma Gün Sayısı	Hiç Okumam	137	32,5
	1-2 Gün	106	25,2
	3-5 Gün	104	24,7
	6-7 Gün	74	17,6
Yılda Okunan Kitap Sayısı	Hiç Okumam	125	29,7
	1-10 Arası	250	59,4
	11-20 Arası	35	8,3
	21+	11	2,6

4.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ VE İNDEKS PUANLARI

4.2.1. SOYA-AB Ölçeğine Verilen Cevap Dağılımları

SOYA-AB ile elde edilen cevapların sıklık ve yüzde dağılımları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYA-AB) Madde Dağılımına Göre Yanıt Yüzdeleri

Maddenin İçeriği		1.Çok Zor	2.Zor	3.Kolay	4.Çok Kolay	5.Fikrim Yok
1	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	3,6	16,9	57,2	19,7	2,6
2	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	2,6	17,6	59,4	18,3	2,1
3	Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	2,6	24,2	51,5	18,1	3,6
4	Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	2,4	13,5	48,7	33,5	1,9
5	Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	2,4	15,4	48,9	29,7	3,6

Tablo 7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYA-AB) Madde Dağılımına Göre Yanıt Yüzdeleri
(Devam Ediyor)

	Maddenin İçeriği	1.Çok Zor	2.Zor	3.Kolay	4.Çok Kolay	5.Fikrim Yok
6	İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	7,1	22,3	44,9	21,9	3,8
7	Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	4,0	24,5	47,0	20,2	4,3
8	Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	2,1	8,3	48,5	37,1	4,0
9	Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	2,9	11,2	54,9	26,6	4,5
10	Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	3,8	26,6	45,6	19,7	4,3
11	İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	3,6	22,1	48,9	20,4	5,0
12	Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	9,7	25,9	42,5	16,9	5,0
13	Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	2,9	24,5	46,6	23,0	3,1
14	İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	1,4	10	51,3	34,0	3,3
15	Acil durumda ambulans çağırmak	1,0	8,6	41,6	45,1	3,8
16	Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	1,4	8,1	48,2	39,4	2,9
17	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	1,1	16,2	49,4	29,2	4,0
18	Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	4,0	22,8	46,1	22,6	4,5
19	Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	4,3	15,0	58,8	19,5	3,3
20	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	2,1	16,9	49,9	27,8	3,3
21	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	1,4	12,1	51,8	29,5	5,2
22	Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	2,4	12,4	48,7	33,5	3,1
23	Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	2,1	8,6	53,2	32,5	3,6
24	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	2,6	14,3	50,8	28,5	3,8
25	Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	1,7	18,3	49,2	28,0	2,9

Tablo 7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYA-AB) Madde Dağılımına Göre Yanıt Yüzdeleri
(Devam Ediyor)

	Maddenin İçeriği	1.Çok Zor	2.Zor	3.Kolay	4.Çok Kolay	5.Fikrim Yok
26	Hangi aşılar ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	3,1	21,6	46,6	23,0	5,7
27	Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1,9	21,1	49,2	23,8	4,0
28	Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	6,7	25,4	41,3	20,9	5,7
29	Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	5,0	24,0	41,6	24,9	4,5
30	Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığınız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	5,2	19,2	49,4	20,9	5,2
31	Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	5,9	22,3	46,8	20,0	5,0
32	Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	2,9	10,9	53,2	30,2	2,9
33	Akl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)	3,1	15,9	53,4	24,5	3,1
34	Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri)	2,1	17,8	50,8	26,1	3,1
35	Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması)	5,9	26,6	48,7	14,3	4,5
36	İşinizde sağlığınızı iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	2,9	17,3	55,6	20,9	3,3
37	Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	1,9	13,1	54,2	27,6	3,3
38	Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	5,7	21,6	45,4	24,0	3,3
39	Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)	2,9	19	51,8	22,6	3,8
40	Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	4,3	17,8	53,2	22,1	2,6
41	Nerede yaşadığınızın sağlığınız ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre)	3,1	15,0	51,1	24,0	6,9
42	Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	4,5	12,8	54,2	25,9	2,6
43	Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınızla ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	1,7	12,4	54,9	28,3	2,9

Tablo 7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYA-AB) Madde Dağılımına Göre Yanıt Yüzdeleri
(Devam Ediyor)

Maddenin İçeriği		1.Çok Zor	2.Zor	3.Kolay	4.Çok Kolay	5.Fikrim Yok
44	Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	2,9	16,2	50,6	27,3	3,1
45	İstedığınızde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	7,1	29,7	36,8	24,0	2,4
46	Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	4,3	28,0	44,7	19,2	3,8
47	Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	8,3	23,5	43,7	21,1	3,3

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili cevap dağılımlarının verildiği Tablo 7’ye bakıldığında; “Sağlık Hizmeti” boyutundaki 6’ncı soru olan “İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak” sorusuna %7,1 oranında, 12’nci soru olan “Medyada bir hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek” sorusuna ise %9,7 oranında “Çok Zor” cevabının verildiği görülmektedir.

Aynı şekilde, “Hastalıktan Korunma” boyutundaki 28’inci soru olan “Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek” sorusuna %6,7, “Sağlığın İyileştirilmesi” boyutundaki 35’inci soru olan “Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak” sorusuna %5,9 ve 47’nci soru olan “Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktiviteler katılmak” sorusuna %8,3 oranlarında “Çok Zor” cevabının verildiği görülmektedir.

“Çok Kolay” olarak ifade edilen sorulara bakıldığında; “Sağlık Hizmeti” boyutunda 4’üncü soru olan “Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağını bilgisine ulaşmak” sorusuna %33,5, 8’inci soru olan “Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacı tarifini anlamak” sorusuna %37,1, 14’üncü soru olan “İlaç üzerindeki talimatları uygulamak” sorusuna %34,0, 15’inci soru olan “Acil durumlarda ambulans çağırmak” sorusuna %45,1 ve 16’ncı soru olan “Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek” sorusuna %39,4 oranında “Çok Kolay” şeklinde cevap verildiği görülmektedir.

“Hastalıktan Korunma” boyutunda 22’nci soru olan “Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak” sorusuna %33,5 ve 23’üncü soru olan “Sağlık taramalarına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak” sorusuna %32,5 oranlarında “Çok Kolay” cevabının verildiği belirlenmiştir.

“Fikrim Yok” cevaplarının genel ortalaması %3,8 olup, 41’inci soru olan “Nerede yaşadığınızın sağlığını ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek” sorusunda en yüksek oran olan %6,9 oranına ulaşmıştır (Tablo 7).

Tablo 8’de, katılımcıların anket sorularına verdiği “Zor” ve “Çok Zor” sorularının yüzde dağılımları ile Avrupa Birliği ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Çalışmaları ile karşılaştırmaları verilmiştir.

Tablo 8. Sorulara Verilen “Zor ve Çok Zor” Cevaplarına ait Toplam Yüzde Dağılımları ve Karşılaştırmaları

No	Maddenin İçeriği	AB* %	TR** %	KMRŞ %
1	Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	22,8	32,2	20,4
2	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	26,9	32,3	20,2
3	Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	21,8	39,1	26,8
4	Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	11,9	19,4	15,9
5	Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	15,3	22,5	17,8
6	İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	28,0	42,9	29,5
7	Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	21,7	42,0	28,5
8	Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	6,5	11,9	10,5
9	Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	18,0	19,6	14,0
10	Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	42,6	43,1	30,4
11	İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	38,6	32,3	25,7
12	Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	49,7	48,2	35,6
13	Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	23,1	28,4	27,3
14	İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	6,8	11,9	11,4
15	Acil durumda ambulans çağırmak	8,8	13,0	9,5

Tablo 8. Sorulara Verilen “Zor ve Çok Zor” Cevaplarına ait Toplam Yüzde Dağılımları ve Karşılaştırmaları (Devam Ediyor)

No	Maddenin İçeriği	AB* %	TR** %	KMRŞ %
16	Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	5,6	8,7	9,5
17	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	14,7	30,3	17,3
18	Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	33,5	41,1	26,8
19	Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	24,0	38,4	19,2
20	Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	18,1	34,1	19,0
21	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	10,3	21,0	13,5
22	Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	16,6	22,6	14,7
23	Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	10,4	20,5	10,7
24	Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	14,4	31,2	16,9
25	Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	16,3	27,8	20,0
26	Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	32,7	47,2	24,7
27	Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	25,1	45,9	23,0
28	Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	42,1	49,2	32,1
29	Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	26,2	33,4	29,0
30	Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığınız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	22,2	28,9	24,5
31	Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	36,9	36,0	28,3
32	Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	14,3	27,8	13,8
33	Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)	22,6	34,0	19,0
34	Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri)	40,3	33,6	20,0
35	Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması)	53,2	50,9	32,5
36	İşinizde sağlığınıza iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	34,8	36,5	20,2
37	Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	13,0	16,7	15,0
38	Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	36,2	32,9	27,3

Tablo 8. Sorulara Verilen “Zor ve Çok Zor” Cevaplarına ait Toplam Yüzde Dağılımları ve Karşılaştırmaları (Devam Ediyor)

No	Maddenin İçeriği	AB* %	TR** %	KMRŞ %
39	Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)	23,3	30,8	21,9
40	Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	26,1	31,7	22,1
41	Nerede yaşadığınızın sağlığını ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre)	24,6	27,5	18,1
42	Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	19,5	19,7	17,3
43	Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	12,6	21,3	14,0
44	Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	21,7	21,7	19,0
45	İstedığınızde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	24,1	44,3	36,8
46	Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	25,5	38,6	32,3
47	Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	38,9	44,7	31,8

* Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (Pelikan et al. 2012)

** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (Durusu Tanrıöver vd. 2014)

Tablo 8’e bakıldığında; katılımcıların 45’inci soru olan “İstedığınızde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak” sorusuna en yüksek oranda (%36,8) oranında “zor ve çok zor” cevabının verildiği görülmektedir. Aynı soruya Avrupa Birliği araştırmasında verilen toplam “zor ve çok zor” cevap yüzdesi %24,1 olarak belirlenirken, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında %44,3 olarak saptanmıştır (Pelikan et al 2012, Durusu Tanrıöver vd. 2014).

Katılımcıların en çok zorlandığı diğer konulardan; 12’inci soru olan “Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek” sorusuna verilen “Zor ve Çok Zor” cevaplarının toplam oranı %35,6 iken, AB çalışmasında (%49,7) ve Türkiye çalışmasında (%48,2) bu oran daha yüksek rakamlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Pelikan et al 2012, Durusu Tanrıöver vd. 2014).

35’inci sorudaki “Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak” sorusuna; hem AB çalışması hem de Türkiye çalışmasına katılanların yarısından fazlası “zor ve çok zor” cevabı verirken, Kahramanmaraş çalışmasında aynı sorudaki oran %32,5’tir (Pelikan et al 2012, Durusu Tanrıöver vd. 2014).

Araştırmada katılımcıların en az zorlandığı konuların ise 15'inci soru olan "Acil durumda ambulans çağırmak" sorusu ile 16. soru olan "Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek" soruları olduğu, her iki soruya da eşit oranda "zor ve çok zor" cevabını verdikleri görülmektedir. 15'inci soruda bu oranın AB çalışmasında %8,8, Türkiye çalışmasında %13,0 olduğu görülmektedir (Pelikan et al 2012, Durusu Tanrıöver vd. 2014).

4.2.2. Sağlık Okuryazarlığı İndeks Puanları

Araştırma sonucunda SOYA-AB ölçeği genel indeks puanı ortalaması $33,97 \pm 7,23$ olarak bulunmuştur. Kategorilendirilmiş sağlık okuryazarlık düzeyleri açısından bakıldığında bu rakam yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine denk gelmektedir. Alt boyutların indeks ortalamalarına bakıldığında, sağlık hizmeti alt boyutunun indeks puanının $33,79 \pm 7,46$, hastalıktan korunma alt boyutunun indeks puanının $33,52 \pm 8,18$, sağlığın iyileştirilmesi alt boyutunun indeks puanının ise $32,91 \pm 8,37$ olduğu tespit edilmiştir. Genel ve alt indekslerin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Genel ve Alt Boyutların Tanımlayıcı İstatistikleri ve İndeks Puanları (n=421)

	Genel İndeks	Sağlık Hizmeti	Hastalıklardan Korunma	Sağlığın İyileştirilmesi
Ortalama	33,97	33,79	33,52	32,91
Ortanca	33,33	33,33	33,33	33,33
Varyans	52,41	55,69	67,04	70,08
Standart Sapma	7,23	7,46	8,18	8,37
Minimum	7,09	8,33	6,67	1,04
Maksimum	50	50	50	50
	Bilgiye Erişme	Bilgiyi Anlama	Bilgiyi Değerlendirme	Bilgiyi Uygulama
Ortalama	33,28	34,24	32,96	33,28
Ortanca	33,33	33,33	33,33	33,33
Varyans	62,72	61,87	69,05	61,34
Standart Sapma	7,92	7,87	8,31	7,83
Minimum	5,13	9,09	5,56	7,58
Maksimum	50	50	50	50

Bilgi işleme süreçlerinin indeks puanlarına bakıldığında, “bilgiye erişme” sürecinin indeks puanı $33,28 \pm 7,92$, “bilgiyi anlama” sürecinin $34,24 \pm 7,87$, “bilgiyi değerlendirme” $32,96 \pm 8,31$ ve “bilgiyi uygulama” süreci indeks puanı ortalamasının $33,28 \pm 7,83$ olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Kahramanmaraş ili merkez ilçelerinde yapılan araştırma sonucunda $33,97 \pm 7,23$ olarak bulduğumuz genel sağlık okuryazarlık indeks puanı, Durusu Tanrıöver ve arkadaşlarının, 2014 yılında aynı ölçeği kullanarak 4.924 kişi üzerinde gerçekleştirdikleri Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında daha düşüktür ($30,4 \pm 0,16$) (Durusu Tanrıöver vd. 2014).

Okyay ve Abacıgil’in 2016 yılında yaptıkları Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Türkçe Uyarlaması çalışmasında ise genel indeks puanı $32,8 \pm 7,3$ olarak bulunmuştur (Okyay ve Abacıgil, 2016).

Çalışmada kullanılan ölçeğin orijinal hali olan HLS-EU anketinin kullanıldığı; Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya’nın içinde bulunduğu sekiz Avrupa ülkesi üzerinde yapılan çalışmada, katılımcıların toplam indeks ortalaması $33,8 \pm 8,0$ olarak tespit edilmiştir (Pelikan et al, 2012). Sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı açısından bakıldığında Kahramanmaraş ilinde yapılan çalışma sonucunda elde edilen indeks puanı ($33,97 \pm 7,23$) ile Avrupa Birliği ortalamasının birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir. Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasına katılan Avrupa Birliği ülkelerinden Bulgaristan’ın $30,5 \pm 9,2$ indeks puanı ile en düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, $37,1 \pm 6,4$ indeks puanı ile Hollanda’nın en yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (Pelikan et al, 2012).

Duong ve arkadaşları 2014 yılında, Endonezya, Kazakistan, Malezya, Myanmar, Tayvan ve Vietnam’dan oluşan 6 Asya ülkesinde 10.024 kişi üzerinde HLS-EU anketinin geçerlilik güvenirlik çalışmasını yürütmüştür. Çalışma sonucunda araştırmanın yürütüldüğü ülkelerin ortalama sağlık okuryazarlık indeks puan ortalaması 31,86 olarak bulunmuştur. Araştırmada, ülkelerin sağlık okuryazarlık indeks puanları genel anlamda birbirine yakın bulunurken, en yüksek indeks puanı $34,4 \pm 6,6$ ile Tayvan’da, en düşük indeks puanı ise $26,6 \pm 9,1$ ile Vietnam’da tespit edilmiştir (Duong et al, 2017).

Araştırma sonucunda elde edilen sağlık okuryazarlığı genel ve alt boyut indeks puanlarının çeşitli araştırmalarda elde edilen ortalamalarla karşılaştırılması Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Sağlık Okuryazarlığı Genel ve Alt Boyut İndeks Puanı

	Genel İndeks	Sağlık Hizmeti	Hastalıktan Koruma	Sağlığın İyileştirilmesi
Kahramanmaraş	33,97±7,23	33,79±7,46	33,52±8,18	32,91±8,37
AB*	33,8±8,0	34,7±8,3	34,2±8,8	32,5±9,1
TR**	30,4±0,16	31,1±0,16	29,8±0,18	29,9±0,17
Okyay ve Abacıgil***	32,8±7,3	33,7±7,3	32,5±8,3	31,7±9,2

* Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (Pelikan et al. 2012).

** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (Durusu Tanrıöver vd. 2014)

*** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması (Okyay ve Abacıgil, 2016).

Çalışmada Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasındaki yol takip edilerek sağlık okuryazarlığı düzeyleri kategorilendirilmiş ve her düzey için ayrı ayrı sağlık okuryazarlığı indeks hesaplaması yapılmıştır. Yapılan kategorik değerlendirmede katılımcıların %12,8’inin yetersiz, %35,4’ünün sorunlu, %39,2’sinin yeterli ve %12,6’lık bir kısmının ise mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların %48,2’lik bir kısmının “Yetersiz” veya “Sorunlu” sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri

	n	%
Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri	Yetersiz	54
	Sorunlu	149
	Yeterli	165
	Mükemmel	53

Alt boyutlara göre katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin verildiği Tablo 12’ye bakıldığında, yetersiz düzey sağlık okuryazarlığının en yüksek %17,1’lik oranla

“sağlığın iyileştirilmesi” alt boyutunda olduğu, %12,6 oranla da en düşük “sağlık hizmeti” boyutunda olduğu görülmektedir.

Tablo 12. Alt Boyutlara ve Bilgi İşleme Süreçlerine Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Alt Boyutlar	Sağlık Hizmeti	53	12,6	134	31,8	174	41,3	60	14,3
	Hastalıktan Korunma	57	13,5	130	30,9	159	37,8	75	17,8
	Sağlığın İyileştirilmesi	72	17,1	116	27,6	183	43,5	50	11,9
Bilgi İşleme Süreçleri	Bilgiye Erişim	56	13,3	134	31,8	170	40,4	61	14,5
	Bilgiyi Anlama	47	11,2	118	28,0	184	43,7	72	17,1
	Bilgiyi Değerlendirme	80	19,0	116	27,6	165	39,2	60	14,3
	Bilgiyi Uygulama	59	14,0	128	30,4	165	39,2	69	16,4

Bilgi işleme süreçlerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinde ise, yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin en yüksek %19 ile “bilgiyi değerlendirme” sürecinde olduğu, en düşük ise %11,2 ile bilgiyi anlama sürecinde olduğu tespit edilmiştir. Tablo 12’nin incelenmesinde, yeterli düzeydeki sağlık okuryazarlık oranının “bilgiyi değerlendirme” ve “bilgiyi uygulama” süreçlerinde eşit düzeyde (%39,2) olduğu görülmektedir.

Sağlık okuryazarlık düzeylerinin Türkiye ve Avrupa Birliği ülkelerinde yapılan çalışmalarla karşılaştırmasının verildiği Tablo 13’ün incelenmesinde, çalışma sonucunda elde edilen yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi oranının Avrupa Birliği çalışması ve Okyay ve Abacıgil’in çalışmasında elde edilen ortalama ile yakın sonuçlar verdiği, ancak Türkiye Sağlık Okuryazarlık Araştırmasında elde edilen orana göre düşük olduğu göze çarpmaktadır. Çalışma sonucunda ortaya çıkan “yetersiz” ve “sorunlu-sınırlı” sağlık okuryazarlık oranları toplamının (%48,2) Avrupa Birliği ortalamasına (%47,6) oldukça yakın olduğu görülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyleri dağılımlarının Türkiye ve Avrupa Birliği ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Karşılaştırması

	Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel
Kahramanmaraş	12,8	35,4	39,2	12,6
AB*	12,4	35,2	36,0	16,5
TR**	24,5	40,1	27,8	7,6
Okyay ve Abacıgil***	13,1	39,6	32,8	14,5

* Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (Pelikan et al. 2012).

** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (Durusu Tanrıöver vd. 2014)

*** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması (Okyay ve Abacıgil, 2016).

Avrupa Birliği çalışmasının detaylarına bakıldığında yetersiz sağlık okuryazarlık oranının en yüksek çıktığı ülke %26,9'luk bir oranla Bulgaristan, en düşük çıktığı ülke ise %1,8'lik bir oranla Hollanda olarak görülmektedir (Pelikan et al, 2012).

Kahramanmaraş ilinde araştırmaya katılanların %51,8'inin yeterli ve mükemmel düzey sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülürken, Avrupa Birliği çalışmasında bu oran %52,5'tir. Avrupa Birliği araştırmasına katılan sekiz Avrupa ülkesinden Hollanda'da bu oran %71,4 gibi oldukça yüksek bir rakam olarak ortaya çıkmıştır (Pelikan et al, 2012).

4.3. GENEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÇEŞİTLİ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE İNCELENMESİ

4.3.1. Genel Sağlık Okuryazarlığının Cinsiyete Göre İncelenmesi

Sağlık okuryazarlık düzeylerinin cinsiyete göre dağılımının verildiği Tablo 14'e bakıldığında genel anlamda birbirine yakın oranların çıktığı görülmektedir. Kadınlarda yetersiz sağlık okuryazarlığı oranı %12,7 iken bu oran erkeklerde %13,0'dır. Kadınlarda %13,6 olan mükemmel düzey sağlık okuryazarlığı oranı erkeklerde %11,5 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 14. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	27	12,7	71	33,3	86	40,4	29	13,6
	Erkek	27	13,0	78	37,5	79	38,0	24	11,5

Yapılan analizler sonucunda kadınların genel sağlık okuryazarlık indeks puanının $33,64 \pm 7,33$, erkeklerin $33,15 \pm 7,15$ olduğu ve katılımcıların sağlık okuryazarlık indeks puanlarının cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmıştır ($t=0,689$; $p=0,491$) (Tablo 15).

Tablo 15. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Cinsiyete Göre İncelenmesi

Cinsiyet		n	Ortalama	SS	t	p*
Genel İndeks Puanı	Kadın	213	33,64	7,33	0,689	0,491
	Erkek	208	33,15	7,15		

* T-Testi

Okyay ve Abacıgil tarafından yürütülen çalışmada da aynı şekilde kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilirken (Okyay ve Abacıgil, 2016), 2017 yılında Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Sosyal Bilimler alanında öğrenim gören birinci sınıf öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerinin erkeklerden daha yüksek çıktığı ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların indeks puanları 31,87 olarak bulunurken, erkeklerin indeks puanı 30,06 olarak belirlenmiştir (Akçilek, 2017).

4.3.2. Genel Sağlık Okuryazarlığının Yaşa Göre İncelenmesi

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yaşa göre dağılımının verildiği Tablo 16'ya bakıldığında 15-24 yaş grubunun yeterli sağlık okuryazarlık düzeyinde en yüksek orana sahip olduğu (%51,7), 65 yaş ve üstü grubun ise en düşük orana sahip olduğu (%35,7) görülmektedir.

Tablo 16. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş	15-24	5	8,6	13	22,4	30	51,7	10	17,2
	25-34	21	14,9	48	34,0	51	36,2	21	14,9
	35-44	15	11,7	48	37,5	48	37,5	17	13,3
	45-54	10	15,2	28	42,4	26	39,4	2	3,0
	55 ve üstü	3	12,8	12	42,9	10	35,7	3	10,7

Sağlık okuryazarlığı genel indeks puanının yaş gruplarına göre incelenmesi neticesinde en yüksek indeks puanının $35,21 \pm 6,76$ ile 15-24 yaş grubunda olduğu, en düşük puanın ise $31,78 \pm 6,09$ ile 45-54 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($\chi^2=7,738$; $p=0,102$).

Tablo 17. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Yaşa Göre İncelenmesi

Yaş	n	Ortalama	SS	χ^2	p*
15-24	58	35,21	6,76		
25-34	141	33,47	7,66		
Genel İndeks Puanı	35-44	128	33,35	7,41	7,738
	45-54	66	31,78	6,09	0,102
	55 ve üstü	28	33,22	7,20	

* Kruskal-Wallis Testi

Yılmazel, 2014 yılında Çorum ilinde ilköğretim öğretmenleri üzerinde yaptığı çalışmada, yeterli sağlık okuryazarlık düzeyinin %44,1’lik bir oranla en yüksek 25-34 yaş grubunda olduğunu ve kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini bulmuştur (Yılmazel, 2014). Akçilek ise yaptığı çalışmada, kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yaşlarına göre istatistiksel olarak farklılık göstermediğini tespit etmiştir (Akçilek, 2017).

4.3.3. Genel Sağlık Okuryazarlığının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi

Sağlık okuryazarlığının kişilerin eğitim düzeyi açısından incelenmesi neticesinde yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin %8,3’lük bir oranla en düşük lisansüstü grubunda

olduğu belirlenmiştir. Ortaöğretim ve önlisans/lisans öğrenim düzeyindeki katılımcıların birbirlerine yakın oranda yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir (yaklaşık %10,5). Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Eğitim Durumu	İlköğretim	18	25,0	20	27,8	24	33,3	10	13,9
	Ortaöğretim	11	10,0	42	38,2	46	41,8	11	10,0
	Önlisans+Lisans	23	10,7	78	36,3	85	39,5	29	13,5
	Lisansüstü	2	8,3	9	37,5	10	41,7	3	12,5

Sağlık okuryazarlık genel indeks ortalamalarının eğitim durumuna göre inceleme sonuçlarının verildiği Tablo 19’a bakıldığında en yüksek indeks ortalamasının $34,94 \pm 7,69$ ile lisansüstü grubunda olduğu, en düşük indeks ortalamasının ise $32,15 \pm 8,14$ ile ilköğretim grubunda olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda kişilerin sağlık okuryazarlık indeks puanlarının eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark göstermediği tespit edilmiştir ($\chi^2=3,180$; $p=0,365$).

Tablo 19. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi

Eğitim Durumu	n	Ortalama	SS	χ^2	p*
Genel İndeks Puanı	İlköğretim	72	32,15	8,14	3,180
	Ortaöğretim	110	33,62	6,50	
	Önlisans+Lisans	215	33,53	7,21	
	Lisansüstü	24	34,94	7,69	

* Kruskal-Wallis Testi

Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerini eğitim düzeyi açısından inceleyen diğer araştırmalara bakıldığında genel anlamda eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin birbirleri ilişkili olduğu görülmektedir. Okyay ve Abacıgil’in yaptığı araştırmada, ilköğretim ve altı grubun %69,4’ünün yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir (Okyay ve Abacıgil, 2016). Aynı şekilde Bursa ilinde bir aile sağlığı merkezine kayıtlı hastalar üzerinde gerçekleştirilen diğer bir

çalışmada da kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin eğitim seviyelerine göre farklılaştığı ve eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin de doğrusal olarak arttığı bulunmuştur (Bozkurt, 2017). Duong ve arkadaşları da 6 Asya ülkesinde yaptıkları araştırmada sağlık okuryazarlığı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir (Duong, 2017).

4.3.4. Genel Sağlık Okuryazarlığının Çalışma Durumuna Göre İncelenmesi

Sağlık okuryazarlık düzeylerinin çalışma durumu açısından incelenmesi neticesinde, en düşük yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin %5,4'lük bir oranla öğrenci grubunda olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyinin en düşük öğrenci grubunda (%21,6), en yüksek emekli grubunda olduğu belirlenmiştir (%44,4). Sağlık okuryazarlık düzeylerinin kişilerin çalışma durumlarına göre dağılımı Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Çalışma Durumu	İşçi	9	19,6	15	32,6	18	39,1	4	8,7
	Memur	21	10,2	78	37,9	79	38,3	28	13,6
	Öğrenci	2	5,4	8	21,6	21	56,8	6	16,2
	Emekli	3	16,7	8	44,4	4	22,2	3	16,7
	Esnaf	3	15,8	8	42,1	6	31,6	2	10,5
	Serbest Meslek	4	9,5	16	38,1	16	38,1	6	14,3
	Ev Hanımı	6	21,4	10	35,7	11	39,3	1	3,6
	Diğer	6	24,0	6	24,0	10	40,0	3	12,0

Genel sağlık okuryazarlık indeks puanlarının katılımcıların çalışma durumlarına göre incelenmesi neticesinde en yüksek indeks ortalamasının $35,88 \pm 6,10$ ile öğrenci grubunda olduğu, en düşük ortalamasının ise $30,64 \pm 7,32$ ile ev hanımlarında olduğu tespit edilmiştir. İşçi grubu ile diğer grubundaki katılımcıların birbirlerine yakın düzeyde genel sağlık okuryazarlık indeks puanına sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Çalışma Durumuna Göre İncelenmesi

		n	Ortalama	SS	χ^2	p*
Genel İndeks Puanı	İşçi	46	32,52	6,91	10,577	0,102
	Memur	206	33,80	7,21		
	Öğrenci	37	35,88	6,10		
	Emekli	18	32,57	8,17		
	Esnaf	19	32,01	7,23		
	Serbest Meslek	42	33,56	6,24		
	Ev Hanımı	28	30,64	7,32		
	Diğer	25	32,50	9,52		

* Kruskal-Wallis Testi

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin çalışma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmıştır ($\chi^2=10,577$; $p=0,102$). Aynı şekilde İstanbul Fatih ilçesinde ilkököl 1. Sınıf aşılama çalışmalarında velilerin genel sağlık okuryazarlık düzeyleri üzerinde yapılmış bir çalışmada da benzer bir sonuç bulunmuş ve kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin çalışma durumlarına göre değişmediği belirlenmiştir (Duman, 2017). Çimen tarafından, kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı üzerine yapılan araştırmada ise kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin çalışma durumlarına göre farklılık gösterdiği ve en düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin çiftçilik yapanlarda görüldüğü tespit edilmiştir (Çimen, 2015).

4.3.5. Genel Sağlık Okuryazarlığının Medeni Duruma Göre İncelenmesi

Sağlık okuryazarlık düzeylerinin kişilerin medeni durumlarına göre dağılımlarının verildiği Tablo 22'ye bakıldığında, sorunlu düzey sağlık okuryazarlığının %37,5'lik bir oranla evlilerde, en düşük ise %22,2 ile boşanmış katılımcılarda olduğu görülmektedir. Mükemmel düzey sağlık okuryazarlığı %33,3 ile eşinden boşanmış katılımcılarda tespit edilmiştir.

Tablo 22. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Medeni Durum	Evli	43	13,2	122	37,5	125	38,5	35	10,8
	Bekar	9	10,3	25	28,7	38	43,7	15	17,2
	Boşanmış	2	22,2	2	22,2	2	22,2	3	33,3

Sağlık okuryazarlığının medeni durum açısından incelenmesi neticesinde en yüksek indeks puanının $34,58 \pm 7,34$ ile bekârlarda, en düşük ise $33,06 \pm 7,17$ ile evli grupta tespit edilmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Medeni Duruma Göre İncelenmesi

Medeni Durum		n	Ortalama	SS	χ^2	p*
Genel İndeks Puanı	Evli	325	33,06	7,17	4,012	0,135
	Bekar	87	34,58	7,34		
	Boşanmış	9	34,11	8,30		

* Kruskal-Wallis Testi

Yapılan analizler sonucunda kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmıştır ($\chi^2=4,012$; $p=0,135$). Türkoğlu 2016 yılında Isparta ilinde yaptığı araştırmada ise, bekârların evlilere oranla daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını ve kişilerin sağlık okuryazarlığının medeni durumlarına göre farklılık gösterdiğini tespit etmiştir (Türkoğlu, 2016).

4.3.6. Genel Sağlık Okuryazarlığının Gelir Durumuna Göre İncelenmesi

Sağlık okuryazarlık düzeylerinin gelir durumu açısından incelenmesinde 5.000 TL üstü aylık geliri olanların %18,2 oranında yetersiz düzey sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyinde en yüksek oran %41,0 ile 1.300-2.000 TL aylık geliri olan grupta, yeterli sağlık okuryazarlık düzeyinde en yüksek oran %41,6 ile 2.001-3.000 TL aylık geliri olan grupta ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde ise en yüksek oran %16,8 ile 3.001-5.000 TL aylık geliri olan grupta görülmektedir (Tablo 24).

Tablo 24. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre Dağılımı

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Gelir Durumu	1.300 Altı	5	11,9	17	40,5	15	35,7	5	11,9
	1.300-2.000	9	14,8	25	41,0	20	32,8	7	11,5
	2.001-3.000	13	10,4	48	38,4	52	41,6	12	9,6
	3.001-5.000	12	12,6	30	31,6	37	38,9	16	16,8
	5.000 Üstü	8	18,2	11	25,0	19	43,2	6	13,6

Katılımcıların aylık gelir durumlarına göre genel sağlık okuryazarlık indeks puanlarına bakıldığında, en yüksek indeks ortalamasının $34,19 \pm 7,83$ ile aylık 5.000 TL üstü gelire sahip olanlarda, en düşük ortalamasının ise $32,63 \pm 6,80$ ile aylık gelir 1.300-2.000 TL arasında beyan eden grupta olduğu anlaşılmıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Gelir Durumuna Göre İncelenmesi

Gelir Durumu	n	Ortalama	SS	F	p*
Genel İndeks Puanı	1.300 Altı	42	32,75	7,08	0,509
	1.300-2.000	61	32,63	6,80	
	2.001-3.000	125	33,53	6,55	
	3.001-5.000	95	33,87	7,63	
	5.000 Üstü	44	34,19	7,83	

* One-Way ANOVA Testi

Katılımcıların sağlık okuryazarlık indeks puanları genel anlamda gelir arttıkça artan bir eğilim gösterse de yapılan istatistiksel analizler sonucunda kişilerin genel sağlık okuryazarlık indeks puanlarının gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmıştır ($F=0,509$; $p=0,729$). Çimen, yaptığı araştırmada gelirlerinin giderlerinden daha yüksek olduğunu düşünen kişilerin daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip olduğunu ve kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin gelirlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini saptamıştır (Çimen, 2016). Benzer bir durum Isparta ilinde yürütülen diğer bir çalışmada da ortaya çıkmaktadır. Konu üzerinde yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında genel anlamda gelir düzeyi yüksek kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Türkoğlu, 2016).

4.3.7. Genel Sağlık Okuryazarlığının Sağlık İhtiyaçlarını Karşılama ve Faturalarını Ödeme Durumuna Göre İncelenmesi

Doktor masraflarınızı karşılayabiliyor musunuz? Sorusunu “çok zor” şeklinde cevaplandıran katılımcıların %32,3’ünün yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip oldukları, aynı soruya “çok kolay” şeklinde cevap verenlerin oranı ise %9,3 olarak belirlenmiştir. Aynı soruya ‘çok zor’ diye cevap verenlerin mükemmel sağlık okuryazarlık oranı %3,2 iken “çok kolay” diyenlerde bu oran %17,8 olarak karşımıza çıkmaktadır (Tablo 26).

Sağlık giderlerinizi tamamen siz karşılıyor olsaydınız ilaç masraflarınızı karşılayabilir miydiniz? Sorusuna “çok zor” cevabı veren katılımcıların %45,3’ünün sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu, bu oranın “çok kolay” diye cevap verenlerde ise %16,4 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 26).

Tablo 26. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Sağlık İhtiyaçlarını Karşılama ve Faturalarını Ödeme Durumuna Göre Dağılımı

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Doktor Masraflarını Karşılama Durumu	Çok Kolay	10	9,3	27	25,2	51	47,7	19	17,8
	Kısmen Kolay	18	10,1	72	40,2	66	36,9	23	12,8
	Kısmen Zor	16	18,6	32	37,2	30	34,9	8	9,3
	Çok Zor	10	32,3	11	35,5	9	29,0	1	3,2
	Cevap Yok	0	0,0	7	38,9	9	50,0	2	11,1
İlaç Masraflarını Karşılama Durumu	Çok Kolay	6	10,9	9	16,4	32	58,2	8	14,5
	Kısmen Kolay	7	6,4	41	37,6	44	40,4	17	15,6
	Kısmen Zor	16	17,0	27	28,7	37	39,4	14	14,9
	Çok Zor	24	16,2	67	45,3	44	29,7	13	8,8
	Cevap Yok	1	6,7	5	33,3	8	53,3	1	6,7
Faturalarını Ödemede Zorluk Yaşama	Çoğu Zaman	17	20,2	29	34,5	29	34,5	9	10,7
	Zaman Zaman	29	13,1	84	38,0	81	36,7	27	12,2
	Hemen Hemen Hiç /Hiç	7	7,2	32	33,0	45	46,4	13	13,4
	Cevap Yok	1	5,3	4	21,1	10	52,6	4	21,1

Son 12 ay sonunda ayın sonunda faturalarınızı ödemede zorluklar yaşadığınız söyleyebilir misiniz? Sorusuna “hemen hemen hiç/hiç” şeklinde cevap veren

katılımcıların %46,4'ünün yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları, bu oranın “çoğu zaman” diye cevap veren katılımcılarda %34,5 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 26).

Sağlık okuryazarlık genel indeks ortalamasının doktor masraflarını karşılama durumuna bakıldığında en yüksek ortalamanın 35,69±5,08 ile “cevap yok/bilmiyor” şeklinde cevap verenlerde olduğu, en düşük indeks puanının ise 29,95±6,71 ile “çok zor” şeklinde cevap verenlerde olduğu görülmektedir. Yapılan analizler sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlık indeks ortalamalarının doktor masraflarını karşılama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği anlaşılmıştır ($\chi^2=20,162$; $p<0,001$). Genel sağlık okuryazarlık indeksinin doktor masraflarını karşılama durumu kolaylaştıkça arttığı görülmektedir (Tablo 27). Post hoc analizi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda farkın ilgili soruya “çok zor” ve “kısmen zor” şeklinde cevap veren gruplardan kaynaklandığı anlaşılmıştır.

Tablo 27. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Sağlık İhtiyaçlarını Karşılama ve Faturalarını Karşılama Durumuna Göre İncelenmesi

		n	Ortalama	SS	χ^2	p*
Doktor Masraflarını Karşılama Durumu	Çok Kolay	107	35,32	6,79	20,162	p<0,001
	Kısmen Kolay	179	33,30	7,30		
	Kısmen Zor	86	31,98	7,52		
	Çok Zor	31	29,95	6,71		
	Cevap Yok/Bilmiyor	18	35,69	5,08		
İlaç Masraflarını Karşılama Durumu	Çok Kolay	55	35,70	6,80	19,307	0,001
	Kısmen Kolay	109	34,62	6,57		
	Kısmen Zor	94	33,24	7,79		
	Çok Zor	148	31,66	7,38		
	Cevap Yok/Bilmiyor	15	34,28	4,53		
Faturalarını Ödemede Zorluk Yaşama Durumu	Çoğu Zaman	84	32,27	7,96	8,168	0,043
	Zaman Zaman	221	33,07	7,24		
	Hemen Hemen	97	34,61	6,61		
	Hiç /Hiç	19	36,07	5,86		
	Kabul Etmedi	19	36,07	5,86		

* Kruskal-Wallis Testi

Genel sağlık okuryazarlık indeksinin ilaç masraflarını karşılayabilme durumuna göre incelenmesi sonucunda en yüksek indeks puanı $35,70 \pm 6,80$ ile “çok kolay” cevabı verenlerde en düşük indeks puanı ise $31,66 \pm 7,38$ ile “çok zor” cevabı verenlerde ortaya çıkmıştır. Yapılan istatistik analizlerinde katılımcıların genel sağlık okuryazarlık indeks puanının ilaç masraflarını karşılayabilme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ve ilaç masraflarını karşılama durumu kolaylaştıkça indeks puanının arttığı anlaşılmıştır ($\chi^2=19,307$; $p=0,001$). Post hoc analizi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda farkın ‘çok zor’ cevabını veren gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 27).

Genel sağlık okuryazarlık durumunun son 12 ay içerisinde faturalarını ödeyebilme durumu açısından incelenmesi sonucunda, soruya “Kabul Etmedi” şeklinde cevap verenlerin indeks ortalamasının $36,07 \pm 5,86$ olduğu görülmektedir. Fatura ödemede çoğu zaman zorluk yaşayanların $32,27 \pm 7,96$ ile en düşük indeks puanına sahip olduğu tespit edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda katılımcıların genel sağlık okuryazarlık indekslerinin faturalarını ödemede yaşadığı zorluk düzeyine göre farklılık gösterdiği ve fatura ödemede zorluk yaşayanların indeks puanlarının düşük olduğu görülmektedir ($\chi^2=8,168$; $p=0,043$) (Tablo 27).

Kendileri karşılıyor olsaydı doktor masraflarını ve ilaç masraflarını karşılayabilme durumları ile son oniki ay içerisinde faturalarını ödemede zorluk yaşanma durumları gibi katılımcıların ekonomik durumlarına bakıldığında genel anlamda ekonomik durumları daha iyi olan kişilerin sağlık okuryazarlık oranlarının da daha yüksek olduğu görülmektedir. Bursa ilinde yürütülen bir çalışmada da benzer bir sonuç bulunmuş, gelir durumunu iyi şekilde değerlendiren katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin kötü veya orta diye nitelendirenlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada kişilerin sağlık okuryazarlık oranlarının gelir algılarına göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Bozkurt, 2017). Benzer şekilde İstanbul’da yapılan başka bir araştırmada da gelir durumu yüksek olan kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yüksek olduğu bulunmuştur (Duman, 2017).

4.3.8. Genel Sağlık Okuryazarlığının Aile ve Yaşanılan Ev Durumuna Göre İncelenmesi

Katılımcıların aile tiplerine göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin dağılımına bakıldığında geniş aile ve parçalanmış aile grubunda olanların %18,2 ile eşit düzeyde mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyinde oldukları belirlenmiştir. Tablo 28'e bakıldığında, 2-3 kişilik bir hanede yaşayan grubun %45,9'luk bir oranla en yüksek yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Aynı şekilde kendi evinde oturanların %42,1'lik oranla yeterli düzey, %14,7'lik oranla da mükemmel sağlık okuryazarlık düzeylerinde en yüksek orana sahip oldukları tespit edilmiştir. Apartmanda oturan grubun %11,7'lik oranla en düşük yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 28. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Aile ve Yaşanılan Ev Durumuna Göre Dağılımı

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Aile Tipi	Çekirdek Aile	47	12,5	135	35,8	150	39,8	45	11,9
	Geniş Aile	5	15,2	10	30,3	12	36,4	6	18,2
	Parçalanmış Aile	2	18,2	4	36,4	3	27,3	2	18,2
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	1	1	14,3	1	14,3	1	14,3	4	57,1
	2-3	17	13,0	57	43,5	41	31,3	16	12,2
	4	16	11,0	49	33,6	67	45,9	14	9,6
	5 ve Üzeri	20	14,6	42	30,7	56	40,9	19	13,9
Yaşanılan Ev	Kira	24	19,2	46	36,8	43	34,4	12	9,6
	Kendi Evi	29	10,6	89	32,6	115	42,1	40	14,7
	Diğer	1	4,3	14	60,9	7	30,4	1	4,3
Ev Özellikleri	Apartman	33	11,7	105	37,2	110	39,0	34	12,1
	Gecekondu	1	16,7	0	0,0	4	66,7	1	16,7
	Müstakil	19	15,1	43	34,1	47	37,3	17	13,5
	Diğer	1	14,3	1	14,3	4	57,1	1	14,3

Genel sağlık okuryazarlığı indeks puanlarına bakıldığında; geniş aile grubunda olanların $33,79 \pm 8,83$, tek kişilik bir hanede yaşayanların $38,22 \pm 9,71$, kendi evinde oturanların $33,95 \pm 7,11$ ve gecekondu oturanların $36,82 \pm 7,17$ ile en yüksek indeks puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 29).

Yapılan analizler sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin aile tipine göre ($\chi^2=0,825$; $p=0,662$), hanede yaşayan kişi sayısına göre ($\chi^2=5,140$; $p=0,162$) ve ev özelliklerine göre ($\chi^2=2,533$; $p=0,469$) farklılık göstermediği, ancak yaşanılan evin sahiplik durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ve kendi evinde oturanların en yüksek sağlık okuryazarlık indeks ortalamasına sahip oldukları anlaşılmıştır ($\chi^2=7,433$; $p=0,024$).

Tablo 29. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Aile ve Yaşanılan Ev Durumuna Göre İncelenmesi

		n	Ortalama	SS	χ^2	p*
Aile Tipi	Çekirdek Aile	377	33,38	7,09	0,825	0,662
	Geniş Aile	33	33,79	8,83		
	Parçalanmış Aile	11	32,74	7,84		
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	1	7	38,22	9,71	5,140	0,162
	2-3	131	32,63	7,47		
	4	146	33,65	6,78		
	5 ve Üzeri	137	33,62	7,31		
Yaşanılan Ev	Kira	125	32,51	7,82	7,433	0,024
	Kendi Evi	273	33,95	7,11		
	Diğer	23	31,66	4,41		
Ev Özellikleri	Apartman	282	33,44	7,24	2,533	0,469
	Gecekondu	6	36,82	7,17		
	Müstakil	126	33,11	7,28		
	Diğer	7	33,98	7,45		

* Kruskal-Wallis Testi

4.3.9. Genel Sağlık Okuryazarlığının Okuma Alışkanlıklarına Göre İncelenmesi

Sağlık okuryazarlık düzeylerinin gazete ve kitap okuma gibi alışkanlıklar açısından dağılımının verildiği Tablo 30'a bakıldığında, yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin en düşük %7,7'lik bir oranla 3-5 gün gazete okuyan grupta olduğu, en yüksek ise %16,0 ile 1-2 gün gazete okuyan grupta görüldüğü anlaşılmaktadır. Mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyinin en yüksek (%16,2) haftada 6-7 gün gazete okuyan grupta olduğu belirlenmiştir.

Kitap okuma alışkanlığı açısından değerlendirildiğinde, yetersiz sağlık okuryazarlık grubunda en yüksek oranın %15,2 ile hiç kitap okumayanlarda olduğu görülmektedir.

Yılda 21'den fazla kitap okuyanlarda sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hiç kimse yoktur. Aynı şekilde yılda 21'den fazla kitap okuyanlar %63,6 ile en yüksek yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip grup olarak karşımıza çıkmaktadır (Tablo 30).

Tablo 30. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Okuma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

		Yetersiz		Sorunlu		Yeterli		Mükemmel	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Haftada Kaç Gün Gazete Okursunuz?	Hiç Okumam	21	15,3	42	30,7	56	40,9	18	13,1
	1-2 Gün	17	16,0	44	41,5	36	34,0	9	8,5
	3-5 Gün	8	7,7	36	34,6	46	44,2	14	13,5
	6-7 Gün	8	10,8	27	36,5	27	36,5	12	16,2
Bir Yılda Kaç Kitap Okursunuz?	Hiç Okumam	19	15,2	43	34,4	51	40,8	12	9,6
	1-10 Arası	33	13,2	93	37,2	92	36,8	32	12,8
	11-20 Arası	2	5,7	11	31,4	15	42,9	7	20,0
	21 ve Fazlası	0	0,0	2	18,2	7	63,6	2	18,2

Genel sağlık okuryazarlığı indeks ortalamalarına bakıldığında en yüksek indeks ortalamasının $34,63 \pm 6,99$ ile haftanın 3-5 gününde kitap okuyanlarda olduğu, en düşük indeks ortalamasının ise $33,37 \pm 7,36$ ile hiç gazete okumayan grupta olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda katılımcıların genel sağlık okuryazarlık puanlarının haftalık gazete okuma alışkanlıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmıştır ($F=2,599$; $p=0,052$). Diğer taraftan, İstanbul Fatih'te yapılan bir araştırmada ise gazete okuma alışkanlığı olan ilköğretim velilerinin olmayanlara oranla daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu ve gazete okuma durumuna göre sağlık okuryazarlık oranının farklılaştığı tespit edilmiştir (Duman, 2017).

Genel sağlık okuryazarlık indeks ortalamalarına yıllık kitap okuma sayısı açısından incelenmesi sonucunda, hiç kitap okumayan grubun $32,99 \pm 6,81$ ile en düşük indeks puanına sahip olduğu, yılda 21'den fazla kitap okuyan grubun ise $37,49 \pm 5,43$ ile en yüksek indeks puanına sahip olduğu anlaşılmıştır. Yapılan analizler sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlık indeks puanlarının kitap okuma alışkanlıklarına göre farklılık gösterdiği ve kitap okuma oranı arttıkça sağlık okuryazarlık indeks puanının da arttığı tespit edilmiştir ($\chi^2=10,784$; $p=0,013$) (Tablo 31). İstanbul Fatih ilçesi

araştırmasında da aynı sonuç tespit edilmiştir. Duman tarafından yapılan araştırmada, kitap okuyan ilköğretim velilerinin daha yüksek sağlık okuryazarlık oranlarına sahip olduğu ve kitap okuma oranına göre sağlık okuryazarlık düzeyinin farklılaştığı tespit edilmiştir (Duman, 2017).

Tablo 31. Sağlık Okuryazarlık İndeksinin Okuma Alışkanlıklarına Göre İncelenmesi

		n	Ortalama	SS	F	p*
Haftada Kaç Gün Gazete Okursunuz?	Hiç Okumam	137	33,37	7,36	2,599	0,052
	1-2 Gün	106	31,92	6,74		
	3-5 Gün	104	34,63	6,99		
	6-7 Gün	74	33,85	7,80		
		n	Ortalama	SS	χ^2	p**
Bir Yılda Kaç Kitap Okursunuz?	Hiç Okumam	125	32,99	6,81	10,784	0,013
	1-10 Arası	250	33,04	7,47		
	11-20 Arası	35	36,18	6,78		
	21 ve Fazlası	11	37,49	5,43		

* One-Way ANOVA Testi

** Kruskal-Wallis Testi

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Kahramanmaraş ili merkez ilçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi için yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırma sonucunda katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeks puanı $33,97 \pm 7,23$ olarak bulunmuştur.
- Araştırmada alt grup indeks puanlarına bakıldığında en yüksek indeks puanı $33,79 \pm 7,46$ puanıyla sağlık hizmeti alanındaki puandır. Hastalıktan korunma indeks puanı $33,52 \pm 8,18$ iken sağlığın iyileştirilmesi alanı indeks puanı $32,91 \pm 8,37$ olarak saptanmıştır.
- Bilgi işleme süreçlerinin indeks puanları; “bilgiye ulaşma” sürecinin $33,28 \pm 7,92$, “bilgiyi anlama” sürecinin $34,24 \pm 7,87$, “bilgiyi değerlendirme” $32,96 \pm 8,31$ ve “bilgiyi uygulama” süreci indeks puanı ortalamasının $33,28 \pm 7,83$ olarak tespit edilmiştir.
- Yapılan kategorik değerlendirmede katılımcıların %12,8’inin yetersiz, %35,4’ünün sorunlu, %39,2’sinin yeterli ve %12,6’lık bir kısmının ise mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırma sonucunda elde edilen sağlık okuryazarlık indeks ortalamalarına bakıldığında, kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılık göstermediği anlaşılmıştır.
- Katılımcıların yaşları açısından yapılan değerlendirme sonucunda en yüksek indeks puanının 15-24 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Yapılan testler kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yaşlarına göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.
- Katılımcıların eğitim durumu açısından sağlık okuryazarlık düzeyleri karşılaştırıldığında en düşük indeks puanının ilköğretim grubunda, en yüksek puanın ise lisansüstü grupta olduğu tespit edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin eğitim seviyelerine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

- Katılımcıların sağlık okuryazarlık indeks puanlarının çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ve en yüksek indeks puanının öğrencilerde olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların medeni durumlarına göre yapılan inceleme neticesinde bekârların indeks ortalamalarının evli ve boşanmışlara oranla daha yüksek olmasına rağmen kişilerin sağlık okuryazarlık indeks puanlarının medeni durumlarına göre farklılık göstermediği anlaşılmıştır.
- Yapılan istatistiksel analizler sonucunda kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin haneye giren aylık gelire göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir.
- Katılımcıların doktor masraflarını ve kendileri karşılıyor olsaydı ilaç masraflarını karşılayabilme durumları açısından yapılan değerlendirmede “çok zor” dan “çok kolay” a doğru sağlık okuryazarlık indeks puanının arttığı ve kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin doktor ve ilaç masraflarını karşılayabilme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği anlaşılmıştır.
- Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin son 12 ay içerisinde faturalarını ödemede zorluk yaşama durumlarına göre farklılık gösterdiği ve faturalarını ödemede çoğu zaman zorluk yaşayanların daha düşük sağlık okuryazarlık indeks puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir.
- Yapılan analizler neticesinde katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin aile tipi, hanede yaşayan kişi sayısı ve ev özelliklerine anlamlı bir farklılık göstermediği ancak kişilerin evlerinin kira veya kendi evleri olma durumuna göre farklılık gösterdiği anlaşılmıştır. Kendi evinde oturanların daha yüksek sağlık okuryazarlık indeks puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin haftalık gazete okuma durumuna göre farklılık göstermediği ancak yılda okudukları kitap sayısına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Kitap okuma sayısı arttıkça sağlık okuryazarlık indeks puanları da artmaktadır.

5.2. ÖNERİLER

Kahramanmaraş ili merkez ilçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi için yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Sağlık okuryazarlığını artıracak uygulamalar için, toplumun mevcut sağlık okuryazarlık durumunun belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.
- Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması için öncelikli olarak genel okuryazarlık ve eğitim seviyelerinin yükseltilmesi sağlanmalıdır.
- Sağlık okuryazarlığı konusunda dezavantajlı grup olarak görülen 65 yaş üstü bireyler ve okuryazar olmayan kişiler de dahil olmak üzere, toplumdaki her yaş grubundaki ve eğitim seviyesindeki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini artıracak önlemler alınmalıdır. Bu kapsamda, bireylerin sağlık okuryazarlık seviyesinin artırılması için televizyon, internet, gazete ve sosyal medya gibi her türlü kitle iletişim araçları kullanılmalıdır. Sağlık kurumlarına başvuran bireyler için, broşür, afiş ve el ilanları gibi sağlıkla ilgili çeşitli materyallerin hazırlanmasının da bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin artırılmasına katkı sunacağı düşünülmektedir.
- Sağlık eğitimi ve sunulan bu eğitimin değerlendirmelerinin okul müfredatlarına eklenerek bireylerin erken yaşlarından itibaren sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi sağlanmalıdır.
- Düşük gelir seviyesine sahip bireyler ve aileler de dâhil toplumdaki tüm bireylerin doğru, güvenilir ve anlaşılabilir sağlık bilgisine erişimi sağlanmalıdır.
- Okuma alışkanlıkları ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü bir ilişki olması nedeniyle, toplumun okuma alışkanlıklarının artırılmasının sağlık okuryazarlığını da artıracığı düşünülmektedir.
- Çalışma esnasında, sağlık kurumlarında görev yapan sağlık personellerinin de sağlık okuryazarlığı ve iletişimi konusunda problemler yaşadığı görüldüğünden, gelecekte yapılacak çalışmalarda, sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi ve artırılması üzerinde durulmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Aile Hekimliği Kanunu. (2004). Kanun Numarası:5258. Kabul Tarihi:24/11/2004. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih:09/12/2004, Sayı:25665. Tertip:5, Cilt:44.
- Akçilek, E. (2017). Üniversite Öğrenilerinde Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Alpar, R. (2016). Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık.
- American Medical Association. (1999). Health Literacy. Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. Journal of the American Medical Association, 281 (6): 552-557.
- Aslantekin, F. (2011). Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlık Durumları ve Etkileyen Faktörler: Tip II Diyabetli Hasta Örneği. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı Yetişkin Eğitimi Programı. Ankara.
- Baker, D.W. (2006). The Meaning And Measure of Health Literacy. Journal of General Internal Medicine, 21 (8): 878-883.
- Baker, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Gazmararaian, J.A., Nurss, J. (1998/a). Development of a Brief Test to Measure Functional Health Literacy. Patient Education and Counseling, 38 (1): 33-42.
- Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., Clark, W.S. (1998/b). Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. Journal of General Internal Medicine, 13 (12): 791-798.
- Baker, D.W., Wolf, S.W., Feinglass, J., Thompson, J.A. (2008). Health Literacy, Cognitive Abilities, and Mortality Among Elderly Persons. Journal of General Internal Medicine, 23 (6): 723-726.

- Baker, D.W., Wolf, M.S., Feinglass, J., Thompson, J.A., Gazmararian, J.A., Huang, J. (2007). Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Archives of Internal Medicine*, 167 (14): 1503-1509.
- Balçık, P.Y., Taşkaya, S., Şahin, B. (2014). Sağlık Okur-Yazarlığı: (Health Literacy). *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13 (4): 321-326.
- Bass, P.F., Wilson, J.F., Griffith, C.H. (2003). A Shortened Instrument for Literacy Screening. *The Journal of General Internal Medicine*, 18 (12): 1036-1038.
- Başol, E., Işık, A. (2015). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal*, 2 (2): 1-26.
- Berkman, N.D., DeWalt, D.A., Pignone, M.P., Sheridan, S.L., Lohr, K.N., Lux, L., Sutton, S.F., Swinson, T., Bonito, A.J. (2004). Literacy and Health Outcomes. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Publication. No:04-E007-2. Rockville , MD.
- Bohlman, L.N., Panzer, A.M., Hamlin, B., Kindig, D.A. (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine (IOM), The National Academies Press, Washington, DC.
- Bozkurt, H. (2017). Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bilişsel Bozukluğu Olmayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi. Bursa.
- Burnham, E., Peterson, E.B. (2005). Health Information Literacy: A Library Case Study. *Library Trends*, 53 (3): 422-433.
- Chew, L.D., Bradley, K.A., Boyko, E.J. (2004). Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. *Familiy Medicine*, 36 (8): 588-594.
- Coulter, A., Ellins, J. (2007). Effectiveness of Strategies For Informing, Educating, and Involving Patients. *British Medical Journal*, 335 (7609): 24-27.

- Çakır, R. (2017). Kırsal Mahallelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Bursa İli Örneği. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Bursa.
- Çimen, Z. (2015). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Davis, T.C., Wolf, M.S., Bass, P.F., Middlebrooks, M., Kennen, E., Baker, D.W., Bennett, C.L., Durazi-Arvizu, R., Bocchini, A., Savory, S., Parker R.M. (2006). Low Literacy Impairs Comprehension of Prescription Drug Warning Labels. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8): 847-851.
- DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N., Pignone, M.P. (2004). Literacy and Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19 (12): 1228-1239.
- Doyle, G., Carrerkey, K., Fullam, J. (2012). The European Health Literacy Survey: Results From Ireland. University College Dublin. HLS-EU.
- Duman, A. (2017). Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamalarda Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Belirleme. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İstanbul.
- Duong, T.V., Aringazina, A., Baisunova, G., Nurjanah, Pham, T.V., Pham, K.M., Truong, T.Q., Nguyen, K.T., Oo, W.M., Mohamad, E., Su, T.T., Huang, H.L., Sorensen, K., Pelikan, J.M., Vann den Broucke, S., Chang, P.W. (2017). Measuring Health Literacy in Asia: Validaditon of the HLS-EU-Q47 Survey Tool in Six Asian Countries. *Jorunal of Epidemiology*, 27 (2): 80-86.
- Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray Ready, N., Çakır, B., Akalın, H.E. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Sonuç Raporu. Sağlık-Sen Yayınları.
- Freedman, D.A., Bess, K.D., Tucker, H.A., Boyd, D.L., Tuchman, A.M., Walltson, K.A., (2009). Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36 (5): 446-451.

- Haun, J., Luther, S., Dodd, V., Donaldson, P. (2012). Measurement Variation Across Health Literacy Assessment: Implications For Assessment Selection in Research and Practice. *Journal of Health Communication*, 17 (3):141-159.
- Helitzer, D., Hollis, C., Cotner, J., Oestreicher, N. (2009). Health Literacy Demands of Written Health Informal Materials: An Assessment of Cervical Cancer Prevention Materials. *Cancer Control*, 16 (1): 70-78.
- <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/education-building-blocks/literacy/>. Literacy. Erişim Tarihi: 06/10/2015.
- <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>. Health literacy and Health Behaviour. 7th Global Conference on Health Promotion: Track Themes. Erişim Tarihi: 14/09/2015.
- Jordan, J.E., Osborne, R.H., Buchbinder, R. (2011). Critical Appraisal of Health Literacy Indices Revealed Variable Underlying Constructs, Narrow Content and Psychometric Weaknesses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64 (4): 366-379.
- Kahramanmaraş Valiliği. (2015). Kahramanmaraş Sağlık M¼d¼rl¼ę¼. Sağlık Kuruluşlarının Dağılımı ve Yatak Mevcutları. <http://www.kahramanmaras.gov.tr/saglik>. Erişim Tarihi: 20/10/2015
- Kanj, M., Mitic, W. (2009). 7th Global Conference on Health Promotion, “Promoting Health and Developmen: Closing the Implementation Gap”, Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009.
- Keleher, H., Virginia, H. (2007). Health Literacy in Primary Health Care. *Australian Journal of Primary Health*, 3 (2): 24-30.
- Kellner, D. (2000). New Technologies/New Literacies: Reconstruction Education For The New Millennium. *Teaching Education*, 11 (3): 346-365.
- Kendir opurlar, C., Kartal, M. (2016). What is Health Literacy? How to Measure it? Why is It Important? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10 (1): 42-47.

- Kerka, S. (2003). Health Literacy Beyond Basic Skills. The Educational Resources Information Center.
- Kickbusch, I., Maag, D. (2008). Health Literacy. International Encyclopedia of Public Health, First Edition, 204-211.
- Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D. (2005). Navigating Health: The Role of Health Literacy. Alliance for Health and the Future International Longevity Centre. London. United Kingdom.
- Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F., Tsouros, A.D. (2013). Health Literacy. The Solid Facts. World Health Organization.
- Kickbusch, I.S. (2001). Health Literacy: Addressing The Health And Education Divide. Health Promotion International, 16 (3): 289-297.
- Kirsch, I., Jangeblut, A., Jenkins, L., Kolstad, A. 1993. Adult Literacy in America. A First Look At The Findings Of The National Adult Literacy Survey. National Center For Education Statistics. U.S.Department of Education.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results Form the 2003 National Assessment of Adult Literacy. U.S. Department of Education.
- Levin-Zamir, D., Baron-Epel, O.B., Cohen, V., Elhayany, A. (2016). The Association of Health Literacy With Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. Journal of Health Communication, 21 (2): 61-68.
- Levin-Zamir, D., Peterburg, Y. (2001). Health Literacy in Health Systems: Perspectives on Patient Self-Management in Israel. Health Promotion International, 16 (1): 87-94.
- Mancuso, J.M. (2008). Health Literacy: A Concept/Dimensional Analysis. Nursing and Health Sciences, 10 (3): 248-255.
- Mancuso, J.M. (2009). Assessment and Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of the Literature. Nursing and Health Sciences, 11 (1): 77-89.

- Manganello, J.A. (2008). Health Literacy and Adolescents: A Framework and Agenda For Future Research. *Health Education Research*, 23 (5): 840-847.
- Murray, T.S., Kirsch, I.S., Jenkins L.B. (1997). Adult Literacy In OECD Countries: Technical Report on the First International Adult Literacy Survey. U.S. Department of Education Office of Educational Research and Improvement.
- National Literacy Act. (1991). Public Law 102-73. 20 USC 1201.
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13 (5): 349-364.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into the 21st Century. *Health Promotional International*, 15 (3): 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*, 67 (12): 2072-2078.
- Okyay, P., Abacıgil, F. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2000). Literacy in the Information Age: Final Report of the International Adult Literacy Survey. Paris: OECS Publications Service.
- Osborne, R.H., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., Hawkins, M., Buchbinder, R. (2013). The Grounded Psychometric Development and Initial Validation of The Health Literacy Questionnaire (HLQ). *Biomed Central Public Health*, 13 (658): 1-17.
- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., Bilgel, N. (2009). Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. *Health Education Research*, 25 (3): 464-477.
- Paasche-Orlow, M.K., Parker, R.M., Gazmararian., Nielsen-Bohlman, L.T., Rudd, R.R. (2005). Prevalence of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20 (2): 175-184.

- Paasche-Orlow, M.K., Wolf, M.S. (2007). The Casual Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31 (1): 19-26.
- Parker, R. (2000). Health Literacy: A Challenge for American Patients and Their Health Care Providers. *Health Promotion International*, 15 (4): 244:283.
- Parker, R.M., Ratzan, S.C., Nicole, L. (2003). Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. *Health Affairs*, 22 (4): 147-153.
- Parker, R.M., Wolf, M.S., Kirsch, I. (2008). Preparing For An Epidemic of Limited Health Literacy: Weathering the Perfect Storm. *Journal of General Internal Medicine*, 23 (8): 1273-1276.
- Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K. (2012). Comparative Report on Health Literacy Eight EU Members State. The European Health Literacy Project 2009-2012 HLS-EU.
- Perrin, B. (1998). How Does Literacy Affect the Health of Canadians?: A Profile Paper. Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Pleasant, A., McKinney, J., Rikard, R.V. (2011). Health Literacy Measurement: A Proposed Research Agenda. *Journal of Health Communication*, 16 (3): 11-21.
- Protheroe, J., Wallace, L.S., Rowlands, G., DeVoe, J.E. (2009). Health Literacy: Setting an International Collaborative Research Agenda. *BioMed Central Family Practise*, 10 (51): 1-4.
- Rootman, I., Ronson, B., (2005). Literacy and Health Research in Canada: Where Have We Been and Where Should We Go?. *Canadian Journal Of Public Health*, 96 (2): 62-77.
- Rudd, R.E., Anderson, J.E.A., Oppenheimer, Nath, C. (2007). Health Literacy: An Update of Medical and Public Health Literature. National Centre for the Study of Adult Learning and Literacy, 7 (Chapter 6): 175-205.

- Rudd, R.E., Moeykens, B.A., Colton, T.C. (1999). Health and Literacy. A Review of Medical and Public Health Literature. National Center for the Study of Adult Learning and Literacy, 1 (Chapter 5).
- Safeer, R.S., Keenan, J. (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*, 72 (3): 463-468.
- Saha, S. (2006). Improving Literacy as a Means to Reducing Health Disparities. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8): 893-895.
- Schwartzberg, J.G., Allison, C., VanGeest, J., Wolf, M.S. (2007). Communication Techniques For Patients With Low Health Literacy: A Survey Of Physicians, Nurses, and Pharmacists. *American Journal of Health Behavior*, 31(1): 96-104.
- Sentell, T.L., Halpin, H.A. (2006). Importance of Adult Literacy in Understanding Health Disparities. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8): 862-866.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 2013: 73-92. <http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/download/article-file/82916>. Erişim Tarihi: 31/07/2018.
- Shah, L.C., West, P., Bremmeyr, K., Savoy-Moore, R.T. (2010). Health Literacy Instrument in Family Medicine: The “Newest Vital Sign” Ease of Use and Correlates. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 23 (2): 195-203.
- Sorensen, K. (2013). Health Literacy: The Neglected European Public Health Disparity. Maastricht University. The Netherlands.
- Sorensen, K., Broucke, S.V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *Biomed Central Public Health*, 12 (80): 1-13.
- Sorensen, K., Broucke, S.V., Pelikan, J.M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R.H., Brand, H. (2013). Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating The Design And Development Process of The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *Biomed Central Public Health*, 13 (948): 1-10.

- Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Kasper, J., Rost, J., Muhlhauser, I. (2009). How to Measure Critical Health Competences: Development and Validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Advances in Health Science Education*, 14 (1): 11-22.
- Sudore, R.L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K.M., Simonsick, E. M., Newman, A. B., Rosano, C., Rooks, R., Rubin, S. M., Ayonayon, H. N., Schillinger, D. (2006). Limited Literacy and Mortality in the Elderly: The Health, Aging, and Body Composition Study. *The Journal of General Internal Medicine*, 21 (8): 806-812.
- Şimşek, Z. (2013). Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12 (3): 343-358.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2014). Onuncu Kalkınma Planı 2014/2018. Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik: Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Yayın No: KB: 2904-OİK:743.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). Ankara İli Sincan İlçesi Birinci Basamak Sağlık Personelinde Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Eğitim Programı Geliştirilmesi. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1085. Ankara.
- The Centre for Literacy of Quebec. (2008). *ESL and Literacy: Finding Common Ground, Serving Learners' Needs*. Quebec: The Centre for Literacy.
- Türk Dil Kurumu Güncel Sözlük (TDK). (2016). http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.56c196f9124790.41333174. Erişim Tarihi: 15/02/2016.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2015). *Yıllara Göre İl Nüfus Dağılımı*. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. Erişim Tarihi: 08/08/2015.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). *Yetişkin Nüfusun Cinsiyet ve Okuryazarlık Durumu*. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059. Erişim Tarihi:10/02/2018.
- Türkoğlu, Ç. (2016). Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Isparta İli Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Isparta.

- U.S. Department of Health and Human Services (HHS). (2000). Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health And Human Services (HHS). (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. Office of Disease Prevention and Health Promotion, Washington, DC.
- UNESCO Institute For Statistics (IFS). (2016). 50'th Anniversary Of International Literacy Day: Literacy Rates Are On The Rise But Millions Remain Illiterate. UIS Fact Sheet. No:38.
- United Nations Economic and Social Council. (2009). Ministerial Declaration- 2009 High-Level Segment: Implementing the International Agreed Goals And Commitments in Regard To Global Public Health. http://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf09/ministerial_declaration-2009.pdf. Erişim Tarihi: 02/12/2015.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2018). Literacy for All. Ağustos 2017. <http://en.unesco.org/themes/literacy-all>. Erişim Tarihi:29/01/2018.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2016). Promoting Health and Literacy For Women's Empowerment. Hamburg: UNESCO Institute for Lifelong Learning.
- Vernon, J.A., Trujillo, A., Rosenbaum, S., DeBuono, B. (2007). Low Health Literacy: Implications for National Policy. George Washington University. http://publichealth.gwu.edu/departments/healthpolicy/CHPR/downloads/LowHealthLiteracyReport10_4_07.pdf. Erişim Tarihi: 02/12/2015.
- Wagner, C.V., Knight, K., Steptoe, A. Wardle, J. (2007). Functional Health Literacy and Health-Promoting Behavior in a National Sample of British Adults. Journal of Epidemiology and Community Health, 61 (12): 1086-1090.

- Weiss, B.D., Mays, M.Z., Castro, K.M., Dewalt, D.A., Pignone, M.P., Bockbee, J., Hale, F.A. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3 (6): 514-522.
- WHO Commission on the Social Determinants of Health, 2007. *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes*. Geneva.
- Williams, M.V., Parker, R.M., Baker, D.W., Parikh, N.S., Pitkin, K., Coates, W.C., Nurss, J.R. (1995). Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals. *American Medical Association*, 274(21): 1677-1682.
- Wolf, M.S., Gazmararian, J.A., Baker, D.W. (2005). Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. *Archives of Internal Medicine*, 165 (17): 1946-1952.
- Wolf, M.S., Davis, T.C., Bass, P.F., Thompson, J.A., Hugh, H.T., Neuberger, M., Parker, R.M. (2006). Literacy and Misunderstanding Prescription Drug Labels. *Annals of Internal Medicine*, 145 (12): 887-894.
- WONCA EUROPE. (2002). Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>. Erişim Tarihi: 10/10/2017.
- World Health Organization (WHO). (2017). Constitution of WHO: Principles. <http://www.who.int/about/mission/en/>. Erişim Tarihi: 14/12/2017.
- World Health Organization (WHO). (2018). Chronic Diseases and Health Promotion. Overview-Pereventing Chronic Diseases: A Vital Investment. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/en/index1.html. Erişim Tarihi: 14/03/2018.
- Yazıcıoğlu, Y., Erdoğan, S. (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yılmazel, G. (2014). Çorum İli Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Kayseri.

Yılmazel, G., Çetinkaya, F. (2016). Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15 (1): 69-74.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D.S. (2005). Understanding Health Literacy: An Expanded Model. Healht Promotion International, 20 (2): 195:203.



EKLER

EK-1: Orijinallik Raporu (Türkçe)

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA	
Tarih: 10/09/2018	
Tez Başlığı: Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin İncelenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği.	
Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 93 sayfalık kısmına ilişkin, 10/09/2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 19 'dur.	
Uygulanan filtrelemeler:	
1- ☐ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- ☐ Kaynakça hariç 3- ☐ Alıntılar hariç 4- ☒ Alıntılar dâhil 5- ☐ 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç	
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
 10.09.2018	
Adı Soyadı: Yakup ÖZDEMİR Öğrenci No: N12224064 Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Programı: Sağlık Yönetimi	
<u>DANIŞMAN ONAYI</u>	
UYGUNDUR.	
 Prof. Dr. İsmet ŞAHİN	

EK-2: Orijinallik Raporu (İngilizce)



HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
MASTER'S THESIS ORIGINALITY REPORT

HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
HEALTH CARE DEPARTMENT

Date: 10/09/2018

Thesis Title : Determination of Health Literacy Level of Patients' who apply to Family Health Centers: Kahramanmaraş Province Example.

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 10/09/2018 for the total of 93 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 19 %.

Filtering options applied:

1. ☐ Approval and Declaration sections excluded
2. ☐ Bibliography/Works Cited excluded
3. ☐ Quotes excluded
4. ☒ Quotes included
5. ☐ Match size up to 5 words excluded

I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

Yakup Özdemir
10.09.2018

Name Surname: Yakup ÖZDEMİR

Student No: N12224064

Department: Health Care Management Program

Program: Health Care Management

ADVISOR APPROVAL

APPROVED.

İsmail

Prof. Dr. İsmet ŞAHİN

EK-3: Etik Kurul İzni



GİZLİ
T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Sayı : 35853172/ **433-2679** 11 Ağustos 2015

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 23.07.2015 tarih ve 3364 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden **Yakup ÖZDEMİR**'in öğretim üyesi **Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM** danışmanlığında hazırladığı “**Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği**” başlıklı çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **04 Ağustos 2015** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


 Prof. Dr. Ömer UĞUR
 Rektör V.

Ek: Tutanak

Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara
 Telefon: 0 (312) 305 3001 - 3002 • Faks: 0 (312) 311 9992
 E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr • www.hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:
 Yazı İşleri Müdürlüğü
 0 (312) 305 1008

Hasan Bey

EK-4: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Araştırma İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Sayı : 67350377/770
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç.Dr.
Hasan Hüseyin YILDIRIM)

KAHRAMANMARAŞ VALİLİĞİNE (Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi Doç.Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM sorumluluğunda yapılması planlanan "Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği" konulu araştırma için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden ve araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Alev YÜCEL
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Nusret Fişek Cad. No:4 N Blok
G.SARIÇOBAN Tel:0312 565 59 44 e-posta gokcen.saricoban1@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f954d0bf-f36d-4c52-94fd-8e477d751f65 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5: Sağlık-Sen Anket Kullanım İzni




MEMUR-SEN KONFEDERASYONU
SAĞLIK-SEN
 SAĞLIK ve SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI
 GENEL YETKİLİ SENDİKA

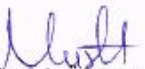
Sayı : MSK.03.SS.30/2015/ **688**
 Konu : İzin

14.07.2015

Sayın Yakup ÖZDEMİR

Genel Merkezimize göndermiş olduğunuz 14.07.2015 tarihli dilekçeniz incelenmiştir. "Sağlık-Sen Türlüye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" adlı çalışmamıza temel oluşturan, Avrupa Birliği'nce geliştirilen ve Sendikamız tarafından ülkemize uyumlu hale getirilmek üzere geçerlilik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilerek üzerinde değişiklik yapılan Sağlık Okuryazarlığı Anketini, üzerinde herhangi bir değişiklik yapmadan kaynak göstererek kullanabilmeniz uygun bulunmuştur.

Bilgilerinc rica ederiz.



Mustafa ÖRNEK
Genel Başkan Yardımcısı



Metin MEMİŞ
Genel Başkan

14.07.2015 **ÖZELİMİZ**
 14.07.2015 **F. SEYRAN**

GMK Blv. Özveren Sk. No:9 Kat:2 06571 Demirtepe / ANKARA Tel: 0312 444 1995 • Faks: 0312 230 83 65
 bilgi@sagliksen.org.tr • www.sagliksen.org.tr

EK-6: SOYA-TR Anketi**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ANKETİ**

Merhaba ben Yakup ÖZDEMİR. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim.

Prof. Dr. İsmet ŞAHİN'in danışmanlığında "Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği" konulu tez çalışmam için bir saha çalışması yapmaktayım. Sizinle sağlık okuryazarlığı hakkında konuşup bir anket doldurmak istiyorum.

Anketten elde edilen bilgiler anonim bir şekilde analiz edilecektir. Hiçbir şekilde isminiz geçmeyecektir.

Katkınız için teşekkür ederiz.

SOYA-AB-Q47						
©HLS-EU Konsorsiyum						
Şimdi size bazı sorular soracağım ve çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte bu sorduklarımın sizin için ne kadar kolay ya da zor olduğunu söylemenizi isteyeceğim.						
HLS-EU matrisi ile ilişki	Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte, aşağıdakilerin ne kadar kolay olduğunu söylersiniz?	Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay	Fikrim Yok
Sağlık hizmeti/ bilgiye ulaşma	S1.1. Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiye ulaşma	S1.2. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiye ulaşma	S1.3. Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiye ulaşma	S1.4. Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağınız bilgisine ulaşmak (yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.5. Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.6. İlacınızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağınızı anlamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi değerlendirme	S1.9. Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağınızı değerlendirmek	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi değerlendirme	S1.10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi değerlendirme	S1.11. İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi değerlendirme	S1.12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi uygulama	S1.13. Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi uygulama	S1.14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	1	2	3	4	5

Sağlık hizmeti/ bilgiyi uygulama	S1.15. Acil durumda ambulans çağırmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi uygulama	S1.16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiye ulaşma	S1.17 Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiye ulaşma	S1.18 Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiye ulaşma	S1.19. Sizin için yapılması gereken aşılar ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiye ulaşma	S1.20. Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi anlama	S1.21. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi anlama	S1.22. Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi anlama	S1.23. Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi değerlendirme	S1.24. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi değerlendirme	S1.25. Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi değerlendirme	S1.26. Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi değerlendirme	S1.27. Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi değerlendirme	S1.28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi uygulama	S1.29. Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi uygulama	S1.30. Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığınız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi uygulama	S1.31. Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.32. Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.33. Akıl sağlığınız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)	1	2	3	4	5

Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiye ulaşma	S1.34. Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: <i>gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri</i>)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiye ulaşma	S1.35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: <i>yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması</i>)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiye ulaşma	S1.36. İşinizde sağlığınıza iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi anlama	S1.37. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi anlama	S1.38. Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi anlama	S1.39. Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: <i>internet, gazeteler, dergiler</i>)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi anlama	S1.40. Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi değerlendirme	S1.41. Nerede yaşadığınızın sağlığınıza ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: <i>içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre</i>)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi değerlendirme	S1.42. Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi değerlendirme	S1.43. Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: <i>yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.</i>)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi uygulama	S1.44. Sağlığınıza iyileştirecek kararlar vermek	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi uygulama	S1.45. İsteddiğinizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi uygulama	S1.46. Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (Yönlendirme: <i>yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.</i>)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/bilgiyi uygulama	S1.47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	1	2	3	4	5

EK-7: Sosyo-demografik Bilgiler Anketi

D. SOSYO - DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek	2. Yaşınız	3. Medeni durumunuz ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Ayrılmış/boşanmış
4. Aile tipi ☐ Çekirdek aile (<i>anne, baba ve çocuk</i>) ☐ Geniş aile (<i>anne, baba, çocuk ve diğer akrabalar</i>) ☐ Parçalanmış aile (<i>anne ve baba ayrı yaşıyor</i>)	5. Hanede yaşayan kişi sayısı	6. Oturduğunuz ev ☐ Kira ☐ Kendi evi ☐ Diğer.....
7. Ev özellikleri ☐ Apartman ☐ Gecekondu ☐ Müstakil ☐ Diğer.....	8. Haftada kaç gün gazete okursunuz?	9. Bir yılda kaç kitap okursunuz?
10. Çalışma Durumunuz/.....	11. Eğitim durumunuz ☐ İlköğretim ☐ Ortaöğretim ☐ Ön lisans/Lisans ☐ Lisansüstü Toplam okul yılı.....	12. Doktor masraflarınızı karşılayabiliyor musunuz? ☐ Çok kolay ☐ Kısmen kolay ☐ Kısmen Zor ☐ Çok zor ☐ Cevap Yok
13. Eğer sağlık giderlerinizi tamamen kendiniz karşılayacak/karşılıyor olsaydınız/karşıyorsanız, ilaç masraflarınızı ödeyebilir miydiniz/ödeyebiliyor musunuz? ☐ Çok kolay ☐ Kısmen kolay ☐ Kısmen Zor ☐ Çok zor ☐ Cevap Yok	14. Son 12 ay boyunca, ayın sonunda faturalarınızı ödemede zorluklar yaşadığınızı söyleyebilir misiniz? ☐ Çoğu zaman ☐ Zaman zaman ☐ Hemen hemen hiç/hiç ☐ Cevap Yok	15. Haneye giren toplam aylık geliriniz ne kadar? ☐