

T.C.
İSTANBUL BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE ÖĞRETMENLERİN SAĞLIK
OKURYAZAR DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI
ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan
Esra ERDOĞMUŞ

İstanbul, 2023

T.C.
İSTANBUL BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE ÖĞRETMENLERİN SAĞLIK
OKURYAZAR DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI
ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan
Esra ERDOĞMUŞ
Öğrenci No:
2120024017
ORCID ID: 0000-0002-3786-0528

Danışman:
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KOVANCI

İstanbul, 2023

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Sağlık Çalışanları ile Öğretmenlerin Sağlık Okuryazar Düzeylerinin Karşılaştırılması Üzerine Bir Araştırma**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını, patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 24/10/2023

Esra ERDOĞMUŞ

T.C.
İSTANBUL BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

24/10/2023

Enstitümüz *İşletme* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **2120024017** numaralı **Esra ERDOĞMUŞ**'un "*İstanbul Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Çalışanları İle Öğretmenlerin Sağlık Okuryazar Düzeylerinin Karşılaştırılması Üzerine Bir Araştırma*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 10/10/2023 tarih ve 2023/40 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, İstanbul Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince 45 dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında "**OYBİRLİĞİ**" ile "**KABUL**" kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 2 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ah*** KO***
(İstanbul Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Dr. Öğr. Üyesi Ta*** Fİ***
(İstanbul Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Doç. Dr. Er*** ŞE***
(Fenerbahçe Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Esra ERDOĞMUŞ
Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KOVANCI
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2023
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Çalışanları, Öğretmenler

ÖZ

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE ÖĞRETMENLERİN SAĞLIK OKURYAZAR DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Sağlık okuryazarlığı, toplumun sağlık hizmetinden yararlanabilmesi, yararlanırken uygulaması gereken adımları, tedavi olduktan sonra iyi halin korunabilmesi, günlük yaşantısını devam ettirirken veya özellikle salgın dönemlerinde sağlık tedbirleri için uyulması gereken kurallara riayet edilebilmesidir. Toplumda sağlık okuryazarlığı COVID döneminde yaşanan dalga dalga salgınlar nedeniyle izolasyon tedbirlerine uyulmaması, bulaşın kontrol altına alınamaması bize sağlık okuryazarlığının ne durumda olduğunu sorgulatmaktadır. Toplumun sağlık okuryazarlığını ölçmek tabi ki elimizdeki kısıtlar nedeniyle zor olmaktadır. Denek gruplar aracılığı ile genelleme yapılarak anket aracılığı ile iki grup belirlenmiştir. Denek gruplar belirlenirken ise, eğitim düzeyi yüksek ve birbirine yakın iki grup belirlenmiştir. Toplumun genel sağlık sorunu olduğunda ilk başvuracakları veya soru sorabilecekleri grup sağlık çalışanlarıdır. Diğer grup ise, ilkokuldan başlayan kariyer hayatında daima yanımızda olan ve yol gösteren öğretmenlerdir. Sağlık çalışanları sektörün içinde olması, hastalar ile direkt iletişim halinde olmaları, sağlık eğitimi almış olmaları gibi nedenlerle, Öğretmenlerin ise, sağlık dersleri ile güncel bilgileri takip etmeleri nedeniyle hem birbirleri hem de kendi branş, yaş, cinsiyet, gelir gider durumu ve sosyal güvencelerine göre sağlık okuryazar düzeyi farklılıkların belirlenmesi amaçlanmıştır. Nitekim kamu kurumlarında sağlık çalışanları ve öğretmenler olarak görev yapmakta olan 807 kişinin katılım sağladığı 39 sorudan ve 2 bölümden oluşan beşli likert ölçeğinin kullanıldığı anket ile sorular yöneltilmiştir. SPSS programı kullanılarak güvenilirlik, faktör ve regresyon analizleri yapılarak

sağlık okuryazar düzeyinin branşlara göre, cinsiyetlere göre, gelir düzeyine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşlara göre ise, öğretmenler genelinde yaşı artması ile negatif yönlü ve düşük kuvvetli ilişkinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Name ve Surname : Esra ERDOĞMUŞ
Supervisor : Dr. Lecturer Ahmet KOVANCI
Type and Date : Master's Thesis, 2023
Department : Hospital and Health Institutions Management
Key Words : Health Literacy, Health Professionals, Teachers

ABSTRACT

A STUDY ON THE COMPARISON OF HEALTH LITERACY LEVELS OF HEALTH WORKERS AND TEACHERS

Health literacy is the ability of society to benefit from health services, the steps to be taken while benefiting, maintaining a good state after treatment, and complying with the rules to be followed for health precautions while continuing their daily lives or especially during epidemic periods. Health literacy in the community The failure to comply with isolation measures and the inability to control the contagion due to the waves of epidemics experienced during the COVID period make us question the state of health literacy. Of course, it is difficult to measure the health literacy of society due to the limitations we have. Generalization was made through the subject groups, and two groups were determined by means of a questionnaire. When determining the subject groups, two groups with high education levels and close proximity to each other were determined. When there is a general health problem in society, the first group to apply or ask a question is the health professionals. The other group is the teachers, who are always with us and guide us in our careers starting in primary school. Due to reasons such as health professionals being in the sector, being in direct contact with patients, having received health education, and teachers following health courses and up-to-date information, health care professionals are classified according to their branch, age, gender, income and expenditure status, and social security. It was aimed at determining differences in literacy level. As a matter of fact, 807 people working as health workers and teachers in public institutions participated in the questionnaire, which consisted of 39 questions in two parts using a five-point Likert scale. By using the SPSS program, reliability, factor, and regression analyses were performed, and it was determined

that the level of health literacy showed significant differences according to branches, genders, and income levels. According to the age of the participants, it was found that there was a negative and low-power relationship with the increase in age among the teachers.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ	iii
ŞEKİLLER LİSTESİ	iv
KISALTMALAR	v
SÖZLÜK.....	vi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI

1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.2. Okuryazarlık Kavramı.....	3
1.3. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı	4
1.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	5
1.5. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması	6
1.5.1. Temel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı.....	7
1.5.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı.....	7
1.5.3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	7
1.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	8
1.7. Sağlık Okuryazarlığının Boyutu	9
1.8. Sağlık Okuryazarlığı İçin Bilgiye Erişim Araçları.....	10
1.8.1. Sağlık Profesyonelleri	10
1.8.2. Tıp Literatürü, Sağlık Kitapları ve Dergileri	11
1.8.3. Kitle İletişim Araçları, İnternet ve Sosyal Medya	11
1.9. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakanlığı’nın Aldığı Stratejik Kararlar	11
1.10. Dünyada Sağlık Okuryazarlığı.....	12
1.11. COVID-19 Salgını ve Sağlık Okuryazarlığının Önemi	13
1.12. Dünya Sağlık Örgütü’nün Covid-19 Salgınına Karşı Aldığı Stratejik Kararları	14

1.13. Dünya Sağlık Örgütünün Covid-19 Salgınına Alacağı Önlemler ve Sağlık Okuryazarlığı İçin Yapılacak Planlar	15
1.14. Dünya Sağlık Örgütünün Aldığı Kararlara Toplumun Sağlık Okuryazarlığı Hassasiyeti.....	16
1.15. Dünya Sağlık Örgütünün Yeni Salgınlara Karşı Yapılacaklar ve Sağlık Okuryazarlığı.....	16

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE ÖĞRETMENLERİN SAĞLIK OKURYAZAR DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

2.1. Araştırmanın Amacı	18
2.1.1. Araştırmanın Dâhil Olma Kriterleri	18
2.1.2. Araştırmanın Dışlama Kriterleri.....	18
2.2. Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtları	19
2.3. Problem Cümlesi ve Hipotezler	19
2.3.1. Problem Cümlesi	19
2.3.2. Hipotezler	19
2.4. Araştırmanın Örneklemi.....	21
2.5. Araştırma Verilerinin Toplanması	23
2.6. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi	24
2.7. Anketin Güvenilirlik Analizi.....	24
2.8. Çalışmanın Bulguları	26
2.8.1. Demografik Bulgular	27
2.8.2. Verilerin Dağılımı ve Betimsel Bulgulara Ait Sonuçlar	28
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKÇA.....	57
EKLER	64
EK 1: Etik Kurul İzni Belgesi	64
EK-2: Araştırmada Kullanılan Anket Formu	65

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. TSOY-32'nin 2x4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları	24
Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçlarının Bu Çalışmaya Ait Güvenirlik Düzeyleri	25
Tablo 3. Demografik Bulgular	27
Tablo 4. Verilerin Dağılımı	29
Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığına Ait Betimsel Bulgular	30
Tablo 6. Meslek Grubu İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	31
Tablo 7. Cinsiyet İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 8. Medeni Durum İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 9. Sosyal Güvence İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 10. Öğretmenlerin Branşları İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 11. Sağlık Çalışanlarının Branşları İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 12. Eğitim Düzeyi İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 13. Gelir Düzeyi İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 14. Yaş İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ...	49
Tablo 15. Hipotez Kabul / Ret Tablosu	52

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması.....	6
Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Öz Bakım Bilgisi Diyagramı	8

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
p	: anlamlılık düzeyi
r	: Pearson Korelasyon Katsayısı
Sig. Değeri	: İstatistiki Anlamlılık Düzeyi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı 32
vb.	: ve benzeri
vd.,	: ve diğerleri

SÖZLÜK

Coronavirüs (COVID-19): Çin'in Vuhan Eyaleti'nde 2019 yılının Aralık ayının son haftalarında solunum yolu ile vücuda giriş yaptıktan sonra (ateş, nefes darlığı, öksürük) sağlık şikayetleriyle ortaya çıkan ani sağlığın olumsuz seyri ile ortaya çıkan durumların araştırılması neticesinde 13 Ocak 2020 tarihinde ismi konulan virüs türüdür. Çıkış ve yayıldığı noktalar ise, deniz ürünlerinin tutulduğu, satıldığı hayvan pazarlarının olduğu kanısına varılmıştır. Hayvanlardan yayıldığı düşünülen insanlardan insanlara bulaşarak sağlık sorunları ortaya çıkaran virüs Vuhan olmak üzere diğer şehirlere yayılım göstermiştir. Hem hayvanlar arasında hem de insanlara bulaşarak varlığını devam ettirdiğini göstermiştir. Koronavirüs hastalığının ortaya çıkmasına SAR-CoV-2 virüsü neden olmakta olduğu ortaya çıkmıştır.

Okuryazarlık: Kullanılmakta olan bir dilen yazıya dökülmesi sonucu o dilin yazınlarını okuyabilme, okunanların bilinç ile yorumlanabilmesi, algılanması ve kavrama yetkisine sahip olunması ve anlama yetkilerinin tümüdür.

Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin ya da hasta kişilerin beden ve ruh sağlığı ile ilgili bilgilere erişebilmesi, eriştiği bilgileri anlayabilmesi ve hastalık durumlarında eriştiği bilgileri etkin kullanabilmesi için zihinsel ve sosyal becerilerinin tümünü ifade etmektedir.

SPSS: Bilgisayar programı (İngilizce açılımıyla: Statistical Package for the Social Sciences), piyasaya ilk çıkış tarihi 1968 yılına tekabül etmekte olup, sektöre sunulmuş istatistiksel analiz etmeye yarayan bir bilgisayar programıdır. SPSS programı özellikle "Sosyal Bilimler" dalında istatistiksel analizleri yapabilmek için en yaygın kullanılan program olmaktadır. Pazar araştırmacıları, sağlık araştırmacıları, anket şirketleri, devlet kurumları, eğitim araştırmacıları, pazarlama kurumları, "veri madencileri" vb. tarafından da sıklıkla başvurulmuş bir istatistik yazılımıdır.

GİRİŞ

Toplumun sağlık okuryazar düzeyi her zamandan daha önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlığını koruyup, sürdürebilmek için yapması gereken veya yapmaması gerekenleri anlayıp, uygulayabilmesi için sağlık okuryazarlığı seviyesinin yeterli hatta yüksek olması beklenmektedir. Toplumun doğru sağlık bilgilerine ulaşabilmek için sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarını güvenilir seçebilmesi, yararlanabilmesi gerekmektedir. Yeterli düzeyde olmayan sağlık okuryazarlığı koruyucu sağlık hizmetinin etkin şekilde işlemediğini göstermektedir. Koruyucu sağlık hizmeti ile engellenebilecek hastalıkların daha büyük ve kronik olarak ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Literatür taraması sonrası ilerleyen sayfalarında sağlık okuryazarlığı tanımı, derinlemesine tarihten bu yana gelişimi ve sağlık okuryazarlığının düşük olması nedeniyle COVID gibi salgın hastalıklarda karşımıza nasıl bir tablo çizeceğini gözler önüne sermiştir. Sağlık okuryazarlığının düşüklüğü toplumda yaygın bir sorundur. Bu sorunun ortaya çıkarılması için yapılan çalışmalar bize yol göstermektedir ki, sosyal güvence, cinsiyet, eğitim durumu ve sosyoekonomik koşullarla yakından ilgili olmasıdır. Sağlık okuryazarlığını yükseltebilmek için toplumda ciddi yol kat edilmesi gerekmektedir. Özellikle sağlık hizmeti sunumunda ilk karşılaşılan sağlık profesyonellerin sağlık alanında güncel ve doğru bilgiler ile donanımlı olmaları beklenmektedir. Toplum da eğitimciler aracılığı ile anaokulundan üniversite ve sonrası dahil edinebileceği becerileri eğitimcilerden doğru bir şekilde alabilmelidirler. Ders müfredatlarının sağlık bilgileri ile donanımlı ve güncel olmalıdır. Yapmış olduğumuz çalışma Türkiye’de bir ilde kamu hizmeti sunan kurumlarda görev yapan personelin sağlık okuryazarlığını ortaya çıkarmayı amaçlamıştır.

Çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık okuryazarlık düzeyini ortaya çıkarabilmeyi amaçlamıştır. Sağlık okuryazarlığı fonksiyonel/temel sağlık okuryazarlığı, eleştirel sağlık okuryazarlığı, interaktif sağlık okuryazarlığı gibi sınıflandırılmalar, bilgiye erişim araçları, ülkemizde ve dünyada sağlık okuryazarlık düzeyleri ile salgın zamanlarında sağlık okuryazarlığının önemi ve ülkemizde alınan stratejik kararlardan bahsedilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde ise, anket

aracılığıyla sağlık ve eğitim profesyonellerine yöneltilen sorular neticesinde sağlık okuryazar düzeyleri ve demografik bulgulara göre ilişki ve farklılıklar tespit edilmeye çalışılmıştır. Çalışma sonucunda demografik özelliklere göre ulaşılan sonuçlar neticesinde toplumun sağlık okuryazarlığı ortaya çıkarabilmeyi ve yapılacak bundan sonraki çalışmalara ışık tutmak hedeflenmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık konusunda yapılmış bir tanımlama olduğu için sağlığın tek bir tanımının yapılması günümüzde zordur. Herkes sağlığı kendi ihtiyacına göre farklı farklı tanımlamaktadır. Sağlık genel bir bakış açısı, olgusal kavram, düşünceden ziyade, yaşamakta olan vücudun bozulması sonucu verdiği tepkidir. Şöyle güncel tanımlara bakıldığında, bedenin vücut bütünlüğünün tam olma hali, zinde olma, ağrı ve kırığının olmaması gibi fiziksel iyilik halinin olması olarak tanımlanmış olsa da kişinin bir bütünün parçası olan akıl ve ruh sağlığı gibi bütünleşik fonksiyonlarının dikkate alınmadığı görülmüştür (Bolsoy ve Sevil, 2016: 78).

Akıl ve ruh sağlığı ve sosyal çevre tam olarak genişçe açıklanması gereken olgulardır. Sosyal çevre ise, kişinin vakit geçirdiği, sohbet ettiği, mesai harcadığı gibi kendinden başka bireylerle etkileşim halinde iken ruhen sağlık içinde olma hali diyebiliriz. İletişim kurmakta zorluk çektiği, yaşadığı sıkıntıyı anlatamadığı, ekonomik darboğazda olduğu zamanlardaki sıkıntılarını dile getirilemediğinde kişinin ruhen sağlıklı olma halinden bahsedilmemektedir. Her zaman kişi tüm sorunlarının üstesinden gelemediği görülmektedir. Ancak bu durumun her daim yaşanmaması gerekmektedir. Kronikleşen durumun olma hali olarak karakterize bir tabloda bahsedilmektedir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47).

1.2. Okuryazarlık Kavramı

Okuryazarlık tanımından önce okuma ve yazma tanımlarını incelemek gerekmektedir. Okuma kavramı, metni okumakta olan kişi, kişinin okumak üzere yöneldiği basılı ya da yazılı paragraf ve okuma esnasında okunanların hepsini zihnine aktarım sonrasında tanımlama süreci şeklinde gerçekleşmektedir. Yazma kavramı ise, kişi yazmaya yöneldiği zaman beyninden gelen emirden öte paragraftaki metni okuyabilme yeteneğiyle beraber kişinin biraz daha emeği ve bu emekle beraber komplike süreçleri gerektiren beyin yetenlerinin becerisini yansıtmaktadır. (Gül, 2007: 18).

Kişi okuma ve yazma yeteneklerini kazanması sonucunda okuryazarlık düzeyi oluşmaktadır. Okuryazarlık kavramına baktığımızda, toplumdaki bireylerin gündelik yaşamları ile yaşamlarını sürdürebilmek için birbirleri ile anlaşabilmelerini sağlamak adına gördükleri veya duyduklarını sağlıklı bir şekilde cevap verebilmesi, düşünebilmesi ve tekrar aynı nesneyi konumlandırabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Aşıcı, 2009: 11).

1.3. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık okuryazarlığı kavramı, İlk defa Simond tarafından 1974'lü yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Kullanıma girdikten sonra toplum sağlığı ve sağlık hizmetlerinde giderek önemli hal almaya başlamıştır. “Health Education as Social Policy” isimli makalenin yer alan; kişilere sunulan sağlık hizmetleri ile kişilerin sağlık hizmetlerinden haberdar olabilecek sosyal duyurular ve etkileşimleri sağlayacak ve yorumlayabilmeleri için mevcut eğitim sisteminden yararlanılan devletin belirleyeceği yöntemler ve kurallar şeklinde yorumlanmıştır (Kaya ve Sivrikaya, 2019: 218).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık okuryazarlığı kavramını, bireylerin sağlık bütünlüğünün devam etmesi ve devamlılığın sağlanabilmesi için bilgileri edinebilmesi, bu bilgileri zihninde kavraması ve teorikte kullanabilme yeteneği olarak ifade etmiştir (Yılmaz ve Tiraki, 2016: 142).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin iyi sağlığı teşvik eden ve sürdüren şekillerde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil etmektedir (Kickbusch, 2007: 293).

Sağlığın belirleyicileri ve sağlık hizmeti vermekte olan profesyonellerce yapılan araştırmalar sonucunda, yukarıda da bahsi geçen tanımlar yapılmış ve sonrasında “tıbbi okuryazarlık”, “hasta sağlık okuryazarlığı” ve “klinik sağlık okuryazarlığı” vb. yerine kullanılabilecek bakış açıları ile araştırmaları genişletmek isteseler de hala günümüze kadar yeteri kadar çalışma elde edilememiştir (Balçık vd., 2014: 321-322).

1.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Geçmişten günümüze gelen okuryazarlık tanımları bireylerin yalnızca okuma ve yazma yetilerinin varlığı olarak kavramsallaştırılmıştır. Okuma ve yazma yeteneği bilgisi kişilerin sağlık okuryazarlığı bilgisinin de olduğunu göstermemektedir. Bununla birlikte sağlık okuryazarlığının olması gereken diğer unsurları da dinleme, dinlerken gerekli iletişim kurma becerileri ile birlikte anlamlı etkileşimde bulunarak sağlık dilinde anlaşabilmeyi anlatmaktadır (Sezgin, 2013: 76-77).

Kişiler hayatları boyunca karşılaştıkları sağlıklarıyla ilgili olumsuz durumlar ile ilgili hem bilgi hem de sağlık hizmeti almak için sorumluluk doğmaktadır. Kişi hasta olduğunda, çocuklar hasta olduğunda ebeveyni tarafından order edilen ilaçları kullanımını, dozunu anlamalı ve karşılaşılabilecek yan etkiler gibi karmaşık durumlarda nereye gitmesi gerektiğini bilmesi yalnızca sağlık okuryazar düzeyinin yüksek olmasına bağlıdır (Sezer ve Kadioğlu, 2014: 165-166).

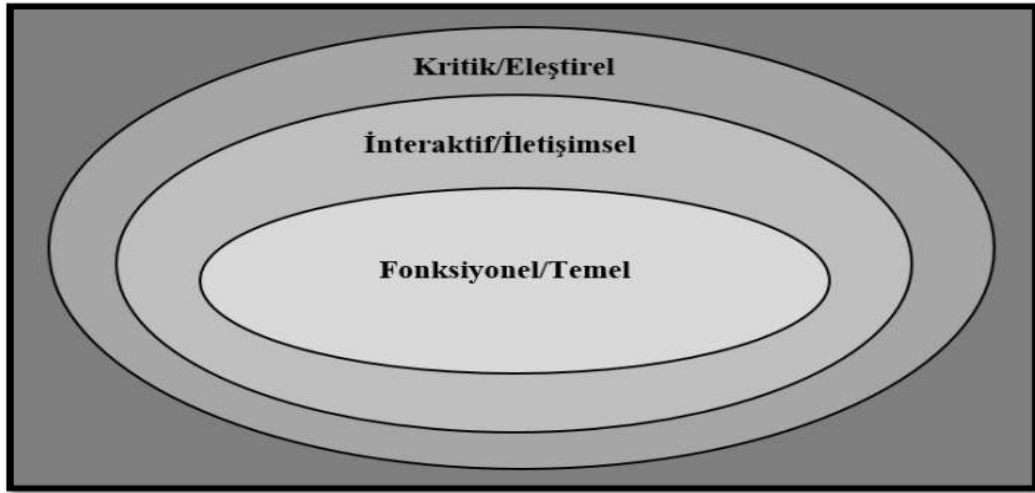
Ülkenin kısıtlı kaynakların dağılımı sonucunda bunların sağlığa ayrılan payı da düşük olması nedeniyle sağlık okuryazar seviyesinin çok önemli hale gelmektedir. Yüksek düzeyde olan hastanın yanlış anlaşılmalardan kaynaklanan sağlık harcama maliyetleri düşer, yaşanılacak zaman kaybı önlendiği görülmüştür. Sağlık hizmeti alacağı personel ile sağlıklı iletişim kurması kişinin başına gelebilecek olumsuz durumların önüne geçecektir. Reçeteyi okuyup anlama gibi, hangi basamaktaki hastaneye başvurması gerektiği gibi, hangi tedaviyi seçmesi gerektiği gibi alacağı sağlık hizmetinin standardını arttırdığı görülmektedir (Çatı vd., 2018: 68). Tedavilerin ve ilaçların uygulama şekillerin anlaşılmadığında sağlığa ayrılan giderler artmaktadır. Ülkemizde ve Avrupa ülkelerindeki asgari ücret karşılaştırmasına bakacak olursak, Avrupa ülkelerinden olan Almanya asgari ücret 1.744 euro olup, sağlık çalışanları ortalama ücreti 40.000 euro maaş verdiği bilinmektedir. Keza Avrupa ülkelerinin içinde asgari ücretin düşük olduğu ülkelere biri Hırvatistan'dır. Hırvatistan'da asgari ücret 622 euro olup, sağlık çalışanı ortalama 900 euro maaş vermektedir. Türkiye'de asgari ücret 505 euro olup, sağlık çalışanları ortalama 703 euro vermektedir. Yaşam koşullarının için sağlık çalışanlarının kazandığı ücretler asgari ücret düzeyine yakın maaşlar olması nedeniyle geçim için engel teşkil etmektedir. Bu durumun sonucu olarak da sağlığa ayrılan bütçenin payı da düşmektedir (<https://tr.euronews.com>, Erişim Tarihi: 19.06.2023).

Yapılan araştırmalarda, ülkenin eğitim politikalarıyla hizmete erişildiğinde okuryazarlık seviyeleri ile sağlık ve beslenme, yaşam beklentisi ve doğurganlık dahil olmak üzere diğer sosyal kalkınma göstergeleri arasında sürekli olarak güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Nutbeam ve Kickbusch, 2000: 183).

Sağlık okuryazarlığı becerileri zayıf olan kişilerin sağlık hakkında daha az bilgi sahibi oldukları, daha az koruyucu bakım aldıkları, daha kötü kronik hastalık kontrolüne sahip oldukları, daha zayıf fiziksel ve zihinsel sağlık işlevlerine sahip oldukları ve acil servis ve hastane kullanımının daha yüksek olduğu görülmüştür (Peerson ve Saunders, 2009: 287).

1.5. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Sağlık okuryazarlığının sağlık eğitiminin önemli bir sonucu olduğu yukarıdaki tanımla ve önemi hakkındaki görüşlerden de anlaşılmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kavramı incelendiğinde; fonksiyonel/temel sağlık okuryazarlığı, interaktif/iletişimsel okuryazarlığı ve kritik/eleştirel sağlık okuryazarlığı arasındaki farklar, sağlık okuryazarlığını sınıflandırmaya yönlendirmiştir (Nutbeam, 2000: 259). Aşağıda detaylıca kavramlar açıklanmaktadır.



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Kaynak: Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international, 15(3), 259-267.

1.5.1. Temel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Temel/Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı kavramı etkileşimli iletişime girmeyi gerektirmeyecek, temel düzeyde kişilerin okuma ve yazma becerilerini yerine getirmesi şeklinde gerçekleştireceği faaliyetleri tanımlamaktadır. Kişilerin tam bir iyilik halinin sağlanması için karşılaşılabileceği sağlık riskleri ve sağlık sistemlerinde yerine getirilmesi gereken eğitimleri yansıtmaları beklenmektedir. Bu sağlık okuryazar kavramına, aşılama ve tarama programlarına katılımı teşvik etmek, spor, sağlıklı yeme ve içme, karşılaşılabilecek kaza ve yaralanma durumunda ilk nasıl müdahale edilmesi gerektiği gibi primer yeteneklerini fark ederek, doğru yaklaşımını ortaya koymaktadır (Nutbeam, 2000: 265).

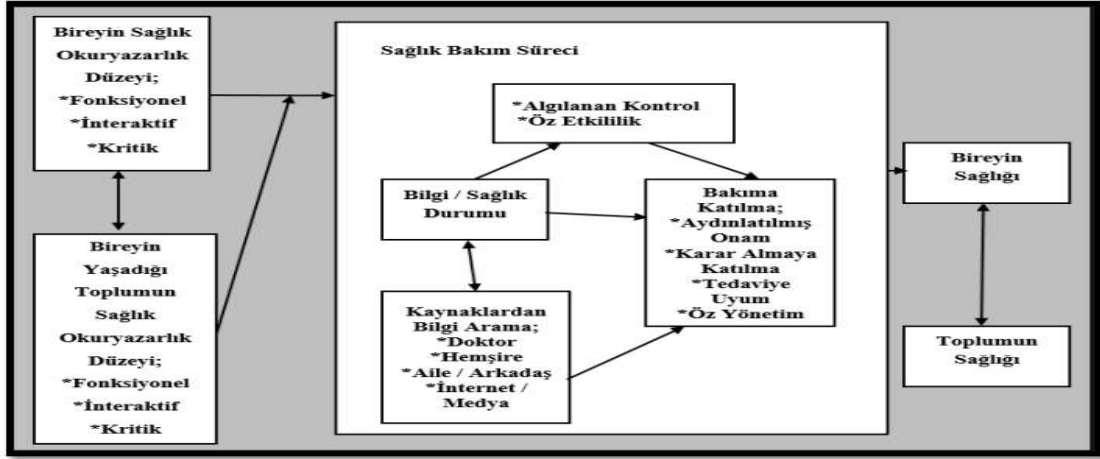
1.5.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı

İnteraktif sağlık okuryazarlığı kavramı kişilerin bireysel yeteneklerin etkin kullanabilmesine amaçlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı eğitimini alan kişiler, eğitime yönelik davranışta bulunmaya, bu eğitimle kendini geliştirerek daha ileri seviyede yaklaşım geliştirmeye ve öz motivasyonunu arttırmayı amaçlamaktadır. Burada beklenmekte olan amaç ise, toplumundan değil, kişinin kendisinin aldığı eğitimler ile yansımaların gerçekleştiğini görmektir. Bu sağlık okuryazarlığı kavramına örnek olarak kişisel ve sosyal beceri gelişimine ve davranışsal sonuçlara yönelik birçok çağdaş okul sağlığı eğitimi programlarıyla desteklenerek çoğaltılabilmektedir (Nutbeam, 2000: 265).

1.5.3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı

Eleştirel sağlık okuryazarlığı kavramı kişisel yeteneklerinin yanı sıra etkili sosyal ve politik eylemi desteklemeye yönelik bilişsel ve beceri geliştirme sonuçlarını yansıtır. Bu paradigma içinde, sağlık eğitimi, sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerini ele almak için çeşitli eylem biçimlerinin politik fizibilitesini ve örgütsel olasılıklarını araştıran bilgi iletişimini ve becerilerin geliştirilmesini içerebilir. Bu tür sağlık okuryazarlığı, bireye faydalarının yanı sıra nüfus yararına daha açık bir şekilde bağlantılı olabilir. Bu durumda sağlık eğitimi, sağlığın bu sosyal ve ekonomik belirleyicileri üzerinde hareket etmek için bireysel ve toplumsal kapasiteyi geliştirmeye yönelik olacaktır. Bu sağlık okuryazarlığına örnek

olarak sağlık alanında yeni gelişen ileri teknoloji, inovasyon ve salgınlar nedeniyle hastaların uzaktan takibi yeni yaklaşımları anlaşılması gösterilebilir (Nutbeam, 2000: 265).



Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Öz Bakım Bilgisi Diyagramı

Kaynak: Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health expectations*, 11(2), 113-122.

Sağlık durumu ve sağlık hizmetine bağlayan dört ara faktörü içeren kullanım ile sağlık okuryazarlığı düzeyiyle varacağı sağlık bakım süreçleri: hastalık ve öz bakım bilgisi, sağlık riski davranışı, önleyici bakım ve doktor ziyaretleri ve ilaca uyum adımlarından oluşmaktadır. Hastalık şüphesi durumunda tahlil ve tetkik veren hasta, hastalığını anlamlandırabilmek için birtakım yollara başvurmaktadır. Bunlar: hekim, hemşire, eş dost çevre, internet ve medya. Tedavi süreci boyunca ise, planlanacak tedaviye uyum sağlama, hekimin order ettiği tedavi planına göre öz yeterlilik ile tedaviyi sürdürebilmek için kişinin yeterli sağlık okuryazar bilgisine sahip olması gerekmektedir (Ishikawa ve Yano, 2008: 118-119).

1.6. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı demografi, psikososyal ve kültürel faktörlerin yanı sıra genel okuryazarlık, bireysel özellikler ve hastalık ve sağlık sistemi ile önceki deneyimler gibi daha yakın faktörlere atıfta bulunur. Sağlık okuryazarlığını etkileyen demografik ve sosyal faktörler arasında sosyoekonomik durum, meslek, istihdam,

gelir, sosyal destek, kültür ve dil, çevresel ve politik güçler ve medya kullanımı yer almaktadır (Sorensen, 2012: 7).

Sağlık hizmeti sunucularının hastalara yaklaşımları arasında en önemli sıkıntı vakit olduğu görülmektedir. Hastanın bir bütün olarak değerlendirirken şikayetlerinin, tanı, tahlil ve teşhis koyarken ayrıntılı bir şekilde hastaya yaklaşabilmek için gerekli vakitlerinin olmadığı, çok kısa bir sürede hastayı dinleyerek teşhisi koymaları beklenmektedir. Hekim planladığı tedavi planını hastaya iletirken kullandığı tıbbi terminoloji gereği her hastanın anlayabilmesi beklenmemektedir. Bu nedenle hekimin anlatmış olduğu tedavi planı hasta tarafından anlaşılamamakta olup, tedavinin doğru uygulanmamasına neden olmaktadır. Eğer sağlık hizmeti alan bireyin sağlık okuryazar düzeyi yüksek ise, iletilen tedavi planı doğru uygulanarak kısa sürede hastalığına çare olacağı görülmekte olup, bu durum hem sağlık hizmetinin gereksiz kullanımı hem de ekonomik yansımaların önüne geçmektedir (Akbolat vd., 2016: 355).

Bireyler yaşamlarında sağlık okuryazar düzeylerinin ne düzeyde olduğu çok önemlidir. Örneğin; spor yapmanın, sağlıklı beslenmenin, zararlı alışkanlıklardan uzak durmanın sağlıklı bir vücut sağlığı için elzem olduğunun kararını verebilmesi için sağlık okuryazar düzeyinin iyi seviyede olmasını gerekli kılmaktadır. Yaş ilerledikçe kronik rahatsızlıklarla birlikte kişiler yaşlanınca hayat standartlarının düşmesi, rahatsızlıklarının artmasına neden olacaktır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı kişinin gençliği kadar yaşlılığını da şekillendirmektedir (Kuloğlu ve Uslu, 2022: 257).

1.7. Sağlık Okuryazarlığının Boyutu

Dünya Sağlık Örgütü ise, sağlık okuryazarlığının boyutunu kişinin ruhsal ve bedensel olarak etkileyen ve etkileri çerçevelenmiştir. Sağlık okuryazarlığının boyutuna baktığımızda sağlık hizmetinden yararlanabilmek için sunulan sağlık dilini anlama, iletişime geçebilme ve konu hakkında detaylı ve yeterli düzeyde düşünebilme önündeki engeller tespit edilmiş olup, aşağıda sıralanmıştır.

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin istenen seviyenin altında yararlanma,
- Semptomatik dönemde sağlık hizmetinden yararlanma zamanını belirleyememe,

- Kişinin sağlık hizmetinden yararlanırken düzenlenen tedavi seyrini uygulayabilmesi ve talimatları yerine getirirken yaşadığı eksiklikler,
- Hekimin planladığı tıbbi öneri/talimatlara uygulamada yaşanan eksiklikler,
- Kişinin kendi beden sağlığı Öz-bakım yetersizliği,
- Sağlık bakım hizmeti giderlerde artışlara neden olduğu,
- Mortalite oranlarının yükseldiği görülmüştür (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016: 70).

1.8. Sağlık Okuryazarlığı İçin Bilgiye Erişim Araçları

Toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesini yükseltilmesi için öncelikle sağlık hakkındaki bilgilere nasıl erişildiğini anlamlandırılması gerekmektedir. Bilgilere erişim kaynakları: Sağlık profesyonelleri, tıp literatürü, tıp ve sağlık kitapları ve dergileriyle beraber sosyal erişim kaynakları olan internet, televizyon, broşürlerdir (Tözün ve Sözmen, 2015: 52).

1.8.1. Sağlık Profesyonelleri

Sağlık hizmetinden yararlanmak karşılıklı katılım ile gerçekleşmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmeti yararlanıcıları arasındaki ortak nokta, kişinin kültürüne, eğitimine, cinsiyetine ve diline duyulacak saygı ile gerçekleşmektedir. Hastanın memnuniyetini arttırmaktadır. Bu kurallara uyulmaması durumunda hastaların yasal düzenlemelerden doğacak hakları ortaya çıkmaktadır. Bu kurallar sayesinde hasta daha iyi hizmeti yasalar sayesinde elde etmektedir (Ünaler ve Kırmıhoğlu, 2022: 83).

Sağlık hizmet sunucuların en önemli paydaşlar hemşirelerdir. Hemşireler hastalara sağlık bakım hizmeti verirken, kişinin mevcut sağlık okuryazarlığı düzeyine göre en basit şekilde iletişim kurmaktadırlar. Bakım hizmetini yerine getirirken, hastanın sürece uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadırlar. Sağlık hizmeti sırasında alanda yapılmış araştırma ve hizmet sunumunun en iyi yollarını halk ile paylaşmaktadırlar (Gül ve Doğan, 2022: 424).

1.8.2. Tıp Literatürü, Sağlık Kitapları ve Dergileri

Sağlık hizmetini sunabilmek için akademilerde yer alan ders kitaplarından faydalanılmaktadır. Bunlar sağlık hizmet sunucuları tarafından yararlanılan kaynaklar olduğu görülmektedir. Bunun yanında halkın da birtakım kaynaklara erişebilmesi gerekmektedir. Erişim sağladıktan sonra ise anlayabilmeleri için latince kullanılan dile yabancı oldukları görülmektedir. Halkın bu kaynaklardan yararlanabilmesi kolay olmamaktadır. İnsanların kolayca anlayabileceği şekilde basımı yapılmış ve kolaylıkla ulaşabilecekleri şekilde ve Bakanlık kontrolünden geçmiş kaynakların halkın erişimine sunulması ve yararlanılması tavsiye edilmektedir (Tözün ve Sözmen, 2015: 52).

1.8.3. Kitle İletişim Araçları, İnternet ve Sosyal Medya

Kitle iletişim denildiğinde halkın en çok kullanmakta olduğu internet olduğu görülmektedir. İnternette yer alan tıbbi bilgilerin siteleri sayesinde bireyler istenilen tıp bilgilerine ulaşabilmektedirler. Yabancı dil ingilizce olup, okuduğunu anlayabilen insanlar için “www.pubmed.com” sitesi ihtiyaçlarına uygun örnek verilebilecek adrestir. Bu siteye açtığında kişi aramak istediği sözcüğü sitenin arama çubuğuna yazarak önüne dökülecek makalelere ulaşabilmektedir. Yabancı dili yetersiz olan ya da Türkçe kaynağa ulaşmak isteyen bireyler için de Google Akademik sitesinden yararlanabilirler. Yine aynı şekilde araştırmak veya öğrenmek istedikleri kelimeyi arama çubuğuna yazdıklarında karşısına güncel makaleler gelecektir. İhtiyaca uygun olanlardan yararlanabilmektedir (Tözün ve Sözmen, 2015: 52).

1.9. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakanlığı’nın Aldığı Stratejik Kararlar

Ülkemizde yapılmış sağlık okuryazarlığı saha çalışmalarına göre, toplumun sağlık okuryazar düzey indeksi 30,4 çıkmış olup, düşük düzeyde çıkan sonuç %24,5 olduğu, iyileştirmesi gereken oran %40,1, normal düzeyde çıkan sonuç %27,8 ile çok iyi düzeyde olan oran %7,6 çıktığı yapılan çalışmadan görülmüştür. İyi düzeyde olan oranın düşük olması bu alanda çalışmalar yapılması gerektiğini göstermektedir (Uğurlu ve Akgün, 2019: 97).

Ülkemizde yapılan bir diğer çalışma ise, 2014 senesinde tamamlanmış olup, 12 bölgenin katılım sağladığı, 23 ilin de çalışmaya dahil edilmiş olup, detaylı araştırma ile sağlık okuryazar seviyesini ölçmek hedeflenmiştir. Yapılan çalışmanın sonucu %30,4 ile ülkemiz sonuçların şöyle olduğu görülmektedir. Düşük düzeydeki oran %24,5, iyileştirilmesi gerekli olan oran % 40,1, iyileştirme gerektirmeyen oran %27,8, ve iyi durumda olan oran % 7,6 olduğu görülmüştür (Okur vd., 2021: 19). Yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık okuryazarlığının düşük olduğu ve iyileştirme yapılmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu konu hakkında T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 yılları arasında yürütmeye başlattığı halka yönelik birtakım iyileştirme çalışmaların aşağıda açıklanmıştır.

- 1. Basamaktan, 3. Basamağa kadar hastaların takibi üzerine surveyans sisteminin kurulması,
- Halkın yetersiz seviyede olan sağlık okuryazar düzeyini yükseltebilmek için, etkin katılım, konu hakkında bilinçlendirici seminerler ve kitle iletişim sayesinde bilgi aktarımı,
- Sağlık okuryazar düzeyinin arttırabilmek için kurumlar arası sıkı etkileşim yapılarak, ülke çapında topyekün ilgi ve destek,
- Anasınıfından liseye kadar öğrencilerin sağlık okuryazarlığını arttırmak için ders müfredatlarına yerleştirilmesi için Milli Eğitim Bakanlığı ile gerekli istişarelerin yapılması,
- Sağlık okuryazarlığı neticesinde halkın sağlığı için hijyen standartlarının toplum bilinci haline getirilmesi,
- Yükseköğretim kurumlarında sağlık okuryazar düzeyinin arttırılması için işbirliği yapmak ve ders müfredatlarına yerleştirilmesi (Kutlu ve Akbulut, 2019: 136).

1.10. Dünyada Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı hakkında dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında 2011 yılında Avrupa'nın sekiz ülkesi üzerinde gerçekleştirilen yaş aralığı 15 yaş ve üstündekiler araştırmaya dahil edilen 8 bin birey ile elde edilen sonuçlarda; Hollanda'nın sağlık okuryazar düzeyi %23,7 olduğu, Bulgaristan'ın %53,7 olduğu görülmüş olup, sağlık okuryazar düzeyi eksik ve iyileştirilmesi gereken ülkeler

olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazar düzeyi iyi ve iyinin üzerinde olan ülkelere ise, Polonya %42,2 ile ardından İspanya'nın takip ettiği görülmektedir. İspanya'nın ise, %36,9 olduğu görülmüştür (Yılmazel ve Çetinkaya,2016: 70-71). Sağlık okuryazarlığı hakkında yapılan çalışmalarda 8 tane Avrupa ülkelerinde sağlık okuryazar seviyeleri araştırılmış olup, ülke içinde bir kesimin sağlık okuryazar düzeylerinin yüksek bazı kesimin de sağlık okuryazar düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Avrupa ülkelerinde yapılan sağlık okuryazarlığı konusunda çalışma sonuçlarında, %12'lik kesimin sağlık okuryazar düzeyinin düşüklüğü, %35'lik kesimin sorunlu olduğu neticesine varılmıştır. Yine araştırmanın nedenleri incelendiğinde problemlerin; göç etme, eğitim ve ücret seviyelerin yetersiz olması, azınlıkta kalan kesimlerdeki insanların olması, kronik rahatsızlığı olan bireylerin ve ileri yaşta olan kişilerin olması neden olduğu görülmüştür (Bilir, 2014: 64).

Katalonya özerk bölgesinde yapılmış diğer çalışmaya baktığımızda 2344 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen çalışma sonucuna göre, %84,6 oranıyla sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyi seviyede çıkmıştır. Bunun yanında tam tersi sağlık okuryazar düzeyinin düşük çıktığı ülkede yapılan bir araştırma sonucu şöyle çıkmıştır. Asya'da öğrenciler üzerinde yapılmış başka bir çalışmaya göre, 224 kişi katılımlı çalışmanın sonucunda tüm katılımcıların sağlık okuryazar seviyeleri %93 oranında düşük çıktığı görülmüş olup, Asya'daki öğrenciler için sağlık okuryazar düzeyi konusunda iyileştirme çalışmalarına ihtiyaç olduğu görülmektedir (Yorulmaz ve Sezer, 2021: 338).

1.11. COVID-19 Salgını ve Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Dünyaya yayılan Coronavirüs salgını, ilk çıkış tarihi 1 Aralık 2019 olduğu görülmüştür. Çıkış yerine baktığımızda Çin devletinin Vuhan Eyaleti olduğu görülmüştür. İnsanlarda yaygın birtakım şikayetlere neden olmuştur. Coronavirüsün üst solunum yolu ile bulaşarak yayıldığı görülmüştür. Ortaya çıkan belirtileri hastaların; ateşlenmesi, nefes alıp verirken solunum sıkıntısı, öksürük, eklem ağrıları gibi şikayetler ortaya çıkararak insanların enfekte olmasına neden olmuştur. Üst solunum yolları hastalıkları, kapalı ortamlarda havada asılı kalması nedeniyle yayılım çok hızlı gerçekleşmiştir. Çıkış yeri Çin olduğu yayılarak dünyanın her yerinde görülmesine neden olmuştur (Balcı ve Çetin, 2020: 41).

Günümüzde yayılan salgın virüsü olan SARS-COV-2 enfeksiyonunun neden olduğu yeni Coronavirüs hastalığı (COVID-19) virüsü yayılımı ülkelere bulaşan virüsün toplam 9,6 milyon kişiye bulaştığı ve bulaş sonrası enfekte olup, yaşamını yitiren kişi sayısı 490 binlerde olduğu görülmüştür (Pala, 2020: 21). Dünya Sağlık Örgütü dayanak belgelerine göre yayınlanan bilgiler ışığında salgının pandemi olduğunu ilan etmiştir. Hala mevcut salgın MERS vakaları şeklinde devam ettiği görülmektedir (Er ve Ünal, 2020: 2).

Pandeminin yayılış seyri sırasında bireylerin gidişatı anlamlandırma çabaları gözle görünür hale gelmiştir. Pandemi sırasında toplumun yeni tedbir kurallarına uyabilmesi için sağlık okuryazarlık seviyeleri, bilgileri ve inançları pandeminin seyrini değiştirmiştir. Salgının iki yıla yayılmasından da anlaşılır hale gelen sağlık okuryazar düzeyi toplumda yeterli seviyelerde olmadığına kanıtı olmuştur. Toplumu ilgilendiren durumlarda halk sağlığı ön plana çıkmaktadır. Halk sağlığının ilk adım atması gereken konulardan birinin toplumun sağlık okuryazar düzeyinin yükseltilmesi pandemiden ziyade her daim gündemde iyileştirilmesi gereken kriterler olduğu görülmüştür. Ancak hak ettiği değeri görememiş olup, göz ardı edilmektedir. Pandemi enfeksiyon kontrol tedbirlerinin uyulmaması, salgının uzaması, geliştirilen aşılarla rağbet edilmemesi gibi tepkiler sağlık okuryazarlığının yetersizliğini ortaya koymaktadır (Can, 2020: 85). Ülkemizde yapılan çalışmalar neticesinde yaşlı bireylerin komplike olan kronik hastalıklarının mevcut olduğu buna bağlı olarak akciğer iltihabı ile birlikte Covid-19 kaynaklı ölümlerinin hızlı artışlar olduğunun kanıtını ortaya çıkarmıştır (Çölgeçen, 2020: 156).

1.12. Dünya Sağlık Örgütü'nün Covid-19 Salgınına Karşı Aldığı Stratejik Kararları

Dünyaya bir anda yayılan Aralık 2019 yılı tarihli Coronavirüs pandemisi ile insanların yaşamlarında köklü değişikliklere gidilmiştir. Dünyada yaşanan salgının seyrini kısaltabilmek için birtakım önlemler alınmıştır. İşte alınan tedbirlere uyumun gerçekleşebilmesi için sağlık okuryazar düzeyi ve yetisi her şeyden çok daha önemli olduğu görülmüştür (Akran, 2021: 143). Salgın boyunca alınan kısıtlamalar yoğun emek ve kısıtlı sağlık hizmetini destekleyebilmek için sokağa çıkma kısıtlamalar, bireyler arası kapalı alanlarda yakın temas gibi önlemlere

başvurulmuştur (Akbal ve Gökler, 2020: 151). Dünya Sağlık Örgütü pandemi önlem planları çerçevesinde hasta ile teması en aza indirebilmek ve en kolay şekilde hastaların sağlığı kazandırabilmek için dijital sağlık hizmetleri ön planda tutmuştur. Dijital sağlık ile pandeminin ulaşılabileceğini öngörmüştür. Bunun hayata entegre edilmiş sisteminin en güzel örneğini Teletıp ile ortaya koymuştur (Ekinci vd., 2021: 150-151).

Ülkemizde de uygulanmaya konan Teletıp uygulamasının yanında, hastaların PCR sonuçlarını ve izolasyon tedbirlerine uyup uymadıklarını kontrol edebilmek amacıyla Hayat Eve Sığar, E-Nabız ve E-Devlet gibi anında hasta sonuçların görüldüğü izolasyonu ihlal edip, etmediği anında kullanıcılar tarafından takip edilmiştir. Bunlar hasta ve sağlık hizmet sunucularının dijital konumda da hizmet sunumunda tedbirlerin anlaşılabilirliği için sağlık okuryazarlığını ön plana çıkarmıştır (Üstündağ, 2021: 38).

1.13. Dünya Sağlık Örgütünün Covid-19 Salgınına Alacağı Önlemler ve Sağlık Okuryazarlığı İçin Yapılacak Planlar

2020 Mart ayında tüm dünyada ilan edilen pandemi nedeniyle acil ve hızlı bir şekilde Dünya Sağlık Örgütü salgının gidişatı için birtakım önlemler almıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından alınan önlemler aşağıda sıralanmıştır.

- Salgının gidişatının kontrolü her ülke kendi çabasına bağlıdır.
- Tüm dünyada alınan önlemler ülkelere göre katı şekilde uygulanmaya konmak yerine, kişi haklarına saygılı olacak şekilde, hayati yaşam kısıtlamalarıyla en az mağduriyet oluşturacak şekilde düzenlenmelidir.
- Her ülkenin kaynakları kısıtlamaları uygulamaya koyacak düzeyde olmayacağı, kısıtlamaları yerine getirebilmek için diğer ülkelerden destek ihtiyacı olabilecektir.
- Olabilecek salgınlar konusunda tüm dünyanın öngörülleri hazırlanmalı ve eksiklikleri giderilmelidir.
- Alınan kısıtlamalar hakkında ülkedeki bireylerin haberdar edilmesi gerekmektedir.
- Bulaş gerçekleşen her bireyin izolasyon, muayene ve takipleri yapılmalıdır.

- Sağlık hizmeti sunan kurumlar salgına uygun hizmet sunabilecek hale getirilmelidir.
- Sağlık hizmetini sunacak kurumlarda görev yapacak personel salgın tedbirleri anlatılarak, alacakları önlemler iletilmelidir (Bulut, 2020: 7).

Pandemi nedeniyle dünyanın almış olduğu önlemler ve haber programları tarafından bireylere iletilen tedbirler ve yaşanan ölümler büyük bir paniğe, kaygıya veya yok sayma gibi tepkilere neden olmuştur. Sorun ölümleri de beraberinde getirmesi nedeniyle halka iletilirken halkın anlayabileceği şekilde ve eleştirel sağlık okuryazarlığıyla beraber yaşanabilecek olumsuzluklar öngörülerek halkın uygun tepki vermeye yönlendirilmelidir (Demiray vd., 2021: 2).

1.14. Dünya Sağlık Örgütü'nün Aldığı Kararlara Toplumun Sağlık Okuryazarlığı Hassasiyeti

Yapılan araştırmalar toplumların sağlık okuryazarlığının düşük olduğunu ortaya koymuştur. Her zamankinden önemli hale gelen salgınlarla birlikte alınan tedbirlerin bir an önce halk tarafından anlaşılacak uyum beklenmektedir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de filyasyon, toplum bağışıklığı gibi terimlerle sık sık halk uyarılmaya çalışılmıştır. Yaşanan panik havasında insanlar tedbirleri anlayamadıkları, panik ortamının olduğu ve yapılması gerekenlerin yerine getirilmediği için salgının iki yıla yayılarak, varyantların gibi giderek değişerek farklı semptomların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Toplum bu tedbirlerin salgının seyrini değiştirerek kısaltılacağını anlamadığı görüldü. Ön plana çıkan tedbirlerden bazıları, güvenlik önlemleri, kapalı alanlarda maskesiz dolaşılması, kapalı alanların sık sık hava sirkülasyonun sağlanması, toplu kapalı ortamlarda bir arada uzun süre kalınmaması gibi önlemler uygulanmaya konmuş olsa da halkın uygulamalara riayet etmediği görülmüştür (Akbal ve Gökler, 2020: 151).

1.15. Dünya Sağlık Örgütü'nün Yeni Salgınlara Karşı Yapılacaklar ve Sağlık Okuryazarlığı

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık hizmeti sunan görevliler tarafından toplumda bir takım alınan önlemlerin toplumda uygulanması için iletilmesi gereken birtakım tavsiyelerde bulunmuştur. Bunlar:

- Sağlık hizmeti sunan personelin solunum hastalıkları tanısı ve tedavisi hakkında yeterli eğitim seviyesine sahip olmaları,
- Kişisel koruyucu ekipmanların hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları için ulaşılabilir ve ihtiyacı karşılar durumda olması,
- Sağlık hizmeti sunan personelin beden sağlığı yanında ruh/psikososyal sağlığı için ihtiyaca istinaden destek sunulması,
- Sağlık hizmet sunumu esnasında sürveyans sisteminin kurularak, hastaların takibinin yapılması,
- Sağlık hizmeti sunarken birtakım eksikliklerin olabileceği öngörölmesi (Saatçı, 2020: 164).

Pandemi her ne kadar kontrol altına alınsa da günümüzde de etkileri ve gelişebilecek yan etkiler nedeniyle önemi ilk günkü gibi etkisini hissettirmektedir. Bu nedenle önemle hassasiyetle yaklaşmak gerekmektedir. Halk sağlığı gibi koruyucu ve tekrarının önlenmesi amacıyla önleyici tedbirlerin uygulanabilmesi için sağlık okuryazarlığının artırılması için gerekli eksikliklerin tespit edilerek temelli ihtiyaçların yürürlüğe konulmasına ihtiyaç olduğu görölmektedir (Türkoğlu ve Yılmaz, 2021: 26).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE ÖĞRETMENLERİN SAĞLIK OKURYAZAR DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Bu bölümde araştırmanın amacı, kapsamı ve sınırları, araştırma boyunca kullanılan yöntemler, araştırma ölçeğinin güvenilirlik analizleri, evren örnekleme, araştırma sonucunda elde edilen veriler ve bu verilerin istatistiksel analizine değinilmiştir. Bölümün sonunda bulgulara ve yorumlara yer verilmiştir. Bu tez çalışmasında çalışan sağlıkçılara ve öğretmenlere uygulanan anketler ile toplumun sağlık okuryazar düzeylerinin ölçülmesi planlanmıştır.

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu yüksek lisans tezinin temel amacı, toplumun sağlık okuryazar düzeyi ölçülmesi amaçlanmıştır. Bunun için okuryazar düzeyi yüksek ve birbirine yakın iki grup seçilmesine özen gösterilmiştir. Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi birçok etkenden oluşmaktadır. En önemli etkenler; Tedavi ve hizmet, Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi, Bilgiye ulaşma, Bilgiyi anlama, Bilgiyi değerlendirme, Bilgiyi kullanmadır. Bu etkenler sağlık okuryazar düzeyini belirleyebilmek için, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence ve gelir durumuna göre şekillenmektedir. Tüm bu bileşenler ile sağlık okuryazar düzeyinin ne durumda olduğu ve neler yapılması gerektiği sorucu incelenerek, analiz edilmeye çalışılmıştır.

2.1.1. Araştırmanın Dâhil Olma Kriterleri

1. Sağlık personeli ve öğretmen olarak çalışmak.
2. Gönüllü olmak.
3. 18-60 yaş aralığında olmak.

2.1.2. Araştırmanın Dışlama Kriterleri

Sağlık çalışanlarında Temizlik personeli, Güvenlik personeli pozisyonunda çalışanlar araştırmaya katılmamıştır.

2.2. Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtları

Araştırmaya cevap veren sağlık çalışanları ve öğretmenlerin, ölçme araçlarındaki sorulara yanıt verirken gerçek duygu ve düşüncelerini yansıttıkları varsayılmıştır. Araştırmaya katılan çalışanların ankete istekle yanıt verdiği ve anketi doğru ve tam olacak şekilde yanıtladıkları varsayılmıştır. Katılımcıların soruları yanıtlarken kelimelerin gerçek manasıyla anladıkları kabul edilmiştir. Ortaya çıkabilecek kavramsal sanrılar dikkate alınmamıştır. Araştırma; sağlık çalışanları için Bursa ilinde tek bir kamu hastane ile ve öğretmenler için Bursa ilindeki okullar ile sınırlı tutulmuştur. Başka bir kısıt ise, araştırma sadece kamu kurumlarında yapılmış olup, özel kurumlar ile karşılaştırma yapılmamış olmasıdır.

2.3. Problem Cümlesi ve Hipotezler

2.3.1. Problem Cümlesi

Sağlık çalışanları ile öğretmenlerin sağlık okuryazar düzeyi arasında fark var mıdır?

2.3.2. Hipotezler

Polat (2023) öğrenciler üzerinde yapılan araştırma makale çalışmasında, sosyodemografik özelliklerin anlamlı farklılıklar olup olmadığı test edildiği görülmüştür. Akyol vd. (2023) araştırma makalesinde, Araştırmaya katılan bakım verenlerin %34.2'sinin yeterli ve mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur. Bakım veren bireylerin genel sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının, çalışma ve eğitim durumlarının sağlık okuryazarlık düzeyleri üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturduğu ($p<0.05$) bulunmuştur yine yapacağımız çalışmanın denek grupların hipotezlerine ışık tutmaktadır. Öğrencilerin üzerinde yapılmış çalışma ise bize denek gruplar üzerinde sağlık okuryazarlığı arttıkça ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp bilgi düzeyi de orta düzeyde pozitif yönde artmasında etkili olduğunu ortaya koymuştur (Buran ve Kaçan, 2023: 118). Sağlık okuryazar düzeyi artması için eğitimcilerin ve bunu uygulayan sağlık çalışanların sağlık okuryazar düzeyi hakkında araştırma hipotezleri ile bulgularda bize yol gösterecektir.

Data setindeki verilerin değişkenlere bağlı olarak inceleyebilmek ve verilerde herhangi bir kayıp, eksiklik söz konusu olması hususunu ortaya çıkarmaktadır. Eksiklik olmayanlar ile kıyas yaparak arasında anlamlı bir nüansın varlığını ortaya çıkarmaktadır. Bu nüansın anlamlı ve nüans farklılığının test edilmesine yardımcı olan “t testi” kullanılarak yapılabilir. Anlamlı ele alınan nüansların tesadüfü olarak ele alınmadığı yani eksik veri olmadığını da ortaya koymaktadır (Köse ve Öztemur, 2014: 402). Birden fazla grubu karşılaştırabilmek ve gruplar içindeki ortalamaları farkları ortaya koyabilmek için ANOVA yöntemi kullanılmaktadır (Kim, 2014: 74). Tüm bu nedenlerle araştırmanın bu kısmında araştırmanın amacına uygun olarak kurulan aşağıdaki hipotezlerin incelenmesinde 2’li grupların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem **t-testi** ve 2’den fazla grupların karşılaştırılmasında tek yönlü **Anova** analizi yapılmıştır.

- H₁:** Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir.
- H₂:** Katılımcıların sağlık okuryazarlığı cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.
- H₃:** Katılımcıların sağlık okuryazarlığı medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.
- H₄:** Katılımcıların sağlık okuryazarlığı sosyal güvencelerine göre farklılık göstermektedir.
- H₅:** Katılımcıların sağlık okuryazarlığı branşlarına (mesleklerin) göre farklılık göstermektedir.
- H₆:** Katılımcıların sağlık okuryazarlığı eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.
- H₇:** Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ailenin gelir gider oranına göre farklılık göstermektedir.
- H₈:** Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2.4. Araştırmanın Örneklemi

Sağlık çalışanları ile öğretmenlerin sağlık okuryazar düzeylerinin karşılaştırılması üzerine gerçekleştirilen araştırma kapsamında ele alınan konuların gözlemlenebileceği ve araştırmadaki değişkenlerin ölçümlenebileceği uygun bir örneklem tespit edilmesi, araştırma kapsamında elde edilen bulguların anlamlılığı bakımından oldukça önemli görülmüş ve bu anlamda çalışmanın en uygun örneklem üzerinde yapılması hedeflenmiştir (Doğan, 2017: 209).

Bu amaç doğrultusunda çalışmanın evreni sağlık çalışanları ve öğretmenlerden oluşmasına karar verilmiştir. Araştırmanın evrenini, oluşturan sağlık çalışanlarının tamamına ulaşmak zor olduğundan Bursa ilinde bir kamu hastanesi evren olarak alınmış dolayısı kamu hastanesinde toplam 3.000 sağlık çalışanı bulunmakta olup, rastgele seçim yapılması nedeniyle basit tesadüfi örneklem seçilmiştir. Çalışmaya katılan personel tesadüfi ve gönüllü olarak ankete katılım göstermiştir (Saygı, 2021: 109).

Bahse konu bu araştırma evreninden %95'lik güvenilirlik sınırları içerisinde, %5'lik bir hata payı oranı öngörülerek seçildiğinde örneklem büyüklüğü sağlık çalışanları için örneklem belirlenmesinde evreni bilinen örneklem hacmi formülü ile hesaplanmış ve örneklem sayısı 341 olarak bulunmuştur. Hesaplama aşağıda verilmiştir.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q} \quad (\text{Kaya, 2023: 48}).$$

N: Evrendeki birey sayısı (3000)

n: Örneklem alınacak birey sayısı (?)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı(olasılığı) (0,50)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) (0,50)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05) (Ayaz vd., 2014: 62).

Değerler yerine yazıldığında;

$$\frac{3000 * 1,96^2 * 0,50 * 0,50}{0,05^2(3000 - 1) + 1,96^2 * 0,50 * 0,50} = 341$$

Araştırmanın 2. kısmı için evrenini, öğretmenlerin tamamına ulaşmak zor olduğundan araştırmacı tarafından Bursa ilindeki kamu okulları aynı özelliği gösteren grupların ele alınmasını yansıtan tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilmiş olup okullarda görev yapan personel 41.638 olduğu belirlenmiştir (Karagölle vd., 2011: 314). Bahse konu bu araştırma evreninden %95'lik güvenilirlik sınırları içerisinde, %5'lik bir hata payı oranı öngörülerek seçildiğinde örneklem büyüklüğü okul çalışanları için örneklemin belirlenmesinde evreni bilinen örneklem hacmi formülü ile hesaplanmış ve örneklem sayısı 381 olarak bulunmuştur. Hesaplama aşağıda verilmiştir.

$$n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2(N-1)+t^2.p.q} \text{ (Kaya, 2023: 48).}$$

N: Evrendeki birey sayısı (41.638)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı (?)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı(olasılığı) (0,50)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı(1-p) (0,50)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05) (Ayaz vd., 2014: 62).

Değerler yerine yazıldığında;

$$\frac{41.638 * 1,96^2 * 0,50 * 0,50}{0,05^2(41.638 - 1) + 1,96^2 * 0,50 * 0,50} = 381$$

Araştırmanın anket bölümünü Hastane ve Okullarda görev yapmakta olan çalışanlar oluşturmaktadır. Hastanede görev yapmakta olan: Doktor, eczacı, psikolog, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, anestezi teknisyeni ve tıbbi sekreterlerin katılım sağladığı 417 kişiden oluşmaktadır. Aynı zamanda Okullarda görev yapmakta olan: Türkçe, Matematik, Tarih, Coğrafya, Edebiyat, Sınıf, Beden Eğitimi, Fen ve Teknoloji, İngilizce ve Fizik Öğretmenlerinin katılım sağladığı 390 kişiden oluşmaktadır.

2.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Toplumun sağlık okuryazar düzeyini ölçebilmek için ele aldığımız Sağlık çalışanları ve öğretmenlere yönelik anket uygulaması yöntemi kullanılmıştır. Bu uygulama, Cumhuriyet Üniversitesi Lisans Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması üzerine 2019 yılında Dr. Tuğçe BAYAZİT tarafından uzmanlık tezi çalışmasından yararlanılarak uygulanmıştır (Bayazit, 2019: 45). Aynı zamanda Cumhuriyet Üniversitesi Lisans Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması üzerine 2019 yılında Dr. Tuğçe BAYAZİT tarafından yayınlanan araştırma makalesinde de detaylı olarak bahsedildiği görülmektedir (Bayazit ve Sümer, 2019: 36). Anket, 01 Kasım 2022 - 31 Ocak 2023 tarihleri arasında, Kamu Hastanelerinde sağlık yüksekokulu, lisans ve lisansüstü 417 katılımcı ve Kamu Eğitim kurumlarında görev yapmakta olan 390 öğretmene yöneltilerek yapılmıştır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği TSOY-32: Toplumdaki bireylerin on beş yaşını dolduran ve daha büyük olan bireyler üzerinde sağlık okuryazar düzeylerini belirleyebilmek için ölçüm yapılması üzerine çalışılmış bir kendi iletimi şeklinde oluşturulmuş ölçektir. Bu ölçek, 2019 ile 2012 yılları arasındaki zaman diliminde HLS-EU şirketler birliğinin Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesine istinaden çalışılmış ve SOY ölçeği ile Avrupa Birliği (SOYA-AB) baz alınmış olup, Bakanlığımız Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğümüz destekleriyle Daire Başkanlığı ile Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na revize edilerek kazandırılmıştır (Şimşek, 2019: 45).

Anketin birinci bölümünde, yer alan bilgi formu 7 adet demografik soru ve anketin ikinci bölümünde Türkiye Sağlık Okuryazarlığı TSOY-32 ölçeği, aslında üç, değiştirilmiş halinde ise iki temel boyut ele alınarak, 2X4'lük bir matrise göre revize edilmiştir. Bu haline göre ölçek, iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olacak şekilde komple sekiz bileşenden oluştuğu görülmektedir (Ceylan, 2020: 119). Bu bileşenlere denk gelen madde numaraları Tablo 1.de gösterilmiştir. İki bölümden oluşan 32 ölçek ve 7 adet demografik soru olmak üzere

39 adet anket soruları deneklere mail ve internet yolu ile çevrimiçi ve yüz yüze olacak şekilde çalışan yetişkin katılımcılara yöneltilmiştir.

Tablo 1. TSOY-32'nin 2x4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları

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

2.6. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen bulgular **SPSS** programı ile analiz edilmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımlarının belirlenmesinde frekans ve yüzde analizinin yanı sıra araştırmada kullanılan ölçeğe ait katılımcıların düzeylerinin belirlenmesinde ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

2.7. Anketin Güvenilirlik Analizi

Yapılan araştırma sonucunda verilerin analizinde seçilen ölçeğin güvenilirliğini test edebilmek için en çok kullanılan yöntem Cronbach's Alpha (α) katsayısından faydalanılmaktadır. Cronbach bir değişkenden tesadüfi olarak indikatörlerin birbiriyle alakası incelenmekte olup, bu indikatörlerin korelasyonlarını ortaya çıkarabilmek için araştırmalarda kullanılabileceğini gösteren kavramdır (Cronbach, 1951: 297).

Cronbach's Alpha (α) katsayısı 0 ile 1 arasında ise kullanılan ölçeğin güvenilirliğini ortaya koymaktadır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin güvenilir olarak ele alınabilmesi için azami rakam 0.7 kabul edilmektedir. Güvenilirlik bu limidin üzerindeki değerler için kabul görmektedir. 0 ve 1 arasında ise 1'e ne kadar yakın bir değer elde edilirse yapılan çalışmanın da o kadar literatürde daha baskın ve yüksek değere sahip olmaktadır. Tam tersi düşük sonuca sahip veri ile

karşılaşılması durumunda güvensizlik ve ölçekler arasında eşleşmenin uyumlu olmadığı görülmektedir. Uyumu ve güveni yakabilmek için uyumsuz olan değerlerin yorumlardan dışlanarak güvenin sağlanması yoluna gidilmelidir (Baskındağı ve Altındağ, 2022: 137).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği TSOY-32 güvenilirliklerinin incelenmesi için cronbach's alpha güvenilirlik analizi yapılmış ve tüm ölçüm araçlarına ait güvenilirlik düzeylerinin 0.70'in üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 2.). Araştırmanın amacına uygun olarak kurulan hipotez ve alt problemlerin test edilmesinde istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde test edilmiş olup değişkenler arasındaki ilişkinin verilerin dağılımının normal olması nedeniyle pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Aynı zamanda ölçümlere göre ikili gruplar arasındaki farkın belirlenmesinde bağımsız örneklem t-testi ikiden fazla gruplar için tek yönlü Anova testi yapılmıştır.

Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçlarının Bu Çalışmaya Ait Güvenirlik Düzeyleri

Ölçüm	Grup	Cronbach's Alpha
Sağlık Okuryazarlığı Genel	Öğretmen	0,960
	Sağlık Çalışanları	0,949
Tedavi ve hizmet	Öğretmen	0,918
	Sağlık Çalışanları	0,900
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Öğretmen	0,945
	Sağlık Çalışanları	0,919
Bilgiye Ulaşma	Öğretmen	0,868
	Sağlık Çalışanları	0,849
Bilgiyi Anlama	Öğretmen	0,868
	Sağlık Çalışanları	0,872
Bilgiyi Değerlendirme	Öğretmen	0,871
	Sağlık Çalışanları	0,849
Bilgiyi Kullanma	Öğretmen	0,843
	Sağlık Çalışanları	

2.8. Çalışmanın Bulguları

Araştırmanın bu kısmında araştırma sonucunda ulaşılan veriler hakkında araştırma sorusuna yönelik yaklaşımlar ve denek çalışan katılımcıların verdikleri cevaplar neticesinde elde edilen verilerin bulgulara değinilmiştir. Araştırma neticesinde elde edilen bulgular hakkında açıklamalar ve analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

2.8.1. Demografik Bulgular

Araştırmanın demografik özelliklerine ait bulgular Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Demografik Bulgular

Demografik	Grup	Öğretmen		Sağlık Çalışanları		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Erkek	142	36,4	118	28,3	260	32,2
	Kadın	248	63,6	299	71,7	547	67,8
Medeni Durum	Evli	309	79,2	227	54,4	536	66,4
	Bekar	81	20,8	190	45,6	271	33,6
Meslek	Sınıf Eğitimi Öğretmenliği	91	23,3	0	0,0	91	11,3
	Matematik Öğretmenliği	33	8,5	0	0,0	33	4,1
	İngilizce Öğretmenliği	24	6,2	0	0,0	24	3,0
	Edebiyat Öğretmenliği	21	5,4	0	0,0	21	2,6
	Biyoloji Öğretmenliği	20	5,1	0	0,0	20	2,5
	Hemşire	0	0,0	109	26,1	109	13,5
	Doktor	0	0,0	58	13,9	58	7,2
	Veri Kayıt personeli	0	0,0	56	13,4	56	6,9
	Tıbbi Sekreter	0	0,0	55	13,2	55	6,8
	Ebe	0	0,0	26	6,2	26	3,2
	Diğer	201	51,5	113	27,1	314	38,9
Eğitim Durumu	Lisans	330	84,6	258	61,9	588	72,9
	Yüksek lisans mezunu	60	15,4	48	11,5	108	13,4
Sosyal Güvence	Emekli Sandığı	248	63,6	126	30,2	374	46,3
	SGK	142	36,4	291	69,8	433	53,7
Gelir Gider Oranı	Gelir giderden az	126	32,3	114	27,3	240	29,7
	Gelir gidere denk	185	47,4	205	49,2	390	48,3
	Gelir giderden fazla	79	20,3	98	23,5	177	21,9
Toplam		390	100	417	100	807	100
Yaş		40,04±8,68		36,65±7,81		38,29±8,41	

Araştırma kapsamında toplan 807 katılımcıya ulaşılmış olup katılımcıların %48.3'ünün öğretmen (n=390), %51.7'sinin sağlık çalışanı (n=417) olduğu belirlenmiştir. Öğretmenlerin yaş ortalamasının 40.04 ± 8.68 olduğu, %36.4'ünün erkek (n=142), %63.6'sının kadın (n=248) olduğu belirlenirken öğretmenlerin çoğunlukla evli olduğu (%79.2, n=309), sınıf öğretmeni (%23.3, n=91) ve diğer branşlarda (%51.5, n=201), lisans mezunu (%84.6, n=330), emekli sandığı sosyal güvenceleri olduğu (%63.6, n=248) ve aile gelirlerinin giderlerine denk olduğu (%47.4, n=185) belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının 36.65 ± 7.81 olduğu, %28.3'ünün erkek (n=118), %71.7'sinin kadın (n=299) olduğu belirlenirken sağlık çalışanlarının çoğunlukla evli olduğu (%54.4, n=227), hemşire (%26.1, n=109), lisans mezunu (%61.9, n=258), SGK sosyal güvenceleri olduğu (%69.8, n=291) ve aile gelirlerinin giderlerine denk olduğu (%49.2, n=205) belirlenmiştir.

2.8.2. Verilerin Dağılımı ve Betimsel Bulgulara Ait Sonuçlar

Araştırmanın bu kısmında araştırma sonucunda elde edilen veriler aracılığı ile araştırmanın betimsel bulgularına ve verilerin dağılımına ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4. Verilerin Dağılımı

Grup	Ölçümler	Merkezi Eğilim Ölçüleri		Basıklık-Çarpıklık	
		Ort.	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
Öğretmen	Genel Sağlık Okuryazarlığı	33,15	32,81	-0,120	-0,202
	Tedavi ve hizmet	33,79	33,33	-0,080	-0,248
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	32,47	32,29	-0,337	0,203
	Bilgiye ulaşma	34,76	33,33	-0,285	-0,054
	Bilgiyi anlama	34,82	33,33	-0,334	0,111
	Bilgiyi değerlendirme	30,81	31,25	-0,197	-0,026
	Bilgiyi kullanma	32,09	31,25	-0,053	-0,369
Sağlık Çalışanı	Genel Sağlık Okuryazarlığı	34,23	33,33	0,102	-0,337
	Tedavi ve hizmet	35,92	34,38	-0,010	-0,591
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	32,53	32,29	0,029	-0,091
	Bilgiye ulaşma	36,73	35,42	-0,193	-0,211
	Bilgiyi anlama	36,72	35,42	-0,067	-0,674
	Bilgiyi değerlendirme	31,27	31,25	-0,170	0,247
	Bilgiyi kullanma	32,17	31,25	0,031	-0,145

Normal dağılım analizi sonucunda incelenen merkezi eğilim ölçümlerinden ortalama-medyanın birbirine yakınlığı ve basıklık ile çarpıklığın ± 2 arasında olması nedeniyle elde edilen verilerin normal dağılımdan geldiği belirlenmiştir (Özdemir 2019: 16). Aynı zamanda araştırmaya dahil olan katılımcı sayısı yeterli olduğu için ($n \geq 30$) merkezi limit teoreminden hareketle istatistiksel açıdan daha güçlü olan parametrik yöntemlere başvurulmuştur (Ghasemi ve Zahediasl, 2012: 487).

Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığına Ait Betimsel Bulgular

Grup	Ölçümler	Ort.	s.s
Öğretmen	Genel Sağlık Okuryazarlığı	33,15	9,07
	Tedavi ve hizmet	33,79	8,86
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	32,47	10,25
	Bilgiye ulaşma	34,76	9,14
	Bilgiyi anlama	34,82	9,30
	Bilgiyi değerlendirme	30,81	10,30
	Bilgiyi kullanma	32,09	9,88
Sağlık Çalışanı	Genel Sağlık Okuryazarlığı	34,23	8,28
	Tedavi ve hizmet	35,92	8,13
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	32,53	9,23
	Bilgiye ulaşma	36,73	8,44
	Bilgiyi anlama	36,72	8,66
	Bilgiyi değerlendirme	31,27	10,39
	Bilgiyi kullanma	32,17	8,97

Türkiye Sağlık okuryazarlığı TSOY-32 ölçek sonucunu analiz edebilmek için eldeki veriler indeks sonuçlarının dört grup sınıfa göre yorumlandığı görülmektedir. Bunlar:

0 ile 25 puan arası yetersiz olduğu,

25 ile 33 puan arası sorunlu – sınırlı olduğu,

33 ile 42 puan arası yeterli olduğu,

42 ile 50 puan arasında ise mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu şeklinde yorumlanabilmektedir (Gök vd., 2022: 411). Ölçeğin güvenilirlik ile ilgili analizlerinde “Fikrim yok” yanıtları değerlendirme dışı bırakılmıştır (Bayazit, 2019: 36).

Yukarıdaki bilgiler ışığında, öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin 33.15 ± 9.07 puanla sınırlı düzeyde olduğu belirlenirken sağlık çalışanların ise 34.23 ± 8.28 puanla yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı olduğu belirlenmiştir.

Öğretmenlerin en yüksek sağlık okuryazarlığına sahip oldukları faktörün 34.82 ± 9.14 ile bilgiye anlama faktörü olduğu belirlenirken sağlık çalışanlarında ise 36.73 ± 8.44 ile bilgiye ulaşma faktörü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6. Meslek Grubu İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Sağlık Okuryazarlığı	Meslek Grubu	Sayı(n)	Ortama ($\bar{x}$)	s.s	t	p
Genel Sağlık Okuryazarlığı	Öğretmen	390	33,15	9,07	-1,760	0,079
	Sağlık Çalışanları	417	34,23	8,28		
Tedavi ve hizmet	Öğretmen	390	33,79	8,86	-3,552	0,001*
	Sağlık Çalışanları	417	35,92	8,13		
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Öğretmen	389	32,47	10,25	-0,094	0,925
	Sağlık Çalışanları	417	32,53	9,23		
Bilgiye ulaşma	Öğretmen	389	34,76	9,14	-3,192	0,001*
	Sağlık Çalışanları	417	36,73	8,44		
Bilgiyi anlama	Öğretmen	389	34,82	9,30	-3,008	0,003*
	Sağlık Çalışanları	417	36,72	8,66		
Bilgiyi değerlendirme	Öğretmen	389	30,81	10,30	-0,628	0,530
	Sağlık Çalışanları	417	31,27	10,39		
Bilgiyi kullanma	Öğretmen	390	32,09	9,88	-0,123	0,902
	Sağlık Çalışanları	417	32,17	8,97		

*p<0.05;t:Bağımsız Örneklem t-testi

Araştırmaya katılım sağlayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını bulgulamak amacı ile bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda meslek grubu ile sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin 'tedavi ve hizmet' alt faktörü arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($t=-3.552$; $p=0.001 < 0,05$). Ortalamalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının tedavi ve hizmet düzeyleri öğretmenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Meslek grubu ile bilgiye ulaşma alt faktörü arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($t=-3.192$; $p=0.001 <0,05$). Ortalamalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının bilgiye ulaşma düzeyleri öğretmenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Meslek grubu ile bilgiyi anlama alt faktörü arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($t=-3.008$; $p=0.003 <0,05$). Ortalamalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının bilgiyi anlama düzeyleri öğretmenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Öte yandan meslek grubu ile sağlık okuryazarlığı geneli ve diğer alt boyutları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar incelendiğinde araştırmanın H1 hipotezinin tedavi ve hizmet, bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlama boyutları özneline kabul edildiği belirlenmiştir.

Tablo 7. Cinsiyet İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Meslek Grubu	Sağlık Okuryazarlığı	Cinsiyet	Sayı (n)	Ortama ($\bar{x}$)	s.s	t	p
Öğretmen	Genel Sağlık Okuryazarlığı	Erkek	142	32,42	9,08	-1,199	0,231
		Kadın	248	33,57	9,05		
	Tedavi ve hizmet	Erkek	142	32,89	8,95	-1,515	0,130
		Kadın	248	34,31	8,79		
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Erkek	141	31,82	10,38	-0,936	0,350
		Kadın	248	32,84	10,18		
	Bilgiye ulaşma	Erkek	141	34,37	8,85	-0,639	0,523
		Kadın	248	34,98	9,31		
	Bilgiyi anlama	Erkek	141	33,20	9,30	-2,605	0,010*
		Kadın	248	35,74	9,19		
	Bilgiyi değerlendirme	Erkek	141	29,89	10,44	-1,324	0,186
		Kadın	248	31,33	10,21		
	Bilgiyi kullanma	Erkek	142	31,87	10,27	-0,332	0,740
		Kadın	248	32,21	9,66		
Sağlık Çalışanları	Genel Sağlık Okuryazarlığı	Erkek	118	34,17	8,39	-0,092	0,927
		Kadın	299	34,25	8,25		
	Tedavi ve hizmet	Erkek	118	35,81	8,68	-0,163	0,870
		Kadın	299	35,96	7,92		
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Erkek	118	32,52	9,11	-0,019	0,985
		Kadın	299	32,54	9,29		
	Bilgiye ulaşma	Erkek	118	36,55	8,69	-0,278	0,781
		Kadın	299	36,81	8,35		
	Bilgiyi anlama	Erkek	118	36,49	9,06	-0,336	0,737
		Kadın	299	36,81	8,51		
	Bilgiyi değerlendirme	Erkek	118	31,27	10,31	-0,002	0,998
		Kadın	299	31,27	10,44		
	Bilgiyi kullanma	Erkek	118	32,37	8,96	0,283	0,777
		Kadın	299	32,09	8,98		

*p<0.05;t:Bağımsız Örneklem t-testi

Araştırmaya katılım sağlayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile cinsiyet grupları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını bulgulamak amacı ile bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda öğretmenlerin cinsiyetleri ile sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin 'bilgiyi anlama' alt faktörü arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($t=-2.605$; $p=0.010 < 0,05$). Ortalamalar incelendiğinde kadın öğretmenlerin bilgiyi anlama düzeyleri erkek öğretmenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Öte yandan öğretmenlerin cinsiyetleri ile sağlık okuryazarlığı geneli ve diğer alt boyutları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık çalışanların cinsiyetleri ile sağlık okuryazarlığı geneli ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılaşma anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar incelendiğinde araştırmanın H2 hipotezinin bilgiyi anlama boyutları özelinde kabul edildiği belirlenmiştir.

Tablo 8. Medeni Durum İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Meslek Grubu	Sağlık Okuryazarlığı	Medeni Durum	Sayı (n)	Ortama ($\bar{x}$)	s.s	t	p
Öğretmen	Genel Sağlık Okuryazarlığı	Evli	309	33,26	9,27	0,464	0,643
		Bekar	81	32,73	8,30		
	Tedavi ve hizmet	Evli	309	33,89	9,02	0,412	0,681
		Bekar	81	33,43	8,30		
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Evli	308	32,58	10,49	0,423	0,672
		Bekar	81	32,04	9,32		
	Bilgiye ulaşma	Evli	308	34,85	9,44	0,381	0,703
		Bekar	81	34,41	7,95		
	Bilgiyi anlama	Evli	308	34,91	9,37	0,374	0,709
		Bekar	81	34,47	9,10		
	Bilgiyi değerlendirme	Evli	308	31,00	10,54	0,709	0,479
		Bekar	81	30,09	9,39		
	Bilgiyi kullanma	Evli	309	32,12	10,10	0,120	0,904
		Bekar	81	31,97	9,05		
Sağlık Çalışanları	Genel Sağlık Okuryazarlığı	Evli	227	34,73	8,03	1,373	0,170
		Bekar	190	33,62	8,56		
	Tedavi ve hizmet	Evli	227	36,61	7,96	1,913	0,056
		Bekar	190	35,09	8,28		
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Evli	227	32,86	8,86	0,786	0,432
		Bekar	190	32,15	9,66		
	Bilgiye ulaşma	Evli	227	37,31	8,17	1,527	0,127
		Bekar	190	36,05	8,72		
	Bilgiyi anlama	Evli	227	37,22	8,39	1,277	0,202
		Bekar	190	36,13	8,96		
	Bilgiyi değerlendirme	Evli	227	31,66	10,14	0,843	0,400
		Bekar	190	30,80	10,68		
	Bilgiyi kullanma	Evli	227	32,76	8,87	1,460	0,145
		Bekar	190	31,47	9,06		

t:Bağımsız Örneklem t-testi

Araştırmaya katılım sağlayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını bulgulamak amacı ile bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda öğretmenlerin ve sağlık çalışanların medeni durumları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri alt faktörleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar incelendiğinde araştırmanın H3 hipotezinin ret edildiği belirlenmiştir.

Tablo 9. Sosyal Güvence İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Meslek Grubu	Sağlık Okuryazarlığı	Sosyal Güvence	Sayı (n)	Ortama ($\bar{x}$)	s.s	t	p
Öğretmen	Genel Sağlık Okuryazarlığı	Emekli Sandığı	248	32,62	9,49	-1,527	0,127
		SGK	142	34,08	8,23		
	Tedavi ve hizmet	Emekli Sandığı	248	33,39	9,27	-1,199	0,231
		SGK	142	34,50	8,08		
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Emekli Sandığı	247	31,79	10,67	-1,724	0,085
		SGK	142	33,65	9,40		
	Bilgiye ulaşma	Emekli Sandığı	247	34,36	9,66	-1,125	0,261
		SGK	142	35,45	8,14		
	Bilgiyi anlama	Emekli Sandığı	247	34,13	9,55	-1,936	0,054
		SGK	142	36,02	8,76		
	Bilgiyi değerlendirme	Emekli Sandığı	247	30,28	10,84	-1,335	0,183
		SGK	142	31,73	9,26		
	Bilgiyi kullanma	Emekli Sandığı	248	31,50	10,08	-1,555	0,121
		SGK	142	33,11	9,46		
Sağlık Çalışanları	Genel Sağlık Okuryazarlığı	Emekli Sandığı	126	34,43	7,78	0,335	0,738
		SGK	291	34,14	8,50		
	Tedavi ve hizmet	Emekli Sandığı	126	35,81	8,04	-0,174	0,862
		SGK	291	35,96	8,19		
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Emekli Sandığı	126	33,05	8,48	0,753	0,452
		SGK	291	32,31	9,54		
	Bilgiye ulaşma	Emekli Sandığı	126	36,84	7,92	0,165	0,869
		SGK	291	36,69	8,66		
	Bilgiyi anlama	Emekli Sandığı	126	37,30	7,96	0,901	0,368
		SGK	291	36,47	8,94		
	Bilgiyi değerlendirme	Emekli Sandığı	126	31,48	9,81	0,274	0,784
		SGK	291	31,18	10,65		
	Bilgiyi kullanma	Emekli Sandığı	126	32,11	8,52	-0,089	0,929
		SGK	291	32,20	9,17		

*p<0.05; t:Bağımsız Örneklem t-testi

Araştırmaya katılım sağlayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sosyal güvenceleri arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını bulgulamak amacı ile bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda öğretmenlerin ve sağlık çalışanların sosyal güvenceleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri alt faktörleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuçlar araştırmanın H4. Hipotezinin ret edildiğini göstermektedir.

Tablo 10. Öğretmenlerin Branşları İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Ölçümler	Meslek	Sayı(n)	Ortalama	s.s	F	P
Genel Sağlık Okuryazarlığı	Sınıf Eğitimi Öğretmenliği	91	30,97	9,44	1,89	0,095
	Matematik Öğretmenliği	33	32,65	7,69		
	İngilizce Öğretmenliği	24	34,10	10,09		
	Edebiyat Öğretmenliği	21	34,69	8,88		
	Biyoloji Öğretmenliği	20	36,41	6,76		
	Diğer	201	33,62	9,09		
Tedavi ve hizmet	Sınıf Eğitimi Öğretmenliği	91	31,60	8,87	1,691	0,136
	Matematik Öğretmenliği	33	34,30	7,82		
	İngilizce Öğretmenliği	24	35,16	8,94		
	Edebiyat Öğretmenliği	21	33,90	9,98		
	Biyoloji Öğretmenliği	20	36,20	7,65		
	Diğer	201	34,29	8,92		
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Sınıf Eğitimi Öğretmenliği	91	30,36	10,74	2,014	0,076
	Matematik Öğretmenliği	33	31,04	9,56		
	İngilizce Öğretmenliği	24	33,03	11,67		
	Edebiyat Öğretmenliği	21	35,47	8,61		
	Biyoloji Öğretmenliği	20	36,61	7,21		
	Diğer	200	32,87	10,23		
Bilgiye ulaşma	Sınıf Eğitimi Öğretmenliği	91	32,60	9,60	1,85	0,102
	Matematik Öğretmenliği	33	34,66	6,98		
	İngilizce Öğretmenliği	24	36,24	10,84		
	Edebiyat Öğretmenliği	21	35,71	8,99		
	Biyoloji Öğretmenliği	20	38,23	7,13		
	Diğer	200	35,13	9,11		
Bilgiyi anlama	Sınıf Eğitimi Öğretmenliği	91	32,81	9,57	1,551	0,173
	Matematik Öğretmenliği	33	34,59	8,07		
	İngilizce Öğretmenliği	24	35,59	9,94		

	Edebiyat Öğretmenliği	21	36,61	9,85		
	Biyoloji Öğretmenliği	20	37,92	7,33		
	Diğer	200	35,18	9,34		
Bilgiyi değerlendirme	Sınıf Eğitimi Öğretmenliği	91	28,95	11,04	1,512	0,185
	Matematik Öğretmenliği	33	29,40	9,97		
	İngilizce Öğretmenliği	24	32,12	10,76		
	Edebiyat Öğretmenliği	21	32,81	9,51		
	Biyoloji Öğretmenliği	20	34,48	7,78		
	Diğer	200	31,16	10,18		
Bilgiyi kullanma	Sınıf Eğitimi Öğretmenliği	91	29,51	10,02	1,918	0,090
	Matematik Öğretmenliği	33	31,92	8,55		
	İngilizce Öğretmenliği	24	32,47	10,53		
	Edebiyat Öğretmenliği	21	33,63	9,87		
	Biyoloji Öğretmenliği	20	35,00	6,81		
	Diğer	201	32,78	10,07		
F: Tek Yönlü Anova Analizi						

Araştırmaya katılım sağlayan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile branşları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını bulgulamak amacı ile tek yönlü Anova testi analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda öğretmenlerin branşları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri alt faktörleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar incelendiğinde araştırmanın H5 hipotezinin öğretmenler özneline ret edildiği belirlenmiştir.

Tablo 11. Sağlık Çalışanlarının Branşları İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Ölçümler	Meslek	Sayı(n)	Ortalama	s.s	F	P	Scheffe
Genel Sağlık Okuryazarlığı	Hemşire	109	34,35	9,26	5,675	0,001*	b>c,d,e,f
	Doktor	58	39,20	7,79			
	Veri Kayıt personeli	56	32,56	7,92			
	Tıbbi Sekreter	55	33,75	7,72			
	Ebe	26	32,84	8,21			
	Diğer	113	32,93	7,07			
Tedavi ve hizmet	Hemşire	109	35,90	8,94	5,987	0,001*	b>c,d,e,f
	Doktor	58	41,02	7,63			
	Veri Kayıt personeli	56	34,84	7,25			
	Tıbbi Sekreter	55	35,08	7,66			
	Ebe	26	34,76	7,57			
	Diğer	113	34,52	7,44			
Hastalıklarda n korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Hemşire	109	32,78	10,38	4,593	0,001*	b>c,d,e,f
	Doktor	58	37,37	8,54			
	Veri Kayıt personeli	56	30,28	9,38			
	Tıbbi Sekreter	55	32,42	8,50			
	Ebe	26	30,97	9,53			
	Diğer	113	31,34	7,76			
Bilgiye ulaşma	Hemşire	109	36,47	9,82	4,761	0,001*	b>c,d,e,f
	Doktor	58	41,52	7,47			
	Veri Kayıt personeli	56	35,53	8,21			
	Tıbbi Sekreter	55	36,31	7,59			
	Ebe	26	36,22	7,91			
	Diğer	113	35,45	7,32			
Bilgiyi anlama	Hemşire	109	37,10	9,32	7,548	0,001*	b>c,d,e,f
	Doktor	58	42,56	7,53			
	Veri Kayıt personeli	56	34,60	8,19			

	Tıbbi Sekreter	55	34,84	8,93			
	Ebe	26	35,66	7,93			
	Diğer	113	35,57	7,55			
Bilgiyi değerlendirme	Hemşire	109	31,79	11,08	7,327	0,001*	b>c,d,e,f
	Doktor	58	37,90	9,23			
	Veri Kayıt personeli	56	28,05	10,65			
	Tıbbi Sekreter	55	31,40	9,29			
	Ebe	26	29,38	10,60			
	Diğer	113	29,33	9,17			
Bilgiyi kullanma	Hemşire	109	32,00	9,48	1,498	0,189	
	Doktor	58	34,81	10,35			
	Veri Kayıt personeli	56	32,07	8,03			
	Tıbbi Sekreter	55	32,45	8,62			
	Ebe	26	30,05	9,65			
	Diğer	113	31,38	8,00			

*p<0.05; F: Tek Yönlü Anova Analizi

Araştırmaya katılım sağlayan sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile branşları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını bulgulamak amacı ile tek yönlü Anova testi analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda branşları ile genel sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($F=5.675$; $p=0.001<0,05$). Farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığının incelenmesi için yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelendiğinde farklılığın doktorlar ile diğer meslek grupları arasında kaynaklandığı ve doktorların sağlık okuryazarlığının veri kayıt personeli, tıbbi sekreter ebe ve diğer meslek grubundakilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanları branşları ile tedavi ve hizmet boyutu düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($F=5.987$; $p=0.001<0,05$). Farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığının incelenmesi için yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelendiğinde farklılığın doktorlar ile diğer meslek grupları arasında kaynaklandığı ve tedavi ve hizmet düzeylerinin veri kayıt personeli, tıbbi sekreter ebe ve diğer meslek grubundakilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanların branşları ile Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi boyutu düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($F=4.593$; $p=0.001<0,05$). Farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığının incelenmesi için yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelendiğinde farklılığın doktorlar ile diğer meslek grupları arasında kaynaklandığı ve doktorların Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi düzeylerinin veri kayıt personeli, tıbbi sekreter ebe ve diğer meslek grubundakilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanların branşları ile Bilgiye ulaşma boyutu düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($F=4.761$; $p=0.001<0,05$). Farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığının incelenmesi için yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelendiğinde farklılığın doktorlar ile diğer meslek grupları arasında kaynaklandığı ve doktorların Bilgiye ulaşma düzeylerinin veri kayıt personeli, tıbbi sekreter ebe ve diğer meslek grubundakilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanların branşları ile bilgiyi anlama boyutu düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($F=7.548$; $p=0.001<0,05$). Farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığının incelenmesi için yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelendiğinde farklılığın doktorlar ile diğer meslek grupları arasında kaynaklandığı ve doktorların bilgiyi anlama düzeylerinin veri kayıt personeli, tıbbi sekreter ebe ve diğer meslek grubundakilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanların branşları ile bilgiyi değerlendirme boyutu düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($F=7.327$; $p=0.001<0,05$). Farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığının incelenmesi için yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelendiğinde farklılığın doktorlar ile diğer meslek grupları arasında kaynaklandığı ve doktorların bilgiyi değerlendirme düzeylerinin veri kayıt personeli, tıbbi sekreter ebe ve diğer meslek grubundakilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tüm bu sonuçlar incelendiğinde araştırmanın H5 hipotezinin sağlık çalışanları özneline genel sağlık okuryazarlığı ve bilgiyi kullanma alt boyutu dışındaki tüm boyutlar özneline hipotezin kabul edildiği belirlenmiştir.

Tablo 12. Eğitim Düzeyi İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Meslek Grubu	Sağlık Okuryazarlığı	Eğitim Düzeyi	Sayı (n)	Ortama ($\bar{x}$)	s.s	t	p
Öğretmen	Genel Sağlık Okuryazarlığı	Lisans	330	33,03	8,99	-0,596	0,552
		Y.Lisans	60	33,79	9,55		
	Tedavi ve hizmet	Lisans	330	33,62	8,72	-0,883	0,378
		Y.Lisans	60	34,72	9,66		
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Lisans	329	32,40	10,19	-0,324	0,746
		Y.Lisans	60	32,86	10,65		
	Bilgiye ulaşma	Lisans	329	34,51	9,11	-1,279	0,202
		Y.Lisans	60	36,15	9,24		
	Bilgiyi anlama	Lisans	329	34,69	9,23	-0,636	0,525
		Y.Lisans	60	35,52	9,75		
	Bilgiyi değerlendirme	Lisans	329	30,76	10,24	-0,216	0,829
		Y.Lisans	60	31,08	10,74		
	Bilgiyi kullanma	Lisans	330	32,03	9,76	-0,292	0,770
		Y.Lisans	60	32,43	10,55		
Sağlık Çalışanları	Genel Sağlık Okuryazarlığı	Lisans	258	34,23	8,15	-1,268	0,206
		Y.Lisans	48	35,91	9,87		
	Tedavi ve hizmet	Lisans	258	35,91	8,01	-1,182	0,238
		Y.Lisans	48	37,43	9,07		
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Lisans	258	32,56	9,09	-1,224	0,222
		Y.Lisans	48	34,38	11,29		
	Bilgiye ulaşma	Lisans	258	36,63	8,10	-0,614	0,540
		Y.Lisans	48	37,44	10,34		
	Bilgiyi anlama	Lisans	258	36,88	8,48	-1,359	0,175
		Y.Lisans	48	38,72	9,15		
	Bilgiyi değerlendirme	Lisans	258	31,60	10,05	-0,906	0,365
		Y.Lisans	48	33,09	12,43		
	Bilgiyi kullanma	Lisans	258	31,81	9,10	-1,741	0,083
		Y.Lisans	48	34,33	9,86		

*p<0.05; t:Bağımsız Örneklem t-testi

Araştırmaya katılım sağlayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile eğitim durumları arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını bulgulamak amacı ile bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda öğretmenlerin ve sağlık çalışanların eğitim durumları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri alt faktörleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar incelendiğinde araştırmanın H6 hipotezinin öğretmenler ve sağlık çalışanları örneğinde ret edildiği belirlenmiştir.

Tablo 13. Gelir Düzeyi İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Meslek Grubu	Ölçümler	Gelir Düzeyi	Sayı (n)	Ortama ($\bar{x}$)	s.s	F	P	Scheffe
Öğretmen	Genel Sağlık Okuryazarlığı	Gelir giderden az	126	31,85	9,33	1,992	0,138	
		Gelir gidere denk	185	33,64	9,00			
		Gelir giderden fazla	79	34,08	8,69			
	Tedavi ve hizmet	Gelir giderden az	126	32,56	8,99	1,817	0,164	
		Gelir gidere denk	185	34,38	8,77			
		Gelir giderden fazla	79	34,38	8,79			
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Gelir giderden az	126	31,14	10,61	1,826	0,162	
		Gelir gidere denk	184	32,81	10,23			
		Gelir giderden fazla	79	33,80	9,57			
	Bilgiye ulaşma	Gelir giderden az	126	33,42	9,65	2,152	0,118	
		Gelir gidere denk	184	35,21	8,82			
		Gelir giderden fazla	79	35,84	8,91			
	Bilgiyi anlama	Gelir giderden az	126	33,37	9,27	2,301	0,101	
		Gelir gidere denk	184	35,44	9,23			
		Gelir giderden fazla	79	35,68	9,37			
	Bilgiyi değerlendirme	Gelir giderden az	126	29,84	10,49	0,869	0,420	
		Gelir gidere denk	184	31,14	10,01			
		Gelir giderden fazla	79	31,58	10,69			
	Bilgiyi kullanma	Gelir giderden az	126	30,77	10,05	1,782	0,170	
		Gelir gidere denk	185	32,52	10,06			
		Gelir giderden fazla	79	33,17	9,03			
Sağlık Çalışanları	Genel Sağlık Okuryazarlığı	Gelir giderden az	114	32,03	8,01	6,105	0,002*	c>a
		Gelir gidere denk	205	34,75	7,79			
		Gelir giderden fazla	98	35,69	9,12			
	Tedavi ve hizmet	Gelir giderden az	114	34,03	7,84	5,000	0,007*	c>a
		Gelir gidere denk	205	36,26	7,61			
		Gelir giderden fazla	98	37,41	9,16			
	Hastalıklardan	Gelir giderden az	114	30,03	9,08	6,098	0,002*	c>a

korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	Gelir gidere denk	205	33,24	8,75			
	Gelir giderden fazla	98	33,96	9,89			
Bilgiye ulaşma	Gelir giderden az	114	34,98	8,11	3,575	0,029*	c>a
	Gelir gidere denk	205	37,23	7,73			
	Gelir giderden fazla	98	37,75	9,89			
Bilgiyi anlama	Gelir giderden az	114	34,32	8,11	6,472	0,002*	c>a
	Gelir gidere denk	205	37,37	8,49			
	Gelir giderden fazla	98	38,16	9,13			
Bilgiyi değerlendirme	Gelir giderden az	114	28,17	10,02	7,909	0,001*	c>a
	Gelir gidere denk	205	31,96	9,89			
	Gelir giderden fazla	98	33,43	11,09			
Bilgiyi kullanma	Gelir giderden az	114	30,65	9,01	2,687	0,069	
	Gelir gidere denk	205	32,42	8,67			
	Gelir giderden fazla	98	33,41	9,36			

*p<0.05; F: Tek yönlü anova analizi

Araştırmaya katılım sağlayan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile aile gelir dengesi arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını bulgulamak amacı ile tek yönlü Anova testi analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda öğretmenlerin aile gelir dengeleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri alt faktörleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar incelendiğinde araştırmanın H7 hipotezinin öğretmenler özneline ret edildiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılım sağlayan sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile aile gelir dengesi arasında anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını bulgulamak amacı ile tek yönlü Anova testi analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda aile gelir dengesi ile genel sağlık okuryazarlığı arasında ($F=6.105$; $p=0.002<0,05$), tedavi ve hizmet boyutu arasında ($F=5.000$; $p=0.007<0,05$), Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi arasında ($F=6.098$; $p=0.002<0,05$), bilgiye ulaşma arasında ($F=3.575$; $p=0.029<0,05$), bilgiyi anlama arasında ($F=6.472$; $p=0.002<0,05$) ve bilgiyi değerlendirme arasında ($F=7.909$; $p=0.001<0,05$), anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur. Farklılaşmanın hangi gruptan kaynaklandığının incelenmesi için yapılan scheffe testi sonucu ortalamalar incelendiğinde farklılığın gelir giderden

fazla ile gelir giderde az olan grupları arasında kaynaklandığı ve gelir giderden fazla olanların genel sağlık okuryazarlığı, tedavi ve hizmet düzeyleri, Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi düzeyleri, bilgiye ulaşma düzeyleri, bilgiyi anlama düzeyleri ve bilgiyi değerlendirme düzeylerinin geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tüm bu sonuçlar incelendiğinde araştırmanın H7 hipotezinin sağlık çalışanları özneline genel sağlık okuryazarlığı, tedavi ve hizmet düzeyleri, Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi düzeyleri, bilgiye ulaşma düzeyleri, bilgiyi anlama düzeyleri ve bilgiyi değerlendirme boyutlarında hipotezin kabul edildiği belirlenmiştir.

Tablo 14. Yaş İle Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Grup	Değişkenler		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Öğretmen	Yaş (1)	r	1	-,159*	-,149*	-,153*	-,138*	-,159*	-,126*	-,176*
		p		0,002	0,003	0,002	0,007	0,002	0,013	0,000
	Genel Sağlık Okuryazarlığı (2)	r		1	,939*	,955*	,937*	,940*	,935*	,936*
		p			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Tedavi ve hizmet (3)	r			1	,793*	,895*	,892*	,862*	,870*
		p				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi (4)	r				1	,881*	,889*	,905**	,901*
		p					0,000	0,000	0,000	0,000
	Bilgiye ulaşma (5)	r					1	,877*	,812*	,835*
		p						0,000	0,000	0,000
	Bilgiyi anlama (6)	r						1	,834*	,82**
		p							0,000	0,000
	Bilgiyi değerlendirme (7)	r							1	,846*
		p								0,000
	Bilgiyi kullanma (8)	r								1
		p								
Sağlık Çalışanı	Yaş (1)	r	1	-0,010	0,011	-0,027	-0,009	0,028	-0,037	-0,009
		p		0,843	0,828	0,583	0,852	0,57	0,446	0,848
	Genel Sağlık Okuryazarlığı (2)	r		1	,948*	,960*	,916*	,923*	,922*	,875*
		p			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Tedavi ve hizmet (3)	r			1	,820*	,898*	,900*	,84**	,806*
		p				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi (4)	r				1	,853*	,863*	,908*	,859*
		p					0,000	0,000	0,000	0,000
	Bilgiye ulaşma (5)	r					1	,844*	,779*	,727*
		p						0,000	0,000	0,000
	Bilgiyi anlama (6)	r						1	,805*	,716*
		p							0,000	0,000
	Bilgiyi değerlendirme (7)	r							1	,738*
		p								0,000
	Bilgiyi kullanma (8)	r								1
		p								

*p<0.05; r:Pearson Korelasyon

Bu tabloda ‘‘Pearson korelasyon sayısı ‘‘r’’ ile ifade edilmektedir ve değerler (-1) ile (+1) arasındadır. Eksi işaretli değerler arasında ters yönlü bir ilişki olduğuna, bir başka deyişle bir değişken artarken diğerinin azaldığına, artı işaretli değerler ise değişkenlerin birlikte azalıp, birlikte arttığına işaret etmektedir. Katsayı ise ilişkinin derecesini göstermektedir. Bu doğrultuda kesin sınırlamalar olmamakla birlikte 0,50’nin altında korelasyon zayıf, 0,50’nin üstünde ve 0,70’e kadar korelasyon orta, 0,70 üzerinde ise kuvvetli ilişkinin varlığına işaret etmektedir’’ (Zaman ve Alakuş, 2019: 82-84).

Araştırmaya katılım sağlayan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığını bulgulamak amacı ile pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analiz Tablo 13’te açıklanmıştır. Bu tabloya göre ‘‘r’’ ile gösterilen değer Pearson korelasyon sayısı sayıdır ve değerler (-1) ile (+1) arasında değişmektedir. Eksi işaretli değerler arasında ters yönlü bir alaka olduğuna, artı işaretli değerler doğru yönlü olduğu görülmektedir. Katsayı ise ilişkinin derecesini göstermektedir. Bu bağlamda net çerçeveler olmamakla birlikte 0,50’nin altında ise korelasyonun zayıf yani alt limit kabul edildiği, 0,50’nin üstünde ve 0,70’e kadar korelasyon orta, 0,70 üzerinde ise kuvvetli, üst sınırda alakanın var olduğunu göstermektedir (Zaman ve Alakuş, 2019: 82-87).

Bu analiz sonucunda öğretmenlerin yaşları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Öğretmenlerin yaşları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin negatif yönlü ve düşük kuvvetli ($r:-0.159$), tedavi ve hizmet düzeyleri arasındaki ilişkinin negatif yönlü ve düşük kuvvetli ($r:-0.149$), Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi arasındaki ilişkinin negatif yönlü ve düşük kuvvetli ($r:-0.153$), Bilgiye ulaşma arasındaki ilişkinin negatif yönlü ve düşük kuvvetli ($r:-0.138$), Bilgiyi anlama arasındaki ilişkinin negatif yönlü ve düşük kuvvetli ($r:-0.159$), Bilgiyi değerlendirme arasındaki ilişkinin negatif yönlü ve düşük kuvvetli ($r:-0.126$) ve Bilgiyi kullanma arasındaki ilişkinin negatif yönlü ve düşük kuvvetli ($r:-0.176$) bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar öğretmenlerin yaşları azaldıkça sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artacağı anlamına gelmektedir. Sonuçlar incelendiğinde araştırmanın H8 hipotezinin öğretmenler özneline kabul edildiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılım sağlayan sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığını bulgulamak amacı ile pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda sağlık çalışanlarının yaşları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar incelendiğinde araştırmanın H8 hipotezinin sağlık çalışanları özneline ret edildiği belirlenmiştir.

Tablo 15. Hipotez Kabul / Ret Tablosu

Kod	Hipotez	Durum
H₁	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri meslek gruplarına göre farklılık göstermektedir.	
	Öğretmenler düzeyinde	Desteklendi
	Sağlıkçılar düzeyinde	Desteklendi
H₂	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.	
	Öğretmenler düzeyinde	Desteklendi
	Sağlıkçılar düzeyinde	Desteklendi
H₃	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.	
	Öğretmenler düzeyinde	Desteklenmedi
	Sağlıkçılar düzeyinde	Desteklenmedi
H₄	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı sosyal güvencelerine göre farklılık göstermektedir.	
	Öğretmenler düzeyinde	Desteklenmedi
	Sağlıkçılar düzeyinde	Desteklenmedi
H₅	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı branşlarına (mesleklerin) göre farklılık göstermektedir.	
	Öğretmenler düzeyinde	Desteklenmedi
	Sağlıkçılar düzeyinde	Desteklendi
H₆	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.	
	Öğretmenler düzeyinde	Desteklenmedi
	Sağlıkçılar düzeyinde	Desteklenmedi
H₇	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ailenin gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir.	
	Öğretmenler düzeyinde	Desteklenmedi
	Sağlıkçılar düzeyinde	Desteklendi
H₈	Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile yaşlara göre anlamlı bir ilişki vardır.	
	Öğretmenler düzeyinde	Desteklendi
	Sağlıkçılar düzeyinde	Desteklenmedi

SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplumun sağlık okuryazar düzeyini ortaya çıkarabilmek için eğitim düzeyi yüksek ve birbirine yakın iki grup belirlenmiştir. Bir grup sağlık hizmeti sunumunda birincil belirleyiciler olan sağlık çalışanlarıyla diğer grup ise eğitim sorumluluğu üzerinde olan öğretmenlerdir. Sağlık hizmeti sunucularından olan sağlıkçılar toplumun ilk sağlık şikayeti için şifa ararken başvurdukları sağlık belirleyicileri ve hizmetlerden yararlandıkları sağlık kurumlarıdır. Sağlık hizmetinden yararlanabilmeleri için bilgiye erişim çok önemli yer tutmaktadır. Literatür taramasında detaylı bir şekilde açıklamaya çalıştığımız Sağlık profesyonelleri, Tıp literatürü, dergiler ve kitle iletişim araçları, internet ve sosyal medya olduğu görülmektedir. Toplumun eğitim durumu lise veya lisans olmasına rağmen literatür, makale ve tıbbi dergilerde güncel bilgileri okuyarak, anlayabilmesi latince lisanı nedeniyle yetersiz kaldığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının Marmara bölgesi gibi büyükşehirlerde görev yapmaları dolayısıyla nüfusun çok fazla olduğu hastanelerdeki hastalara hizmet sunmaya çalışırken, onlara hekimin ilettiği şekilde gerekli talimatları ve rutin tedavilerini detaylı ve anlaşılabilir şekilde anlatacak vakitlerinin olmadığı veya anlatılan rutine hastaların riayet etmedikleri görülmektedir. Kitle iletişim araçlarından yararlanmak toplumun anlayabileceği ve sürekli yayınlar ile hatırlatıcı şekilde zihinde yer edildiği görülmektedir. Keza COVID döneminde her gün yayınlanan istatistikler ile toplumda hastalığın ne kadar önemli olduğu görülmüştür. Bu konuda alınması gereken tedbirlere uyulmadığı da görülmüştür. Kurallara uyulması için zorunlu tedbirlere başvurulmuştur. Tüm bunların önüne geçilebilmesi için toplum bilinci ile sağlık okuryazar düzeyi her zamandan daha çok ön plana çıkmıştır. Bakanlığın izolasyon kuralları ve hasta kişilerin anlık takibi enfeksiyon takibi ve yayılımı kontrol altına alınmaya çalışılmıştır.

Öğretmenler toplumun her konuda bilgi ve tecrübesini aktarabilmek için anasınıfından lisansüstü eğitim dahil toplumu eğitime görevlerini yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Okuldaki müfredatlarda öğrencilerin sağlık konusunda eğitim vermeleri toplumun sağlık okuryazar düzeylerini yukarıya taşımaya çalışılmaktadır. Bakanlığın müfredat güncellemesi ile sağlık okuryazarlığı için sağlığın sadece Sağlık

Meslek Liseleri, Tıp Fakülteleri ile sınırlı kalmayarak her kademe ve branşta yer verilmesi ihtiyacı eğitimde karşımıza çıkmaktadır. Okulda öğrencilere eğitim ile birlikte araştırma yapabilmesi için yönlendirme yapılmaktadır. Keza birey hasta olduğu zaman sağlığı için neler yapması gerektiğini araştırması, bilinçli tüketim ve rutin tedavileri anlayarak uygulaması hem tedavi seyri hem de sağlığı için elzem kriter olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlığı oluşturan bileşenler sadece hastalık ortaya çıktıktan sonrası sağlığa kavuşmak olarak algılansa da koruyucu sağlık toplum sağlığı için en önemli kriterdir. Hastalık oluşmaması için toplumun bilgilendirilmesi, temiz hava, sağlıklı besinlere ulaşabilmesi gibi bileşenlerin bilinçli olarak talep edilmesi için eğitimciler, sağlıkçılar ve medya aracılığı ile bilinçlendirme çalışmalarının ön planda tutulması gerekmektedir.

Yürütmekte olduğumuz araştırma çalışmasının sonuçları aşağıda anlatılmaktadır. Sağlık çalışanları ve öğretmenlerin katılımı ile gerçekleştirdiğimiz anket sonucunda Sağlık okuryazarlığı ve alt boyutlarının sonuçları şu şekildedir:

Sağlık çalışanlarının tedavi ve hizmet düzeyleri öğretmenlere göre daha yüksek çıkmıştır. Sağlık çalışanları topluma sağlık hizmeti sunumunda primer sorumlu olan kişiler olması ve sağlık politikalarına hakim olması nedeniyle beklenen bir tablodur. Öğretmenlerin tedavi ve hizmet düzeylerinin düşük olması bu konuda daha çok toplum bilgilendirmelerine, sağlık kaynaklarına okuyarak, anlamaları sağlık okuryazar düzeylerinin yükseltmek için yararlı olacaktır. Sağlık hizmetinden en üst düzeyde faydalanmasının yanında eğitimci olması nedeniyle vereceği derslerde toplumu oluşturan bireylerde yararlanacaktır. Hali hazırda Sağlık Bilimleri Fakültelerinde Sağlık branşlarında okutulmakta olan Sağlık Okuryazarlığı dersinin daha basit ve anlaşılır hale getirilerek ilkokul, ortaokul ve lise dersleri oluşturularak Milli Eğitim Bakanlığı tarafından zorunlu ders müfredatına konu eklenmesi önerilmektedir.

Cinsiyetin sağlık okuryazarlık düzeyi sonucuna baktığımızda kadın öğretmenlerin erkek öğretmenlere göre bilgiyi anlama düzeyi daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Kadın öğretmenlerin iletilenleri anlama, araştırma, bilgi düzeyleri yeterli olduğu görülmüştür. Erkek öğretmenlerin düzeyinin yetersizliği sağlık konularında ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanlarına sağlık okuryazarlığı hakkında yılda bir kez zorunlu iletişim eğitimleri verilmelidir. Latince kullanılan

dilin toplumun anlayabileceği şekilde iletişime yansıtılması gerekmektedir. İletilerin anlaşılıp anlaşılmadığından emin olabilmek için geri dönüş veya teyit edilmesi sağlanabilir. Her düzey seviye okullarda öğretmenlere yönelik Sağlık Okuryazarlığı konulu seminerler verilebilir. Ön test ve son test şeklinde anlatılmak istenen konunun anlaşılıp anlaşılmadığı hakkında geri dönüşler alınabilir. Anlaşılmayan yerler hakkında bilgilendirme videoları iletilebilir. Ancak sağlıkçılar düzeyinde herhangi bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Sağlık okuryazarlık düzeyinin branşlara göre farklılık olup olmadığına yönelik araştırma sonucunda meslekler ve branşlarda anlamlı farklılıklar görülmemiştir. Ancak, sağlıkçılarda hekimlerin sağlık okuryazar düzeyleri diğer branşlara göre yüksek çıktığı görülmektedir. Tabi burda hekimlerin 6 yıllık Tıp Fakültesi eğitimi almış olması temel neden olmaktadır. Güncel konferanslar, yeni güncel gelişmeleri sempozyumlar aracılığı ile takip etmeleri gibi nedenler sağlık okuryazarlık düzeyini anlamlı bir şekilde yüksek olmasını sağlamaktadır.

Ailenin gelir durumu sağlık okuryazarlığı düzeyi boyutunda sağlıkçılarda ön plana çıkmaktadır. Eğer kişinin/ailenin gelir durumu yeterli ve yüksek ise, sağlığa ulaşma, anlama ve yararlanma konusunda tedaviye aktif katılım önündeki gelir engelinden etkilenmeyecektir. Daha kolay ulaşacak ve sağlığına daha kolay kavuşabilecek. Gelir düzeyi yetersiz kaldığında bu sağlıkçı da olsa kendi sağlığını koruyamayacaktır. Sağlık okuryazar düzeyi ile gelir durumu sağlıkçılarda anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın nedeni incelendiğinde ise, farklılığın gelir giderden fazla ile gelir giderde az olan grupları arasında kaynaklandığı ve gelir giderden fazla olanların genel sağlık okuryazarlığı, Tedavi ve hizmet düzeyleri, Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi düzeyleri, Bilgiye ulaşma düzeyleri, Bilgiyi anlama düzeyleri ve Bilgiyi değerlendirme düzeylerinin geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı önemi bölümünde de değindiğimiz Avrupa ülkelerinden olan Almanya asgari ücret 1.744 euro olup, sağlık çalışanları ortalama ücreti 40.000 euro maaş verdiği bilinmektedir. Keza Avrupa ülkelerinin içinde asgari ücretin düşük olduğu ülkelerden biri Hırvatistan'dır. Hırvatistan'da asgari ücret 622 euro olup, sağlık çalışanı ortalama 900 euro maaş vermektedir. Türkiye'de asgari ücret 505 euro olup, sağlık çalışanları ortalama 703 euro vermektedir. Yaşam koşullarının için sağlık çalışanlarının kazandığı ücretler

asgari ücret düzeyine yakın maaşlar olması nedeniyle geçim için engel teşkil etmektedir. Bu durumun sonucu olarak da sağlığa ayrılan bütçenin payı da düşmektedir.

Yaşın sağlık okuryazar düzeyi üzerindeki etkisi araştırma sonucuna göre anlamlı farklılıklar ortaya koymuştur. Yaş ile sağlık okuryazar düzeyi arasında ters ilişkiyi ortaya çıkarmıştır. Tedavi ve hizmet düzeyleri, Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi, Bilgiye ulaşma arasındaki, Bilgiyi anlama ve Bilgiyi kullanma arasında çatışmayı ortaya çıkarmıştır çalışma. Yaş ilerledikçe sağlık hizmetindeki güncel değişikliklerden, tedavilerden, tedavinin seyri hakkında yapılması gerekenlerin gerisinde kaldığı görülmüştür. Tedavi giderlerinin artması, hastalıkların iyileşmemesi gibi toplumu ilgilendiren daha büyük sorunları beraberinde de getirmemektedir. Yaş ile beraber kişilerde tecrübenin artması beklenirken sağlık ile güncel bilgilerin anlaşılamadığı, yetersiz kaldığı ve sağlık hizmetinden yararlanırken zorlanıldığı görülmektedir. Toplumun yaş düzeyine göre sağlığın korunması, sağlık hizmetinden yararlanma konusunda güncel ulusal bilgilendirmeler yapılabilir.

Sonuç olarak, tıp literatürü latince dil ve sağlık hizmetinin kişiye ayrılan sürelerin çok kısa olması, salgın döneminde direkt temasın engel teşkil etmesi ve uzaktan sağlık hizmet sunumunun aktifleşmesi gibi nedenlerle toplumda sağlık hizmetine ulaşma konusunda sıkıntıların yaşandığı görülmüştür. Cinsiyetin bunda etkili olduğu, tedavi ve hizmetin anlaşılamadığı ve tıp fakültesinde eğitim alan mezunların bu konuda şanslı olduğu karşımıza çıkmıştır. Tıp literatürünün halkın anlayabileceği şekilde güncel politikalar ile toplumun her kesimine ulaştırılabilmesi gerekmektedir. Bunlar; Billboardlar, gazeteler, televizyon ve radyo programları aracılığı ile bilgilendirme yayınları ile halkın farkındalığı arttırılmalıdır. Yaş ilerledikçe sağlık hizmetinden yararlanamayan hastalar için evde sağlık, telefon ile kronik hastalık ve tedavi rutini takibi yapılmasının aktifleşmesi toplumun alacağı hizmeti en üst düzeye çıkarmayı sağlayacaktır. Sağlık giderleri için bütçeden ayrılan pay kısıtlı olması nedeniyle zaten ikinci plana atılan sağlık sorunları yaşın da devreye girmesi ile yaşanacak sorunları da arttıracaktır. Bu durum da hem sağlığa ayrılacak bütçenin daha da artmasına hem de tedavinin iyileşme süresini uzatacaktır. Kişinin sağlıklı ve kaliteli hayatını olumsuz etkileyecektir.

KAYNAKÇA

- Akbal, E., & Gökler, M. E. (2020). Covid-19 salgını sürecinde eksikliği ortaya çıkan bir gerçek: Sağlık Okuryazarlığı. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 5, 148-155.
- Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., & Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(4). 354-362.
- Akran, S. K. (2021). Sağlık okuryazarlığı üzerine sistematik derleme. Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi, 7(15), 143-168.
- Akyol, M. A., Söylemez, B. A., & Özgül, E. (2023). COVID-19 Pandemi Sürecinde Demanslı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 6(1), 55-64.
- Aşıcı, M. (2009). Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık. Değerler Eğitimi Dergisi, 7(17), 9-26.
- Ayaz, S., & Beydağ, K. D. (2014). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesini etkileyen etmenler: Balıkesir örneği. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(2), 60-69.
- Balcı, Y., & Çetin, G. (2020). Covid-19 Pandemi sürecinin Türkiye'de istihdama etkileri ve kamu açısından alınması gereken tedbirler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19(37), 40-58.
- Balçık, P. Y., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okuryazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(4), 321-326.
- Baskındağlı, Y., & Altındağ, E. (2022). Sağlık sektöründe içsel pazarlama ve kurumsal itibarın çalışanların iş tatmini ve örgütsel bağlılıklarına etkisi. Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi , 17 (2), 129-153.

- Bayazit, T. (2019). Cumhuriyet Üniversitesi lisans öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin araştırılması. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(3). 34-47.
- Bayazit, T. (2019). Cumhuriyet Üniversitesi lisans öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. Turkish Journal of Public Health, 12(1), 61-68.
- Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(3), 78-87.
- Bulut, A. (2020). COVID-19 salgını, halk sağlığı uzmanlığı ve yeni hayat. Sağlık ve Toplum, 19, 148-156.
- Buran, G., & Kaçan, C. Y. (2023). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(1), 118-125.
- Can, B. (2020). Covid 19 salgını ve sağlık okuryazarlığının önemi. Turkey Health Literacy Journal, 1(2), 107-113.
- Ceylan, O. (2020). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan Türkçe ölçekler. Turkey Health Literacy Journal, 1(2), 114-120.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. psychometrika, 16(3), 297-334.
- Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F., & Öcel, Y. (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 14(1), 67-88.
- Çölgeçen, E. F. T. (2020). Sağlık okuryazarlığı ışığında COVID-19 pandemisi ile beslenme arasındaki ilişki. Turkey Health Literacy Journal, 1(2), 154-164.

- Demiray, E., A., S., Öntürk, H., & Durgun, M. (2021). COVID 19 Döneminde karantina uygulamalarının sağlık okuryazarlığı bakış açısıyla değerlendirmesi. *Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi* , 2 (2), 1-3.
- Doğan, G. (2017). Örneklem Seçimi Üzerine. *Türk Kütüphaneciliği*, 31(2), 208-210.
- Ekinci, Y., Tutgun-Ünal, A., & Tarhan, N. (2021). Dijital sağlık okuryazarlığı üzerine bir alanyazın incelemesi. *Bayterek Uluslararası Akademik Araştırmalar Dergisi*, 4(2), 148-165.
- Er, A. G., & Ünal, S. (2020). 2019 Koronavirüs salgını–anlık durum ve ilk izlenimler. *Flora*, 25(8), 1-5.
- Ghasemi, A. ve Zahediasl, S. (2012). İstatistiksel analiz için normallik testleri: istatistikçi olmayanlar için bir rehber. *Uluslararası endokrinoloji ve metabolizma dergisi* , 10 (2), 486-489.
- Gök, M. Ş., Küçük, K., & Kanbur, A. (2022). Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(6), 409-417.
- Gül, E., & Doğan, B. A. (2022). COVID-19 salgını karşısında sağlık okuryazarlığının katkısı ve önemi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 423-426.
- Gül, G. (2007). Okuryazarlık sürecinde aile katılımının rolü. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 8(01), 17-32.
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health expectations*, 11(2), 113-122.
- Karagölge, C., & Peker, K. (2011). Tarım Ekonomisi Araştırmalarında Tabakalı Örneklem Yönteminin Kullanılması/Using Stratified Sampling Methods in the Resource of Agricultural Economics. *Atatürk Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 33(3).

- Kaya, E. (2023). E-Sağlık okuryazarlığı ve hastane seçimini etkileyen unsurların değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kırıkkale.
- Kaya, E., & Sivrikaya, S. K. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 28(3), 216-221.
- Kesgin, C., & Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın tanımı: başa çıkma. Journal Of Istanbul Kültür University Dergisi, 47-49.
- Kickbusch, I., Novotny, T. E., Drager, N., Silberschmidt, G., & Alcazar, S. (2007). Global health diplomacy: training across disciplines. Bulletin of the World Health Organization, 85, 971-973.
- Kim, HY (2014). İki den fazla grubun araçlarını karşılaştıran varyans analizi (ANOVA). Restoratif diş hekimliği ve endodonti , 39 (1), 74-77.
- Köse, İ. A., & Öztemur, B. (2014). Kayıp veri ele alma yöntemlerinin t-testi ve ANOVA parametreleri üzerine etkisinin incelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 400-412.
- Kuloğlu, Y., & Uslu, K. (2022). Geleceğin sağlık çalışanlarında sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkisi. Doğuş Üniversitesi Dergisi, 23(1), 255-277.
- Kutlu, G., & Akbulut, Y. (2019). Türkiye’de sağlık okuryazarlığı politikalarının hastaneler açısından değerlendirilmesi. Konuralp Medical Journal, 11(1), 132-143.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. Health promotion international, 15(3), 183-184.

- Okur, E., Evcimen, H., & Şentürk, A. Y. (2021). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 30(1), 18-24.
- Özdemir, H. Ö. (2019). Sağlık çalışanlarının örgütsel davranışları üzerine projeksiyon çalışması: Kırşehir örneği. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 13-23.
- Pala, K. (2020). COVID-19 Pandemisinin yükü emekçilerde. Çalışma Ortamı, 21-23.
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. Health promotion international, 24(3), 285-296.
- Polat, S. (2023). Üniversite Öğrencilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(1), 118-126.
- Saatçrı, E. (2020). COVID-19 Pandemisi ve sağlık çalışanları: Yaşatmak mı yaşamak mı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 24(3), 153-166.
- Sağlık Bakanlığı, (2016). Stratejik Planı. 1-165.
- Saygı, H. (2021). Covid-19 pandemi uzaktan eğitim sürecinde sınıf öğretmenlerinin karşılaştığı sorunlar. Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi, 7(2), 109-129.
- Sezer, A., & Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3), 165-170.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 73-92.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., 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.. BMC halk sağlığı , 12 (1), 1-13.

- Şimşek, T. (2019). Kayseri İlindeki Lise Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması. Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi, 2(1), 43-52.
- Tözün, M., & Sözmen, M. K. (2015). Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı health Literacy with Perspective of Public Health. Smyrna Tıp Dergisi, 2, 48-54.
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı, 1025, Ankara, Mayıs 2016.
- Türkoğlu, M. C., & Yılmaz, F. K. (2021). Sağlık politikası analizi: Türkiye'de Covid-19 pandemi döneminde uygulanan sağlık politikaları. Toplumsal Politika Dergisi, 2(1), 11-29.
- Uğurlu, Z., & Akgün, H. S. (2019). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(1), 96-106.
- Ünaler, N., & Kırımlıoğlu, N. (2022). Boyun fıtığı hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında sağlık okuryazarlığının önemi: Geleneksel Derleme. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 30(1), 80-8.
- Üstündağ, A. (2021). COVID 19 pandemi sürecinde ergenlerin E-sağlık okuryazarlık düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(2), 36-46.
- Yılmaz, M., & Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(4), 142-147.
- Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 69-74.
- Yorulmaz, D. S., & Sezer, H. K. (2021). Hemşirelik ilk ve acil yardım bölümü öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9(1), 337-352.

Zaman, T., & Alakuş, K. (2019). Bootstrap Tahminini Kullanarak Pearson Korelasyon Katsayısının Önemliliğinin Araştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Fen Dergisi, 14(1), 77-88.

İnternet Kaynakları

[https://tr.euronews.com/2022/12/22/avrupada-asgari-ucet-turkiye-2023-asgari-ucet-siralamasinda-ne-durumda#:~:text=Eurostat%20verilerine%20g%C3%B6re%20Avrupa'da,\(1744%20Euro\)%20takip%20ediyor.&text=1999'dan%20bu%20yana%20Euro,kez%20500%20Euro%20band%C4%B1n%C4%B1%20a%C5%9Fm%C4%B1%C5%9Ft%C4%B1](https://tr.euronews.com/2022/12/22/avrupada-asgari-ucet-turkiye-2023-asgari-ucet-siralamasinda-ne-durumda#:~:text=Eurostat%20verilerine%20g%C3%B6re%20Avrupa'da,(1744%20Euro)%20takip%20ediyor.&text=1999'dan%20bu%20yana%20Euro,kez%20500%20Euro%20band%C4%B1n%C4%B1%20a%C5%9Fm%C4%B1%C5%9Ft%C4%B1) Erişim Tarihi: 19.06.2023

EKLER

EK 1: Etik Kurul İzni Belgesi

Tarih ve Sayı: 25.11.2022-83176



BEYKENT ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER İÇİN YAYIN ETİĞİ KURULU

Sayı : E-45778635-050.99-83176
Konu : Esra Erdoğan'ın Etik Kurul Onay
Yazısı

25.11.2022

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi : Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü, 24.11.2022 Tarihli ve 74966756- - 270 Sayılı
Yazı,

Beykent Üniversitesi 2120024017 numaralı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans öğrencisi Esra Erdoğan'ın Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nden gelen "Sağlık Çalışanları ile Öğretmenlerin Sağlık Okuryazar Düzeylerinin Karşılaştırılması Üzerine Bir Araştırma" başlıklı yüksek lisans tezinin 23.11.22 tarihli Sosyal ve Beşeri Bilimler için Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu toplantısında etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiş ve ekte onay yazısı sunulmuştur.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr. Akile Reşide GÜRSOY
ŞATIROĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Değerlendirme Kodu :BSV3CFMEDU2 Pin Kodu :72072 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?ak=5700MtaD=BSV3CFMEDU2&u5=83176>
Adres:Beykent Üniversitesi Ayazağa-Maslak Yerleşkesi Ayazağa Mah. Hüdudkırı Yolu Cad. No: 19 İlgi için: Akile Reşide Gürsoy
Sarıyer/İstanbul Şatiroğlu
Telefon:444 1997 Faks:0 212 389 64 90 Ünvan: Başkan
e-Posta:info@beykent.edu.tr Web:www.beykent.edu.tr
Kep Adresi:seykentuniv@hs01.kep.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2: Araştırmada Kullanılan Anket Formu

Sayın katılımcı,

Bu anket formu, Beykent Üniversitesi tarafından yürütülmekte olan “SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE ÖĞRETMENLERİN SAĞLIK OKURYAZAR DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA” isimli araştırmanın deneysel kısmı ile ilgilidir. Bu araştırma çalışması **tamamen akademik bir amaca yöneliktir**. Gönderilecek cevaplar **kesinlikle gizli tutulacaktır**. Elde edilen sonuçlar işletme adı belirtmeksizin genel ve ortalama özellikler şeklinde, bu araştırmaya katılan kişilere arzu edilirse gönderilecektir. Bütün soruların cevaplandırılması, değerlendirmenin sağlıklı yapılabilmesi için büyük önem arz etmektedir. İlginiz için teşekkürlerimizi sunar, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Araştırma Sorumlusu: Esra ERDOĞMUŞ

Bölüm 1/2

1. Yaşınız (bitirmiş olduğunuz yaşı belirtiniz):

.....

2. Cinsiyetiniz:

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Medeni durumunuz:

☐ Evli

☐ Bekar

4. Eğitim durumunuz:

☐ Meslek Yüksekokulu mezunu

☐ Üniversite/Yüksekokul mezunu

☐ Yüksek lisans mezunu

☐ Doktora mezunu

☐ Diğer

5. Mesleğiniz:

- ☐ Doktor
- ☐ Eczacı
- ☐ Psikolog
- ☐ Diyetisyen
- ☐ Hemşire
- ☐ Röntgen Teknisyeni
- ☐ Anestezi Teknisyeni
- ☐ Laboratuvar Teknisyeni
- ☐ Tıbbi Sekreter
- ☐ Ebe
- ☐ Diğer
- ☐ Türkçe Öğretmeni
- ☐ Matematik Öğretmeni
- ☐ Tarih Öğretmeni
- ☐ Coğrafya Öğretmeni
- ☐ Edebiyat Öğretmeni
- ☐ Sınıf Öğretmeni
- ☐ Beden Eğitim Öğretmeni
- ☐ Fen ve Teknoloji Öğretmeni
- ☐ İngilizce Öğretmeni
- ☐ Fizik Öğretmeni
- ☐ Kimya Öğretmeni
- ☐ Biyoloji Öğretmeni
- ☐ Sosyal Bilimler Öğretmeni
- ☐ Diğer

6. Sosyal Güvenceniz:

☐ Yok

☐ SGK

☐ Emekli Sandığı

7. Ailenizin aylık gelirini giderlerinize oranla nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Gelir giderden az

☐ Gelir gidere denk

☐ Gelir giderden fazla

Bölüm 2/2

Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini “Çok kolay / Kolay / Zor / Çok zor / Fikrim yok” seçeneklerinden sizin için uygun olanı belirtiniz.

	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					

7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					

22. Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek					
29. Sağlığını için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					