



AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÜZERİNE BİR ANALİZ:
AKSARAY İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÖKHAN ALBAN

DANIŞMAN

DOÇ. DR. ŞAHİN ÇETİNKAYA

AKSARAY-2025

AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÜZERİNE BİR ANALİZ:
AKSARAY İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YAZAR
GÖKHAN ALBAN

DANIŞMAN : DOÇ. DR. ŞAHİN ÇETİNKAYA

JÜRİ ÜYESİ : PROF. DR. EMİNE FIRAT

JÜRİ ÜYESİ : PROF. DR. SAVAŞ ERDOĞAN

AKSARAY-2025

TELİF HAKLARI VE TEZ FOTOKOPİ İZİN FORMU

Bu tezin tüm hakları saklıdır. Kaynak göstermek koşuluyla tezin teslim tarihinden itibaren on iki (12) ay sonra tezden fotokopi çekilebilir.

YAZARIN

Adı : Gökhan

Soyadı : Alban

Bölümü : Sağlık Kurumları İşletmeciliği

İmza :

Teslim Tarihi :

TEZİN

Türkçe Adı : Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Analiz: Aksaray İli Örneği

İngilizce Adı : A Study on Health Literacy: Aksaray Province as a Case Example

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Tez yazma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyduğumu, yararlandığım tüm kaynakları kaynak gösterme ilkelerine uygun olarak kaynakçada belirttiğimi ve bu bölümler dışındaki tüm ifadelerin şahsıma ait olduğunu beyan ederim.

Gökhan ALBAN

T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
JÜRİ ONAY SAYFASI

Gökhan Alban tarafından hazırlanan “Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Analiz: Aksaray İli Örneği” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

	<u>Kabul</u>	<u>Ret</u>	<u>İmza</u>
Danışman: Doç. Dr. Şahin Çetinkaya Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Aksaray Üniversitesi	☐	☐	
Üye: Prof. Dr. Emine Fırat İktisat Anabilim Dalı, Aksaray Üniversitesi	☐	☐	
Üye: Prof. Dr. Savaş Erdoğan İktisat Anabilim Dalı, Selçuk Üniversitesi	☐	☐	

Tez Savunma Tarihi: 29/05/2025

Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü
Prof. Dr. Aybala ÇAYIR
İmza

TEŞEKKÜR SAYFASI

Yüksek lisans eğitimim süresince, akademik gelişimime ve tez yazma sürecime yönlendirmeleri ve yapıcı eleştirileriyle değerli katkılarda bulunan danışman hocam Doç. Dr. Şahin Çetinkaya'ya ayrıca katkılarından dolayı Prof. Dr. Emine Fırat ve Prof. Dr. Savaş Erdoğan hocalarıma en içten teşekkürlerimi sunarım. Aksaray Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde yüksek lisans eğitimime katkı sağlayan tüm bölüm hocalarına teşekkür ederim. Eğitim sürecim boyunca desteklerini esirgemeyen değerli iş arkadaşlarıma teşekkür ederim. Yüksek lisans sürecimde gösterdiği sabır, anlayış ve güçlü desteğiyle her zaman yanımda olan sevgili eşim Mine Alban'a ve kıymetli kızlarım Amine ile Gökçe'ye sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık durumlarını etkileyen bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığı birçok faktörden etkilenir ve düşük sağlık okuryazarlığı kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilir. Sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlık durumuna olan etkisi dolaylı yoldan sağlık sistemini de verimlilik ve maliyet açısından etkiler. Bu çalışmayla, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin ve bu düzeyi etkileyen faktörlerin belirlenmesi ayrıca bireylerin ilk tercih ettiği sağlık kuruluşu ile sağlık okuryazarlık düzeyi, gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve çalışma durumu arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır. Araştırma kesitsel tipte bir çalışma olup Aksaray ili merkez 10'nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-65 yaş arası 370 kişiye uygulanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik bilgi formu ve sağlık okuryazarlığı ölçeği (HLS-SF12) uygulanmıştır. Verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş ve analiz yöntemi olarak bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (One Way Anova), Spearman korelasyon testi ve ki-kare analizi uygulanmıştır. İstatiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalaması $32,84 \pm 9,34$ ($n=370$) bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı puanları gruplandırıldığında; %18,9'u yetersiz sağlık okuryazarlığı, %28,9'u sorunlu sağlık okuryazarlığı, %35,7'si yeterli sağlık okuryazarlığı ve %16,5'i mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. Araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları ile sağlık problemi bulunma durumu, kronik rahatsızlığı sahip olma, çevredekilerin tavsiyesiyle ilaç kullanma, yaş düzeyi, eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile $p < .001$ düzeyinde istatistiksel anlamlılık, medeni durum, reçetesini düzenli kullanma ve gelir düzeyiyle ise $p < 0.05$ düzeyinde anlamlılık bulunmuştur. Toplam sağlık okuryazarlığı puanı ile yaş ve eğitim düzeyi arasında $p < .001$ düzeyinde ilişki, gelir düzeyiyle arasında $p < 0.05$ düzeyinde ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca ilk tercih edilen sağlık kuruluşu ile yaş düzeyi ve çalışma durumu arasında $p < .001$ düzeyinde ilişki, eğitim ve gelir düzeyiyle ise $p < 0.05$ düzeyinde ilişki tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı daha önce yapılan birçok çalışmada bu çalışmada olduğu gibi düşük seviyelerde bulunmaktadır. Hem yapılan eski çalışmalar hem yaptığımız bu çalışmanın sonuçları sağlık okuryazarlığının etkilendiği birçok değişkeni ortaya çıkarmaktadır. Politika yapımcıların bu değişkenleri göz önünde bulundurarak sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi amacıyla sağlık ve eğitim politikalarında yapacakları düzenlemeler ve yenilikler sağlık okuryazarlığının gelişmesine katkı sağlayabilecektir. Yapılacak bu değişimler sağlık sisteminde sunulan hizmetlerin kalite ve verimliğinde artışa sebep olabilir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sadece sağlık sisteminin sorumluluğuna bırakılmamalıdır. Sağlık okuryazarlığı toplumdaki sosyokültürel ortam ve ekonomik şartlardan etkilenir. Dolayısıyla toplumun, politika yapımcıların, bireylerin, sağlık kuruluşlarının ve sağlık personellerinin bu alanda aldıkları sorumluluk ve becerilerin geliştirilmesi sürdürülebilir bir sağlık sistemi için oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler : Sağlık Okuryazarlığı, Aile Sağlığı Merkezi, Sağlık Hizmetleri

Bilim Kodu : 10106.03

Sayfa Adedi : 119

Yazar : Gökhan Alban

Danışman : Doç. Dr. Şahin Çetinkaya

ABSTRACT

Health literacy is a concept that affects individuals' health status. It is influenced by many factors, and low health literacy is associated with poor health outcomes. The impact of health literacy on individuals' health also indirectly affects the healthcare system in terms of efficiency and cost. This study aims to determine the level of health literacy in the community and the factors influencing it, as well as to examine the relationships between individuals' preferred healthcare institutions and their health literacy level, income level, education level, and employment status. The research is a cross-sectional study conducted with 370 individuals aged 18–65 who applied to the No. 10 Family Health Center in the city center of Aksaray. A sociodemographic data form and the Health Literacy Scale (HLS-SF12) were used as data collection tools. It was determined that the data were normally distributed, and the following statistical methods were applied: independent samples t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), Spearman correlation test, and chi-square analysis. Statistical significance was accepted at $p < 0.05$. The mean health literacy score of the participants was 32.84 ± 9.34 ($n = 370$). When the scores were grouped: 18.9% had inadequate health literacy, 28.9% problematic health literacy, 35.7% sufficient health literacy, and 16.5% excellent health literacy. Statistically significant relationships were found between health literacy scores and the presence of health problems, having chronic diseases, using medication based on others' recommendations, age, education level, and employment status ($p < .001$); and with marital status, regular use of prescriptions, and income level ($p < 0.05$). A statistically significant relationship was also found between total health literacy scores and age and education level ($p < .001$), and with income level ($p < 0.05$). Furthermore, significant relationships were found between the first preferred healthcare institution and age and employment status ($p < .001$), and with education and income level ($p < 0.05$). As in many previous studies, this study also found health literacy levels to be low. The results of this study, along with previous findings, reveal multiple variables that influence health literacy. Reforms and innovations in health and education policies that consider these variables could contribute to the improvement of health literacy. These changes could lead to enhanced quality and efficiency in the healthcare services provided. The development of health literacy should not be left solely to the responsibility of the healthcare system. Since health literacy is influenced by the sociocultural environment and economic conditions of society, it is essential that society, policymakers, individuals, healthcare institutions, and healthcare professionals share responsibility and develop competencies in this area to ensure a sustainable healthcare system.

Keywords : Health literacy, Family Health Center, Health Services
Science Code : 10106.03
Number of Pages : 119
Author : Gökhan Alban
Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Şahin Çetinkaya

İÇİNDEKİLER

TELİF HAKLARI VE TEZ FOTOKOPİ İZİN FORMU	i
ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI	ii
JÜRİ ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR SAYFASI	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
KISALTMALAR	xiii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	5
SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMLARI	5
1.1. Sağlık Kavramının Gelişimi	5
1.2. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	6
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	8
1.2.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	8
1.2.1.2. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	9
1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	10
1.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi	10
1.3. Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması	11
1.3.1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları	11
1.3.1.1. Aile Sağlığı Merkezleri	12
1.3.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları	12
1.3.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları	12
1.4. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı	13
1.4.1. Sağlık Okuryazarlığının Ortaya Çıkışı	14
1.4.2. Sağlık Okuryazarlığının Modeli ve Etkileşimleri	15
1.4.3. Sağlık Okuryazarlığının Avrupa ve Türkiye’deki Gelişimi	17
1.4.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	18

1.4.5. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları.....	20
1.4.6. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Gelişimi	22
1.4.7. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	25
1.4.8. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Özellikler	26
1.4.9. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Yöntemler	30
1.4.10. Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Literatür Taraması	34
İKİNCİ BÖLÜM.....	40
GEREÇ, YÖNTEM VE BULGULAR	40
2.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Tipi	40
2.2. Araştırmanın Amacı ve Problemleri.....	40
2.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	41
2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları	42
2.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	43
2.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	44
2.7. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi.....	47
2.8. Araştırmanın Etik İzni, Kurum İzni ve Ölçek Kullanım İzni.....	48
2.9. Araştırmanın Bulguları.....	49
2.9.1. Araştırmanın Betimleyici İstatistik Yöntemleri	49
2.9.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	49
2.9.1.2. Katılımcıların Araştırma Ölçeğine Verdikleri Yanıtlar	52
2.9.1.3. Araştırmanın Sağlık Okuryazarlığı Sonuçlarının Betimsel İstatistikleri	53
2.9.1.4. Araştırmanın Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gruplandırılması	54
2.9.2. Araştırmanın Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Normallik Testi.....	56
2.9.3. Araştırmanın Açıklayıcı İstatistik Yöntemleri	56
2.9.3.1. Araştırmanın Bağımsız Gruplar T-Testi Bulguları.....	56
2.9.3.2. Araştırmanın Tek Yönlü Varyans (One Way Anova) Testi Bulguları	65
2.9.3.3. Araştırmanın Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları	76
2.9.3.4. Araştırmanın Ki-Kare Analizi Sonuçları.....	76
2.9.3.5. Araştırmada Yapılan Hipotez Testleri Sonucu Çalışmanın Değerlendirilmesi	79
TARTIŞMA VE SONUÇ	80
KAYNAKLAR.....	87
EKLER.....	98
Ek1. Etik Kurul İzni.....	98
Ek2. Anket Demografik Bilgiler Bölümü	99

Ek3. Anket Ölçek Bölümü	100
Ek4. Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni	101
Ek5. HLS-SF12 Ölçek Kullanım İzni	102
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ TEZ DEĞERLENDİRME FORMU	103



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri.....	28
Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Formuna İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	45
Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Formuna İlişkin Faktör Yükleri Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı	45
Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığı Puanı Değerlendirme Aralıkları	47
Tablo 5. Sosyodemografik Özellikler.....	50
Tablo 6. Sosyodemografik Özellikler 2.....	51
Tablo 7. HLS-SF12 Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Soruları.....	52
Tablo 8. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Betimsel İstatistikleri.....	54
Tablo 9. Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gruplandırılması.....	54
Tablo 10. Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gruplandırılması	55
Tablo 11. Hastalıkların Önlenmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gruplandırılması.....	55
Tablo 12. Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gruplandırılması.....	55
Tablo 13. Sağlık Okuryazarlığı Puanları Normallik Testleri.....	56
Tablo 14. Cinsiyet Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi.....	57
Tablo 15. Medeni Durum Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi.....	58
Tablo 16. Sağlık Problemi Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi.....	60
Tablo 17. Kronik Hastalık Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi.....	61
Tablo 18. Tavsiye ile İlaç Kullanımı Bağımsız Değişkeni ve Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi	62
Tablo 19. Reçetesini Düzenli Kullanma Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi.....	63
Tablo 20. Ailesinde Sağlık Personeli Bulunma Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi	65
Tablo 21. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Yaş Düzeylerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	67
Tablo 22. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	69
Tablo 23. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Çalışma Durumlarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	71

Tablo 24. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gelir Düzeylerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	73
Tablo 25. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Sağlık Kurumu Tercihine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	75
Tablo 26. Spearman Korelasyon Analizi	76
Tablo 27. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Başvurulan Sağlık Kurumu Türleri	76
Tablo 28. Gelir Düzeyine Göre Başvurulan Sağlık Kurumu Türleri.....	77
Tablo 29. Eğitim Düzeyine Göre Başvurulan Sağlık Kurumu Türleri.....	77
Tablo 30. Çalışma Durumlarına Göre Başvurulan Sağlık Kurumu Türleri.....	78
Tablo 31. Yaş Düzeylerine Göre Başvurulan Sağlık Kurumu Türleri.....	78



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Tıp Enstitüsü (IOM) Sağlık Okuryazarlığı Modeli	15
Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığının İkili Etkileşimi	16
Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	25



KISALTMALAR

SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
IOM	: Institute Of Medicine
ASOY	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
ASOY-TR	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Türkçe Ölçeği
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
HLS-EU-Q	: Health Literacy Survey European Questionnaire
REALM	: The Rapid Estimate Of Adult Literacy İn Medicine
REALM R	: The Rapid Estimate Of Adult Literacy İn Medicine-Revised
REALM SF	: The Rapid Estimate Of Adult Literacy İn Medicine-Short Form
TOFHLA	: Test Of Functional Health Literacy İn Adults
S-TOFHLA	: The Short Test Of Functional Health Literacy İn Adults
NVS	: The Newest Vital Sign
HLS-SF12	: Short-Form Health Literacy Instrument
ICD Problems	: International Statistical Classification Of Diseases And Related Health
NST	: Non Stress Test
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı

GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığının yüksek olması, bireylerin sağlık durumlarını olumsuz etkileyen faktörlerin farkında olmasını sağlar ve bu durum, bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirme becerilerini artırır. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler, sağlık durumlarında bir bozulma meydana geldiğinde, sağlıkla ilgili kavram ve uygulamalara hâkim olarak en uygun kararları verebilirler. Sağlık okuryazarlığı, hekim-hasta ilişkisi bağlamında ele alındığında; hekimin koyduğu tanı ve başlattığı tedavinin hasta tarafından açık, net ve doğru biçimde anlaşılması ve uygulanması süreci olarak tanımlanır.

Bu kavram, literatürde ilk kez 1974 yılında Scott Simonds'un "Health Education as Social Policy" adlı çalışmasında yer almış ve tüm okullarda temel sağlık eğitimi standartlarının oluşturulması gerektiği fikriyle gündeme gelmiştir (Simonds, 1974). Sağlık okuryazarlığı kavramının hastaların sağlık durumları üzerindeki etkisi hekim hasta iletişimindeki sorunlardan kaynaklı gelişen tedavi ve sağlık hizmetlerindeki bozulmaların araştırılmasıyla ortaya çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığıyla ilgili yapılan ilk çalışmaların hedefi hastaların hekimle olan iletişimlerini kolaylaştırıcı yaklaşımlar ve argümanlar geliştirmek üzerine olmuştur (Doak vd., 1996).

Sağlık okuryazarlığının hasta ve sağlık hizmetleriyle olan ilişkisi kavramın genişlemesiyle beraber günümüzde daha geniş ve fonksiyonel olarak incelenmeye başlanmıştır. Sağlık okuryazarlığının sağlık alanındaki kullanımı genişlerken kişinin hastalıklardan korunma becerisi, uygun sağlık kuruluşu ve hekim tercihi, hekimin tanı ve tedavisine tam uyumu ve hastalığın bakım evresindeki uyumu da göz önünde bulundurarak yapılan yeni araştırmalardan çıkan sonuçlar sağlık okuryazarlığı kavramının sağlığın tüm alanları için önemini ortaya koymuştur (Akbolat vd., 2016).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin, kişisel sağlık bakımına özen göstererek sağlık durumlarını olumsuz etkileyebilecek davranışlardan kaçınmaları ve ideal sağlık düzeylerini korumaları beklenir. Ayrıca bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması sağlıklarını yeniden kazanma sürecine etki eder, sağlık hizmetlerinden elde ettikleri verimi ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır.

Sağlık durumu bozulan sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bireylerin hekimin tedavisine ve hastalığın bakım sürecine sağladıkları uyumla sağlık durumlarının düzelmesi daha kolay olmaktadır. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bireylerin uygun sağlık kuruluşunu ve hekimi tercih ederek sağlık hizmetlerini bilinçli biçimde kullanmaları beklenmektedir. Bu durum, sağlık sistemine ayrılan kaynakların daha etkin kullanılmasına olanak tanırken, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine de katkı sağlayacaktır.

Türkiye’de koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanıcılara daha kolay ulaştırılması, toplumun ve bireyin sağlığının en iyi şekilde korunup tedavi edilebilmesi gibi amaçlarla sağlık hizmeti verilen kuruluşlar basamaklara ayrılmıştır. Bunlar; birinci basamak sağlık kuruluşları, ikinci basamak sağlık kuruluşları ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıdır. Bu basamak sisteminde kullanıcıların acil durumlar dışında ilk başvurması istenilen sağlık kuruluşu birinci basamak sağlık kuruluşlarından aile sağlığı merkezleridir. Aile sağlığı merkezleri en yaygın ve temel sağlık hizmeti sunulan kuruluşlardır. Aile sağlığı merkezindeki hekimin yapacağı muayene sonucunda hastanın tedavisinin yapılması gerekir veya değerlendirme yapan hekim tarafından gerekli görülür ise hastanın üst basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirmesi yapılarak tedavi sürecine devam edilir (Başer vd., 2015).

Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı sağlık istatistikleri yıllık 2023 haber bülteninde birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuru sayısı 421.121.236 kişi olmuş ve kişi başı hekime müracaat sayısı ortalama 4,9 olmuştur. Yine aynı yılın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuru sayısına bakıldığında toplam 552.397.851 kişinin başvurduğu ve kişi başı hekime müracaat oranının 6,5 olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2024). Sağlık Bakanlığı istatistiklerine bakıldığında birinci basamak sağlık kuruluşlarının kullanımı ve kişi başı hekime müracaat oranları ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının gerisinde kaldığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunum sistemine göre değerlendirildiğinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının daha yaygın, verimli ve etkin bir şekilde kullanılması gerekmektedir.

Bu durum ile alakalı olarak sağlık politika yapıcıları gerekli sağlık politikalarını 2024 yılında yayımlanan kalkınma planında hedef olarak belirlemişlerdir. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından yayımlanan 2024 ve 2028 yıllarını kapsayan 12. kalkınma planının sağlık alanındaki politikalarına bakıldığında birinci basamağın güçlendirilmesi aile hekimliği birimlerinin artırılması, ikinci ve üçüncü basamağa başvurunun birinci basamakta görevli hekimler ışığında yapılmasının sağlık sisteminin öncelikleri arasında olması gerektiğine yer verilmiştir. (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023).

Bu çalışmanın amacı ise birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılmasıdır. Ayrıca bu bireylerin ilk başvurduğu sağlık kuruluşu tercihinin; sağlık okuryazarlık düzeyi, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve çalışma durumuyla arasındaki muhtemel ilişkilere bakılacaktır.

Sağlık sisteminde birinci basamağın yeri oldukça önemli ve temeldir. Sağlık Bakanlığı tarafından 12. kalkınma planında birinci basamak sağlık kuruluşlarının etkin ve verimli kullanımını dikkate alan politikalarla da bu görüş desteklenmektedir. Sağlık okuryazarlığı sağlık sistemine birçok yönüyle etkisi olan bir kavramdır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ortaya çıkarılması ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi toplumun sağlık okuryazarlığı durumunu görmek açısından oldukça önemlidir. Ayrıca bireylerin sağlık kurumu tercihinin ilişkili olduğu kavramlara bakan çok az sayıda araştırma vardır. Yapılan bu çalışma ile kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri bu düzeyi etkileyen faktörler ve bu kişilerin sağlık kurumu tercihiyle sağlık okuryazarlığının, eğitim durumunun, gelir düzeyinin, yaş düzeyinin ve çalışma durumunun ilişkisi araştırılacaktır. Bireylerin ilk tercih ettiği sağlık kuruluşunda hangi faktörlerin etkili olduğunu inceleyen çalışma sayısı çok azdır. Böylece yapılan bu çalışmayla literatürdeki bu boşluğa katkı sağlanacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın son dönemlerde sağlık okuryazarlığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı ile alakalı oluşturduğu politikalarda bu konunun sağlık sisteminin etkin ve verimli kullanımı açısından önemini göstermektedir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetleri kullanımına etkilerini inceleyen yeni araştırmalar yapılması sahadaki durumun anlaşılması ve bu durumu etkileyen faktörlerin açıklanması açısından oldukça önemlidir. Literatürde bu konuyla alakalı yapılan çalışmalar çok kısıtlı kalmaktadır.

Bu araştırmanın verileri Aksaray ili merkez 10'nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı 18-65 yaş arasındaki kişilere rastgele örneklem seçimi yöntemiyle yüz yüze anket uygulanarak toplanmıştır. Araştırmanın evrenini 9.732 kişi oluşturmaktadır, evrenden örneklem sayısı belirleme formül kullanma yöntemiyle yapılmıştır. Yapılan hesaplama sonucunda bu araştırmanın 370 kişiye uygulanması gerektiğine karar verilmiştir.

Bu araştırmanın soruları şunlardır;

Soru 1: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları yaş, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve tercih ettiği sağlık kuruluşuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

Soru 2: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlık puan ortalamaları cinsiyet, medeni durum, kronik rahatsızlığı bulunması, sağlık problemi yaşaması ve ailesinde sağlık personeli bulunmasına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

Soru 3: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyi, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, yaş düzeyi ve çalışma durumu ile ilk tercih ettiği sağlık kuruluşu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Araştırma Aksaray merkez 10'nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır ve araştırmadan çıkan sonuçlar ancak bulunduğu aile sağlığı merkeziyle ilişkilendirilebilir bu durum araştırmanın sınırlılığıdır. Araştırmanın veri toplama aşamasında katılımcıların anket sorularını içtenlikle ve dikkatle okuyup işaretledikleri varsayılmaktadır. Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlendiği için 18-65 yaş arasındaki nüfus ile çalışma yapılmıştır. Araştırmaya katılanların herhangi bir zihinsel engeli bulunmamaktadır.

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) programının 29. versiyonu kullanılarak yapılmıştır. İlk etapta araştırmadan elde edilen verilerden sürekli veri olanların ortalama ve standart sapmaları, kategorik veri olanların sayı ve yüzdeleri gösterilmiştir. Devamında araştırma verilerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilks testleri ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesinden dolayı parametrik testlerden yararlanılmıştır. Araştırmanın metodolojisine uygun olarak istatistiksel anlamlılık ve ilişki testleri yapılmıştır.

Araştırma verilerinin analizinde kullanılan parametrik testler; verilerden iki kategorili değişkenler (bağımsız değişkenler) ile sürekli değişken (bağımlı değişken) arasındaki anlamlı farklılık testi olarak bağımsız gruplar t-testi, üç ve daha fazla kategoriden oluşan değişkenler (bağımsız değişken) ile sürekli değişken (bağımlı değişken) arasındaki anlamlı farklılık testi olarak tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) yapılmıştır. Araştırmada kullanılacak ilişki testleri bağımlı değişkenin sürekli ve bağımsız değişkenlerin ordinal (sıralı) değişken olmasından dolayı Spearman Korelasyon testidir. İki kategorik değişkenin ilişki testinde ise ki-kare bağımsızlık testi kullanılmıştır. Araştırmada istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmanın birinci bölümünde, sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık okuryazarlığı kavramları hakkında açıklayıcı bilgiler verilmiştir. İkinci bölümünde ise araştırmanın gereç, yöntem ve bulguları verilmiştir. Tartışma ve sonuç bölümünde çalışmadan elde edilen veriler alandaki diğer çalışmalarla kıyaslanmış ve çeşitli öneriler sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMLARI

Sağlık kavramının tanımının yapılması sadece teorik bir olay değildir. Sağlık tanımının sağlık uygulamaları, sağlık politikaları, sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi gibi kavramlar üzerinde etkisi vardır (Marks vd., 2000). Sağlığın tanımından etkilenen bu kavramların ise; politika yapıcılar, sağlık personelleri ve sağlık hizmeti kullanıcıları üzerinde etkisi vardır. Dolayısıyla sağlık kavramının tanımının yapılması sadece teorik bir olay olarak görülemez ve sağlığın tanımının yapılması tüm sağlık alanına etkisi olan bir olaydır (Flick, 1998).

1.1. Sağlık Kavramının Gelişimi

Sağlık kavramını tanımlamak üzerine geçmişten günümüze çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Sağlık kavramı tanımının sağlık alanında etkisi yüksektir. 20. yy. başlarında sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı olarak tanımlanmaktaydı. Bu tanım günümüz sağlık tanımına göre daha basit bir tanımlamaydı. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kurulması ve sağlık tanımının DSÖ tarafından indirgemeci ve dar olarak görülmesiyle beraber bu tanımlama 1948 yılında oluşturulan DSÖ anayasasında “*Sağlık yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.*” şeklinde güncellenmiş ve sağlığın günümüzdeki tanımı ortaya çıkmıştır (World Health Organization [WHO], 1946).

DSÖ tarafından zaman zaman sağlık kavramı tanımında değişikliğe gidilmesine dair çeşitli adımlar atılmış olsa da günümüze kadar sağlığın tanımını ve bu tanımın sağlığa bakış açısını değiştirecek herhangi bir gelişme olmamıştır (WHO, 1978; WHO, 1986).

DSÖ anayasasında 1948 yılında kabul gören bu yeni tanımlama ile dünyadaki sağlık anlayışı da değişmiştir. Daha önceleri dünya literatüründe sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı olarak tanımlanan sağlık kavramı yeni düzenlemeyle beraber hastalık ve sakatlıkların

oluşumunun azaltılması, toplumun sosyal yönden geliştirilmesi gibi birçok yeni sağlık politikasının oluşmasını da sağlamıştır. Birçok küresel ve ulusal sağlık sisteminde sağlığın yeni tanımına uygun olarak değişen ve gelişen sağlık politikaları oluşmuştur. Yeni sağlık politikalarına ve değişen sağlık anlayışına uygun olarak çeşitli sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır (Jadad ve O'Grady, 2008).

DSÖ'nün 1948 yılında sağlığın tanımında yaptığı değişim ve düzenlenen konferanslar arayıcılığıyla bu tanımlamada yaptığı güncellemelerle beraber değişen sağlık politikalarının, küresel ve ulusal sağlık sistemlerine olumlu katkılarının yanı sıra uygulanan bu politikaların yaşlılık ve kronik hastalıkları arttığı ve bu durumunda sağlık sistemlerini zor durumda bıraktığına dair eleştirilerde mevcuttur. Bu eleştirilerinin ana noktası DSÖ'nün sağlık tanımının çok ütöpik olduğu ve günümüz şartlarına uygun bir şekilde güncellenmemesidir (The Lancet, 2009).

Esasında eleştirilerin ve atılan adımların ortak noktası herkese uygun tek bir sağlık tanımının yapılamamasından kaynaklanır. Sağlık kavramının algılanışı toplumlar arasında farklılık gösterebilmektedir, kimi toplumlarda sağlıklı olarak tanımlanabilecek kişiler kimi toplumların sağlıklı kategorisine giremeyebilir. Bazı kültürlerde sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı sağlıklı olma ölçütü olarak kabul edilirken bazı kültürlerde ise kişilerin toplumla olan ilişkilerinin topluma uygunluğu da bir sağlık ölçütü olabilmektedir. Dolayısıyla genel sağlık kavramı sübjektif sağlık, kişinin kendi kendine sağlıklı olup olmadığını tanımlaması ve objektif sağlık, hekim muayenesi ve tetkikler ile kişinin sağlıklı olup olmadığının tanımlanması olarak ikiye ayrılmaktadır (Leonardi, 2018).

1.2. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri toplum ve insan sağlığının korunması, geliştirilmesi ve ihtiyaç olması halinde tedavi edilmesinin amaçlandığı bir hizmet türüdür. DSÖ'nün kuruluşuyla beraber değişen ve gelişen sağlık tanımına paralel günümüze kadar sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitli politika değişiklikleri olmuştur. Zamanla yaşanan bu politika değişiklikleriyle beraber sağlık hizmetlerinin sunumu sadece kişisel sağlığın korunması ve geliştirilmesinden çok tüm toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi gerektiğine evrilmiştir ve buna uygun yeni sağlık politikaları ve sağlık hizmetleri gelişmiştir (Çelikay ve Gümüş, 2010).

Değişen ve gelişen sağlık politikaları ile günümüzde sağlık hizmetleri veriliş amaçlarına göre; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık

hizmetleri ve sağlının geliştirilmesi olarak sınıflandırılır (Aytaç ve Aslan, 2023). Tüm dünyada sağlık hizmetleri belirli bir sistem çerçevesinde sunularak bütün sağlık sistemi kullanıcılarının sağlının korunmasını, tedavi edilmesi ve geliştirilmesi hedeflenmektedir. Zamanla değişen sağlık politikalarının da gösterdiği üzere sağlık hizmetleri toplumun geneline eşit ve adaletli bir şekilde sunulması gereken bir hizmet türüdür (Çelik, 2011). Sağlık hizmetlerinin sunum ve kullanımından oluşacak maliyetlerin toplumun karşılayabileceği bir düzeyde tutulması elzemdir. Sağlık hizmetlerinin sunum ve kullanımından kaynaklı oluşan maliyetlerin toplumun karşılama gücünü aşması durumunda kamu kaynaklarıyla karşılanması, sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine ulaştırılabilmesi açısından önemlidir. Böylelikle sağlık hizmetleri toplumun her kesimi için ulaşılabilir olacaktır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu veya özel sağlık hizmet sağlayıcıları birlikte kullanılabilir (Akdur, 2006).

Sağlık hizmetlerinde 1948 yılında DSÖ'nün kurulması ile uluslararası alanda çeşitli sağlık hizmeti standartları belirlenmeye başlanmıştır. DSÖ tarafından belirlenen bu hedeflere tüm paydaşlarının ulaşması beklenmektedir (WHO, 1948). DSÖ'nün 1978 yılında Kazakistan'ın Alma Ata kentinde düzenlediği konferansla birinci basamak sağlık hizmetlerinin uluslararası sağlık politikalarının oluşumunda önemsilmesi ve temel alınmasını içeren tavsiyelerde bulunulmuştur. Ayrıca bu konferansla genel olarak kabul edilmiş perspektife göre sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak ayrılmıştır. Aynı zamanda temel sağlık hizmetlerinin uluslararası alanda yaygınlaştırılması ve birinci basamağın geliştirilmesi bu konferansın en dikkat çeken önerileri olmuş ve ilerleyen dönemlerde geliştirilen sağlık hizmetleri bu politikayı hedef almıştır (WHO, 1978).

DSÖ'nün 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde düzenlediği konferansla sağlık hizmetlerinde artık yeni bir politika olarak sağlının geliştirilmesi kavramı ortaya çıkmıştır. Sağlının geliştirilmesi kavramı, sağlının sadece hastalıkların tedavisi ve tıbbi hizmetlerin sağlanması olarak tanımlanamayacağını ve sağlının toplumun sosyal belirleyicilerinden; eğitim düzeyi, gelir düzeyi, barınma, çevre şartları ve sosyal imkanlar gibi etmenlerden etkilendiğini dolayısıyla sağlık kavramının tanımın bu etmenlerinde göz önünde bulundurularak değiştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu konferansın en dikkat çekici noktası ise sağlık hizmetleri ve halk sağlının geliştirilmesi yönünde yaptığını önerilerdir. Bu konferansta toplumun sağlık durumunun en üst düzeyde tutulması için temel sağlık hizmetlerinin yaygınlığı ve önemi kadar, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin

yaygınlaşmasının önemi de vurgulanmıştır. Dolayısıyla 1986 yılından sonra sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesini sağlayacak sağlık hizmetlerinin de eklenmesi ile artık veriliş amacına göre 4 basamakta sınıflandırılmıştır (WHO, 1986).

Sağlık hizmetlerinin veriliş amaçlarına göre sınıflandırılması (WHO, 1986);

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilit Edici Sağlık Hizmetleri
- Sağlığın Geliştirilmesi

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlıklı bir toplum için o toplumun her bir ferdinin sağlık durumunun korunması ve geliştirilmesi gerekir. Sağlık hizmetleri sadece tedavi ve rehabilitasyon döneminde değil hastalıklardan korunma ve hastalık koşullarının oluşumunun engellenmesi veya azaltılmasıyla da sağlanmaktadır (Çıraklı ve Sayım, 2010). Sağlıklı bir toplum için birey ve bireyin çevresinde sağlık durumunu bozacak etmenlerin önlenmesi veya azaltılması koruyucu sağlık hizmetleriyle sağlanır. Koruyucu sağlık hizmetleri bireylerin sağlıklarında geri dönüşümsüz sorunların çıkmasını engeller ve gelecekte oluşabilecek sağlık maliyetlerinin azaltılmasında olumlu yönde katkı sağlar. Koruyucu sağlık hizmetleri topluma iki şekilde sunulur bunlar; çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir (Sarp, 2018).

1.2.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle toplumun sağlığını bozacak çevresel faktörlerin azaltılması veya engellenmesi hedeflenir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenlerin bireyin ve toplumun sağlık durumunu bozmasını engellemektir (Akman ve Kopuz, 2021). Bunun yapılabilmesi için su ve atık yönetimi, hava kalitesinin iyileştirilmesi, gıda güvenliğinin sağlanması, çevresel bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, ışık ve gürültü kirliliğinin önlenmesi, doğal afetlere hazırlık ve müdahale planlarının oluşturulması, kimyasal maddelerin kontrolü ve iklim değişikliği gibi esasında birçoğu toplumun sağlık durumunu direkt olarak etkilediği

görülmeven bu dış etkenlere hazırlıklı ve kontrollü yaklaşımlar tasarlayarak toplum sağlığını bozucu etkiler sergilemeden engellenmesi veya etkilerinin en aza indirilebilmesi açısından oldukça önemlidir (Akdur, 2006).

1.2.1.2. Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle bireyin ve toplumun sağlığını bozacak faktörlerden korunması hedeflenir. Bireyin sağlık durumunun korunması amacıyla sağlık kuruluşları ve sağlık personelleri tarafınca verilen sağlık hizmetleri 3 aşamada gösterilebilir bunlar; hastalıkların oluşumunu önleyici müdahaleler, hastalığının erken tanı ve tedavisi, hastalığın ilerlemesinin engellenmesidir. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi amacıyla yapılması gereken çalışmalar ise aşılama, sağlık eğitimi, erken tanı ve tedavi, acil müdahale, kişisel hijyen, sağlık durumunu bozacak alışkanlıklardan kurtulma, anne ve çocuk sağlığı, ilaç ve tıbbi cihaza erişim, sağlıklı beslenme alışkanlığının sağlanmasıdır. Bu çalışmaların yapılmasıyla bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlanmış olur (Basan ve Bilir, 2016).

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

İnsanlar sağlık durumlarını bozacak herhangi bir yaralanma veya hastalık yaşamaları durumunda sağlık hizmetine ihtiyaç duyarlar. Bu hizmet sağlık kuruluşlarında muayene, tanı-tetkik ve tedavi şeklinde sağlanır. Bu durumda topluma sunulan sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri olarak adlandırılır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ayakta tedavi, yatarak tedavi ve evde sağlık hizmetleri şeklinde sunulmaktadır. Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda durumu hafif olarak değerlendirilen hastalar ayaktan tedavi verilen hizmet birimlerinde tedavilerini olurlar. Daha karmaşık ve gözetim altında tedavi olması gereken hastalar ise yatarak tedavi hizmetlerinden faydalanır. Ayaktan tedavi yatarak tedaviye göre daha uygun maliyetli bir sağlık hizmetidir (Çavmak ve Çavmak, 2017).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinden, sağlık kuruluşlarına fiziki olarak başvurmasına engel teşkil eden veya zorlaştırmacı durumlardan dolayı faydalanamayan kişilere yönelik evde sağlık hizmetleri yürütülmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumu belirli bir sistem içerisinde gerçekleşir bu sisteme sevk zinciri adı verilir. Sağlık kurumlarında durumu karmaşık olmayan ve ayakta tedavi edilebilme imkânı olan hastalara ayaktan tedavi sağlanır. Bu merkezlerce halledilemeyen durumu gözlem altında tedavi gerektiren ya da uzman

görüşü istenen hastaların ise bir üst merkeze sevkinin sağlanması gerekmektedir. Sağlık sistemi bu şekli ile en uygun maliyetle en iyi hizmeti vermeye odaklıdır. Bu durum açıklanacak olursa sağlık kuruluşuna ilk başvuru aile sağlığı merkezleri bir üst merkez olarak devlet hastanelerine hastaları yönlendirebilir. Devlet hastaneleri ise bir üst merkez olarak eğitim araştırma hastanelerine tedavisini sonlandıramadığı hastaların sevkini sağlayabilmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010).

1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Toplumda meydana gelen hastalık, kaza veya afet gibi olaylar sonucunda insanlarda fiziksel engel veya psikolojik hasar oluşumu gibi kişilerin gündelik yaşantılarını büyük oranda etkileyen durumlar yaşanabilir. Bu durumu yaşayan insanların bu olumsuz etkileri en az kayıpla atlatmasını sağlamak amacıyla ayaktan veya yatarak tedavi altına alındığı eski fiziksel hal veya psikolojik durumlarına gelmelerine yardım edilen sağlık hizmetlerine rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri denir (Uysal vd., 2020).

1.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi

İnsanların sağlık durumunun bozulması öz sağlık bakımı ve yaşam tarzıyla ilişkilidir. İnsanların sağlıklarının bozulması veya iyileşmesinde bu etkenlerin rolü büyüktür. İnsanların daha sağlıklı ve uzun bir yaşam sürdürebilmesi sağlıklı bir yaşam tarzıyla alakalıdır. Topluma sağlıklı bir yaşam tarzı kazandırmak ve sağlık durumları ile ilgili bireysel sorumluluk almaları için gerekli eğitim ve bilgilendirilmeleri sağlamak amacıyla sağlığın geliştirilmesi sağlık hizmetleri sunulmaktadır (Sarp, 2018). Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ile insanların sağlık durumlarında, yaşam kalitesinde ve yaşam sürelerinde artış hedeflenmektedir. Türkiye’de sağlığın geliştirilmesi amacıyla tüm illerde sağlıklı hayat merkezleri açılmıştır. Sağlıklı hayat merkezleri ile obezite, alkol ve sigara kullanımı, kanser erken teşhis ve tarama, aile planlaması ve psikolojik destek gibi konularda birinci basamak sağlık hizmetlerinin kolaylaştırılması, etkinleştirilmesi ve desteklenmesi hedeflenmektedir (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016).

1.3. Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması

Sağlık hizmetleri toplumu oluşturan herkese sağlanması gereken en temel ve zaruri haklardan biridir. Sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine en uygun şekilde ulaştırılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine sunulabilmesi için belirli bir sistem etrafında sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilmelidir (Akdur, 2000).

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olarak ayrılmaktadır. Toplumun sağlık hizmetlerine en verimli ve geniş bir şekilde ulaşabilmesi için sağlık hizmetleri sağlayan kuruluşlar; birinci basamak sağlık kuruluşları, ikinci basamak sağlık kuruluşları ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak ayrılmaktadır (Sarp, 2018).

Sağlık kuruluşları sağlık hizmet basamakları arasında koordinasyon halinde hareket ederler. Acil durumlar hariç sağlık durumu bozulan bir kişinin ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurması sağlık hizmetlerinin verimliliği için oldukça elzemdir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında değerlendirilen hastalardan ileri tetkik ve tedavi alması gerekenler için ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirmesi yapılmaktadır. İkinci basamak sağlık kuruluşlarında alanında uzman sağlık personelleri tarafından yatarak veya ayaktan sağlık hizmetleri sağlanır. İkinci basamak sağlık kuruluşlarından daha ileri tetkik ve tedavi içinde üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına hastaların yönlendirmesi sağlanır. İkinci ve üçüncü basamak arasındaki en temel fark üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yoğun bilgi ve teknoloji kullanılarak alanında uzman ekiplerce verilen sağlık hizmetleri oluşturur.

1.3.1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları

Sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasıyla topluma sağlık hizmetlerinin kolay ve verimli bir şekilde ulaştırılması hedeflenir. Buna istinaden toplumun her kesimi için en ulaşılabilir sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşlarıyla sağlanır. Birinci basamak sağlık kuruluşları tedavi edici sağlık hizmetlerinin ilk basamağı olan ve hastaların hekime ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaştıkları aile sağlığı merkezlerini de içine alan sağlık hizmetleri basamağıdır (Akman ve Tarım, 2020).

Birinci basamak sağlık kuruluşları kamu ve özel sağlık kuruluşları olarak ikiye ayrılmaktadır. Birinci basamak kamu sağlık kuruluşlarını; aile sağlığı merkezi, acil sağlık hizmetleri, toplum sağlığı merkezi, halk sağlığı hizmetleri ve diğer kamu birinci basamak sağlık kuruluşları oluşturur. Birinci basamak özel sağlık kuruluşlarını ise; özel ağız ve diş

sağlığı merkezleri, özel sağlık merkezleri ve diğer birinci basamak özel sağlık kuruluşları oluşturur (Sağlık Bakanlığı, 2022).

1.3.1.1. Aile Sağlığı Merkezleri

Sağlık hizmeti sunumunda birinci basamak sağlık kuruluşları arasında en kapsamlı, temel ve yaygın yeri aile sağlığı merkezleri oluşturur. Aile sağlığı merkezleri yaygın, maliyeti uygun ve ulaşılabilir temel sağlık hizmetlerinin sağlandığı kuruluşlardır. Aile sağlığı merkezleri aile hekimliği birimlerinden oluşmaktadır. Belirli bir nüfusa hizmet sağlayan aile hekimliği birimleriyle toplumun her kesimine kaliteli ve kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti sunmak hedeflenmektedir. Ayrıca bu merkezler koruyucu sağlık hizmetleri, ayaktan tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi gibi sağlık hizmetlerinin verildiği veya başlangıcının oluşturulduğu sağlık kuruluşlarıdır (Tengilimoğlu vd., 2014).

1.3.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları

Sağlık hizmetleri sunumunda ayaktan veya yatarak alanında uzman sağlık personelleri tarafınca ileri sağlık hizmetlerinin sağlandığı kuruluşlara ikinci basamak sağlık kuruluşları denir. İkinci basamak sağlık kuruluşlarının temel görevi tedavinin verilmesidir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarınca verilemeyen sağlık hizmetleri alanında uzman sağlık personeli tarafından ikinci basamak sağlık kuruluşlarınca sağlanır (Atasever ve Bağcı, 2020). İkinci basamak sağlık kuruluşları kamu ve özel sağlık kuruluşları olarak ikiye ayrılmaktadır. İkinci basamak kamu kuruluşları; devlet hastaneleri, entegre ilçe devlet hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı hastaneleridir. İkinci basamak özel sağlık kuruluşları; özel hastaneler, tıp merkezleri ve diyaliz merkezleridir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

1.3.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları

Sağlık hizmetleri sunumunda ileri tetkik ve tedavi hizmetlerinin sağlandığı sağlık kuruluşlarıdır. Bu sağlık kuruluşlarının ikinci basamak sağlık kuruluşlarından ayrıştığı nokta ileri teknoloji ve bilginin kullanılmasıdır. Bu sağlık hizmetlerinin en fazla sağlandığı sağlık kuruluşları eğitim ve araştırma hastaneleridir. Bu sağlık kuruluşlarında tetkik ve tedaviler uzman sağlık ekipleri tarafından yoğun bilgi ve teknoloji kullanılarak sağlanmaktadır (Aytaç ve Aslan, 2023). Üçüncü basamak sağlık kuruluşları; eğitim ve araştırma hastaneleri, özel

dal hastaneleri ve sağlık bakanlığınca yapılan değerlendirme sonucunda uygun görülen sağlık kuruluşları     nc  basamak sağlık kuruluşu olarak adlandırılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

1.4. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Toplumlar geçmişten günümüze sürekli bir gelişme halinde yaşamlarını sürdürmektedir. Gelişen bu yaşam koşullarına sağlık hizmetleri de entegre olmuştur. DSÖ'nün kurulmasıyla beraber sağlık ve sağlık hizmetlerinde çeşitli gelişmeler yaşanmıştır. DSÖ'nün sağlık tanımında yaptđđ değer'işim ve güncellemeler birçok yeni sağlık politikasının oluşmasını sağlamıştır (WHO, 1976; WHO, 1986). Oluşturulan yeni sağlık politikalarıyla sağlık sistemleri giderek güçlenmiştir. Güçlenen sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinin toplumun geneline eşit, adaletli ve yaygın bir şekilde sunulmasına olanak sağlamıştır. Toplumun geneline yaygın ve eşit bir şekilde sunulan sağlık hizmetleriyle beraber toplumun sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaşmıştır. Ulaşılabilir ve yeni teknolojik gelişmelerle desteklenen sağlık hizmetleri toplumun sağlığa bakış açısını değer'işirmiştir. Gelişen sağlık teknolojileri, sağlık bakım olanakları ve sağlık hizmetleriyle beraber toplumun sürekli bakım gerektiren rahatsızlıklarında artış olmuştur. Bununla beraber toplumda sürekli bir sağlık hizmeti gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmet ve teknolojilerinin sık kullanımı ise beraberinde sağlık harcamalarında artış meydana getirmiştir (Güven, 2016).

Yirminci yüzyılda toplumun yařadıđđ gelişmelere paralel sağlık alanında da önemli gelişmeler olmuştur. Gelişen sağlık politikaları artan hastalıklardan korunma yolları ve etkili tedavi yöntemleriyle artık enfeksiyon hastalıklarının yerini kronik rahatsızlıklar almıştır. Ayrıca sunulan sağlık hizmetleri kadar birey ve çevresinin de sağlıklı yaşam konusundaki önemi ortaya çıkmıştır. Günümüzde beslenme biçimi, egzersiz ve meditasyon gibi kişiye bedensel ve ruhsal açıdan din  tutacak yaşam biçimleri sağlıklı olmak adına oldukça önem kazanmıştır (Sezgin, 2013). Zamanla gelişen ve değer'işen sağlık sistemleri toplumun sağlık hizmetlerinden beklentisini de artırmıştır. Toplumun artan sağlık hizmeti beklentisi ve buna paralel artan sağlık harcamalarıyla oluşan tablo, sağlık sistemlerinde sağlık hizmeti kullanıcılarının da çeşitli sorumluluklar alması gerektiğini ortaya  ıkarırmıştır (Bolhman vd., 2004).

1.4.1. Sağlık Okuryazarlığının Ortaya Çıkışı

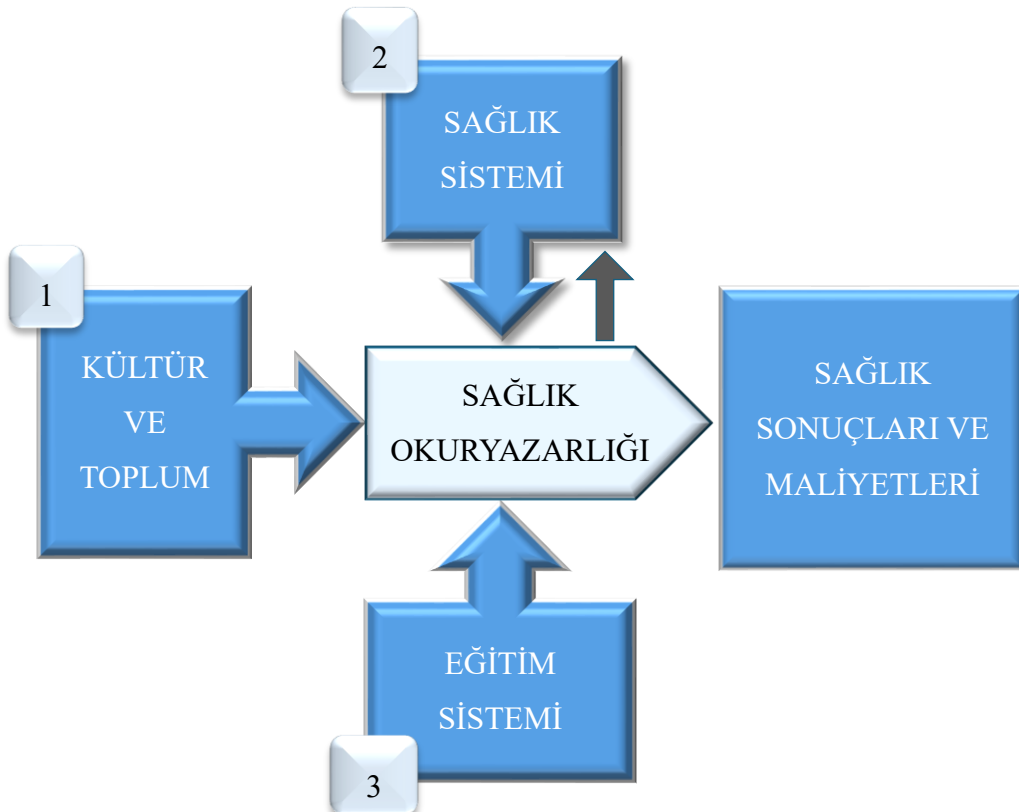
Toplumlar sürekli bir gelişim halinde yaşamlarını sürdürmektedir. Gelişen yaşam koşulları ise insan hayatına sürekli yeni bilgiler kazandırmaktadır. Sağlık alanında ise bu gelişmelere paralel insanların mevcut sağlık durumlarını anlayıp yorumlaması ve herhangi bir sağlık sorunu yaşamalarında olası ihtimalleri göz önünde bulundurarak hareket etmesini sağlayacak yeteneklere sahip olmasını içeren bir kavram olarak sağlık okuryazarlığı ortaya çıkmıştır (Gözlü, 2020). Okuryazarlık kavramına geleneksel olarak bakıldığında okuma ve yazma becerisine sahip olmak olarak tanımlanır. Sağlık okuryazarlığı ise sağlık ile alakalı kavramları anlama ve sağlık durumu ile alakalı kararlar alabilmek olarak tanımlanır. Sadece sağlık kavramlarının okuryazarı olmak sağlık okuryazarlığı için yeterli değildir. Bireyin sağlık kavramlarının kendisi için önemini kavramış ve sağlık durumu ile alakalı yerlerde bu bilgileri kullanabiliyor olması beklenir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı dinleme, konuşma ve kavramsal bilgileri anlamayı içerir (Sezgin, 2013).

Literatürde sağlık okuryazarlığı ile alakalı yapılan ilk çalışma olarak tüm okullarda temel standartları karşılayabilecek bir sağlık eğitimi adı altında 1974 yılında Scott K. Simonds tarafından yapılan “Health Education as Social Policy” adlı çalışmadan bahsedilir. Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı kavramının günümüzdeki kullanımından daha çok sağlık okuryazarlığının sosyal politika rolünden bahsetmiştir (Simonds, 1974). Sağlık okuryazarlığı kavramının günümüzdeki şekliyle kullanımı sağlık okuryazarlığının hastaların sağlık durumuna olan etkisinin araştırılmasıyla ortaya çıkmıştır. 1980 yıllarında Len ve Ceci Doak tarafından başlayan hekim ve hasta iletişimindeki sorunlardan kaynaklanan tedavi ve sağlık hizmetlerindeki bozulmaların araştırılması, günümüz sağlık okuryazarlığı kavramına yakın olarak yapılan ilk çalışmalardandır. Bu çalışmanın hedefi hastaların hekimle olan iletişimlerini kolaylaştırıcı yaklaşımlar ve argümanlar geliştirmek üzerine olmuştur. (Doak vd., 1996). Sağlık okuryazarlığı Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) doğan ve gelişen bir kavram olarak dikkat çekmektedir. Yapılan ilk çalışmalar bu alanda geliştirilen politikalar olarak ABD sağlık okuryazarlığı konusunda dünyada öncü olmuştur. Sağlık okuryazarlığı kavramının öne çıkması ve popülerliğinin artmasıyla beraber standart tanım ve yaklaşım oluşturmak üzerine önemli çalışmalar yapılmıştır. 2000’li yılların başında Ratzan ve Parker (2000) tarafından sağlık okuryazarlığı *“Bireylerin uygun sağlık kararları almak için ihtiyaç duydukları temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini işleme ve anlama kapasitesine sahip olmak.”* olarak tanımlanmıştır.

DSÖ sağlık okuryazarlığını 1998 yılında “Sağlık okuryazarlığı insanların kendileri, aileleri ve toplumları için sağlık durumlarını geliştirip sürdürebilecek şekilde sağlık bilgisine erişme, sağlık bilgisini anlama ve kullanma yeteneğidir.” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2013). Sağlık okuryazarlığı insanların sağlık bilgi birikimidir bu bilgi birikiminin genel olarak yüksek olması bu kişilerin sağlıklarını ideal bir şekilde devam ettirebilmelerine olanak sağlar ve kişilerin sağlık durumlarının bozulması, hastane yatış durumu, mortalite ve sağlık maliyetlerindeki artışta sağlık okuryazarlık düzeyleriyle ilişkilidir (Lorini vd., 2018).

1.4.2. Sağlık Okuryazarlığının Modeli ve Etkileşimleri

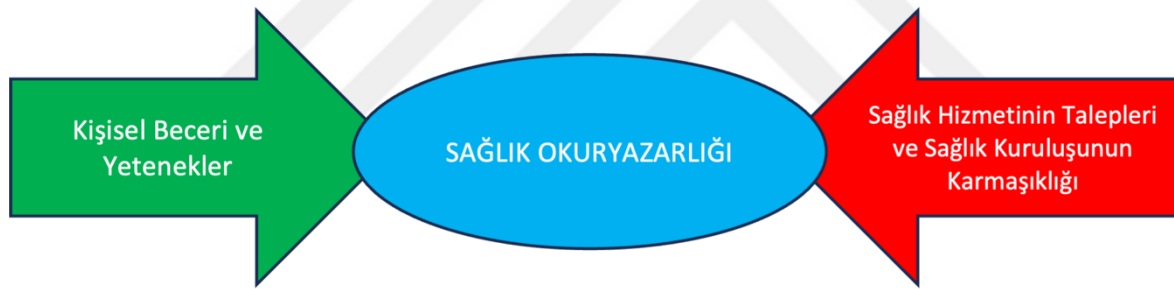
Sağlık okuryazarlığı kavramı ortaya çıktığında yapılan ilk çalışmalar sağlık okuryazarlığını tanımlamak üzerineydi. Daha sonra sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmeye ve devamında düşük sağlık okuryazarlığının ilişkili olduğu kavramların ortaya çıkarılmasına odaklanan çalışmalar ortaya çıkmıştır. 2004 yılındaki Institute of Medicine [Tıp Enstitüsü] (IOM) raporunda sağlık hizmetlerindeki kaliteyi iyileştirme, sağlık maliyetlerini düşürme ve bireyler arası eşitsizlikleri azaltma çabalarının sağlık okuryazarlığındaki iyileştirmeler ile entegre edilmeden genel bir başarıyı elde edilemeyeceğini savunmuştur (IOM, 2004).



Şekil 1. Tıp Enstitüsü (IOM) Sağlık Okuryazarlığı Modeli Kaynak: (Parker vd., 2003)

2003 yılında Ratzan ve arkadaşları ABD için sağlık okuryazarlığını önemli bir politika olarak tanımlayan bir makale yayınladılar bu makalede toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin ortaya çıkarılması, düşük sağlık okuryazarlığı ile ilgili eşitsizliklerin azaltılması, hükümet politikalarında sağlık okuryazarlığının öncelikli hale getirilmesi ve sağlık okuryazarlığının sağlık personeli eğitimlerinin bir parçası haline getirme gibi önerileri de konu olan bir makale yayınladılar. Şekil 1’de görüldüğü üzere 2004 yılında IOM’un çalışmasında modellenen ve birçok sağlık okuryazarlığı çalışmasının da ortak noktasını oluşturan bireysel sağlık okuryazarlığı düzeyinin kültür ve çevre, sağlık sistemi ve eğitim sisteminin ortak bir çıktısı olduğudur. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ise kötü sağlık sonuçları ve artan sağlık maliyetleri ile ilişkilendirilmiştir (Parker vd., 2003).

Şekil 2’de görüldüğü üzere sağlık okuryazarlığı sağlık bilgisi veya sağlık hizmetine ihtiyaç duyan birinin, kişisel beceri ve yetenekleriyle talepte bulunduğu sağlık bilgisi veya sağlık hizmetinin o kişiden talepleri ve sağlık kuruluşunun karmaşıklığı ile uyumlu hale gelmesiyle oluşur.



Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığının İkili Etkileşimi *Kaynak: (IOM,2009)*

Sağlık okuryazarlığı konusunda kişilerin alacakları eğitimlerle sağlık konusundaki beceri ve yetenekleri artırılabilir. Ayrıca sağlık sisteminin kullanıcılardan olan taleplerini ve sağlık kuruluşlarının kullanıcılar tarafından anlaşılabilirliği artırılarak sağlık okuryazarlığına müdahale edilebilir. Bunun için sağlık kuruluşlarının kullanıcılar tarafından anlaşılabilir, gezilebilir şekilde tasarlanması önemlidir (IOM, 2009). Düşük sağlık okuryazarlığı sadece kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkili değildir. Ayrıca gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık maliyetlerindeki artışla da ilişkilidir. Vernon ve arkadaşları tarafından ABD’de düşük sağlık okuryazarlığının toplam maliyeti üzerine yapılan bir araştırmada tüm kişisel sağlık harcamalarının %7 ile %17’sinin (Yaklaşık yıllık 106 milyar ile 238 milyar dolar arası) düşük sağlık okuryazarlığından kaynaklanabileceğini tahmin etmiştir (Vernon vd., 2008).

1.4.3. Sağlık Okuryazarlığının Avrupa ve Türkiye’deki Gelişimi

Sağlık okuryazarlığı kavramı üzerine Avrupa ülkeleri arasında kapsamlı karşılaştırmalı bir çalışma Amerika kıtasındaki sağlık okuryazarlığı kavramının çok yönlü tartışılmasından çok sonra yapılabilmektedir. Bu kapsamlı araştırmanın evrenini Avrupa kıtasındaki Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya’dan oluşan sekiz ülkelik grup oluşturmuştur. Her bir ülkeden 1.000 kişinin katılımıyla oluşan 8.000 kişilik bir örnekleme Avrupa sağlık okuryazarlığı anketi [Health Literacy Survey European Questionnaire] (HLS-EU) uygulanarak veriler elde edilmiştir. Bu araştırma ile Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği HLS-EU’de geliştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre katılımcıların %12’si yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, %35’i sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi toplamda %47’si sınırlı (yetersiz veya sorunlu) sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Araştırmanın öne çıkan bulgularından birisi de sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ülkelere göre %29-62 gibi oranlarda önemli ölçüde farklılık göstermesiydi. Bu farklılığın sebeplerine bakıldığında finansal sorunlar, düşük sosyal statü, düşük eğitim düzeyi ve yaşlılık gibi değişkenler ön plana çıkmaktadır. Araştırmadan elde edilen bulgular Avrupa genelinde sağlık politika ve uygulamalarında eşitliği sağlayabilmek ve iyileştirmek için sağlık okuryazarlığının önemini ortaya çıkarmıştır. Bu yönüyle bakıldığında ise bu araştırma Avrupa kıtasında sağlık okuryazarlığı adına yapılmış önemli çalışmalar arasındadır (Abacıgil, 2016).

Türkiye’de Avrupa kıtasında yapılan sağlık okuryazarlığı çalışması sonrasında ülke genelinde uygulanan kapsamlı bir sağlık okuryazarlık düzeyi belirleme araştırması yapılmıştır. Bu araştırmanın ülke geneli kapsamlı bir çalışma olmasının yanı sıra diğer bir önemli noktası Türkiye’nin kendi sağlık okuryazarlığı ölçeğini geliştirmesi olmuştur. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği (HLS-EU) dikkate alınarak geliştirilen Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeği (TSOY-32) bu araştırmanın sağlık okuryazarlık ölçeğidir. Araştırmanın hedefi 9.980 haneye ulaşmak olarak belirlenmiş olsa da 6.228 hanede bu çalışma yapılabilmektedir. Araştırma sonucunda katılımcıların %30,9’unun yetersiz, %38’inin ise sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin eğitim düzeyi, yaş ve sosyal güvencesiz grupla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarının ilgi çeken bir başka noktası üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sayısının sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça yükselmesi olmuştur ve aile hekimine başvuru oranlarına bakıldığında ise %48,4 ile en fazla yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanlar başvurmuştur. Ayrıca son 6 ay içerisinde 1-3 kez

sağlık kuruluşuna başvuranlara bakıldığında en fazla başvuru %46,3 ile mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olanlar arasından olmuştur. Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlığı değerlendirme sonuçlarına bakıldığında %68,9'unun yetersiz-sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre geliştirilecek sağlık politikalarında sağlık okuryazarlığının öncelikli hale getirilmesi önerilmiştir (Abacıgil vd. 2016).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının sağlık sistemine olan olumsuz etkileri yapılan çalışmalarda görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı sadece bireyin sağlık okuryazarlık seviyesine indirgenebilecek bir şey değildir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi sosyal çevre ve eşitsizlikler, sağlık sistemi ve eğitim sistemi ile ilişkilidir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilirken tüm paydaşları ile değerlendirilmelidir (IOM, 2004). Bu durum sadece sağlık kuruluşu ve sağlık personeli sorumluluğuna indirgenmemelidir. Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığının en fazla etkilediği dezavantajlı gruplara özel sağlık politikaları geliştirmek politika üreticilerinin bu konuyla alakalı olarak yapacağı ilk eylemlerden olmalıdır. Böylelikle düşük sağlık okuryazarlığının olumsuz etkilerinden en fazla zarar görecektir dezavantajlı gruplar bu durumdan kaçınmaya başlayabilir. Düşük sağlık okuryazarlığının düzeltilmesi ancak tüm paydaşların katılımı ile mümkün olacaktır. Bunun için gerekli eğitim ve iletişim faaliyetleri tüm paydaşlar beraber hareket ederek düzenlenmelidir. (WHO, 2013).

1.4.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığını konu olan çalışmaların artması sağlık okuryazarlığının sağlık sistemine olan çeşitli etkilerini göz önüne çıkarmıştır. Bu çalışmalar sağlık okuryazarlığını kötü sağlık sonuçları ve verimsiz sağlık sistemi ile ilişkilendirmektedir (URT-GHI, 2011). Sağlık okuryazarlığı temelde bireyin kendi sağlık durumunu yönetebilme kapasitesini göstermektedir. Lakin sağlık okuryazarlığı sadece bireyin yeteneklerine indirgenemez çünkü sağlık kuruluşları ve sağlık personelleri de yadsınamaz derecede sağlık okuryazarlığının içerisinde. Sağlık okuryazarlığı kültür, eğitim ve gelir düzeyi gibi sosyal belirleyicilerle yakından ilgilidir. Sağlık okuryazarlığı giderek artan bir şekilde sağlığın bir belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. Sağlık okuryazarı bir bireyden çeşitli becerilere sahip olması beklenir;

- Kendi kendine sağlık bakım talimatlarını anlayabilmeli ve uygulamalıdır.
- Karmaşık tıbbi rejimleri uygulayabilmelidir.

- Sağlık durumunu iyileştirmek için gereken yaşam tarzı değişikliklerini planlayıp gerçekleştirebilmelidir.
- Bilinçli bir şekilde sağlık durumu ile ilgili olumlu kararlar verebilmelidir.
- Gerekli durumlarda sağlık hizmetlerine nasıl ve ne zaman erişeceğini bilmelidir.
- Sağlık durumunu geliştirici faaliyetleri başkalarıyla paylaşabilmelidir.
- Toplum ve toplumdaki sağlık sorunlarını ele alabilmelidir (Muhanga ve Malungo, 2017).

Bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi aldığı sağlık hizmetinin verimini, kalitesini ve sağlığını daha kolay geri kazanması gibi çeşitli durumları etkiler. Sağlık okuryazarlığına bireysel düzeyde katkılarından ziyade genel bir perspektifle bakılırsa bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması toplumun geneline de fayda sağlar. Bir toplumda sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin sağlık hizmetlerini verimli bir şekilde kullanması beklenir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin sayısı arttıkça sağlık hizmetlerinin verimliliği de artar. Bu durumda toplumun geneline olumlu yönde katkı sağlayacaktır. Sağlık okuryazarlığının başka bir boyutu da sağlık personeli ile hasta ilişkilerinde ortaya çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığının yüksek olması sağlık çalışanı ile hasta ilişkisine olumlu yönden katkı sağlamaktadır, sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişiler sağlık çalışanının yönlendirmelerine uyum sağlar, tedavinin uygulanmasındaki sorumluluklarını bilir bu davranış biçimi de sağlık durumundaki iyileşme daha kolay ve hızlı olur (Gökoğlu, 2021).

Sağlık okuryazarlığının önemine bakıldığında 6 temel başlık ön plana çıkmaktadır. Bunlar;

- Toplumun genelini kapsar ve birçok kişiyi etkilemektedir.
- Düşük sağlık okuryazarlığı kötü sağlık sonuçları ile ilişkilidir.
- Kronik hastalıkların yönetiminde olumlu katkıları vardır.
- Sağlık bakım ücretlerini azaltmaktadır.
- Sağlık bilgisine olan talebin artmasına, dolayısıyla sağlıkta verimliliğin yükselmesine katkı sağlar.
- Sağlık bilgi asimetrisinin azalmasına hekim-hasta ilişkisinin güçlenmesine ve tedavi başarısının artmasına da katkıları vardır (Gözlü, 2020).

Osborne (2011) sağlık okuryazarlığının önemli olmasının sebeplerini şu şekilde sıralar;

- Hekimlerin hasta muayeneleri yüz yüze ve oldukça kısıtlı bir zamanda gerçekleşmektedir. Hekimin muayene sonrası aktardığı sağlık bilgilerinin hastalar tarafından hızlı bir şekilde kavranması ve gerekli işlemleri uygulaması beklenmektedir. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireyler hekimin bu isteklerine daha uyumlu olacaktır.
- Hasta muayenesi sonrası hekim tarafından hasta ve aile üyelerinin zamana duyarlı programlarda ilaç alımı ve yeni teknolojilerin kullanılması gibi çeşitli sorumluluklar alması istenebilir. Bu durum sağlık okuryazarlığı düşük bireylere karmaşık ve zor gelebilir.
- Hastaların bilgi alımı konusunda istekli olması ve öğrenmeye açık olması gerekir. Çeşitli medya araçlarını kullanarak doğru sağlık bilgilerine ulaşabilmedir. Bu bilgileri tasnif edebilmelidir. Son noktada sağlığı için gerekli doğru bilgileri seçebilmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin sağlığı için doğru veya yanlış bilgiyi ayırt etmesi beklenir.
- Hastalara sağlık personelleri tarafından tıbbi uygulamalar yapılmak istenildiğinde açıkça onamının alınması gerekir. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin bilerek kendi kararlarını alabilmesi haklarını savunabilmesi yine yüksek sağlık okuryazarlığı ile mümkün olabilir.

1.4.5. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları

Dünyada tüm ölüm nedenlerine bakıldığında en fazla kronik hastalıklara bağlı ölümlerin olduğu görölmektedir. Tüm ölümlerin genellikle beş kronik hastalıktan (kanser, diyabet, böbrek hastalığı, kalp hastalığı ve solunum yolu hastalıkları) kaynaklandığı bilinmektedir. Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık okuryazarlığı yüksek olanların tedaviye uyumu sağlıklı yaşam biçimi tercihi tedavinin başarısı noktasında oldukça önemsenmektedir. Ayrıca doğru sağlık bilgilerine ulaşma bu bilgileri anlama ve buna uygun hareket etme becerisine sahip olmak sağlık okuryazarı olmayla mümkün olabilecektir. Düşük sağlık okuryazarlığı kötü sağlık sonuçlarının yanı sıra sağlık sistemine de önemli bir mali yük oluşturur. 2009 yılında Kanada’da düşük sağlık okuryazarlığı aynı yılın sağlık bütçesinin %3 ile 5’ine mal olmuştur. Düşük sağlık okuryazarlığı 2009 yılında Kanada’ya yaklaşık olarak 8 milyar dolar fazladan maliyet getirmiştir (Eichler vd., 2009).

Düşük sağlık okuryazarlığı ile kötü sağlık sonuçları arasında çok açık bir ilişki vardır (DeWalt vd., 2004). Bu olumsuz sonucu azaltma potansiyeli olması sebebiyle toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması tüm dünyada önemsenmektedir. Bu nedenle birçok kuruluş tarafından sağlık okuryazarlığı araştırmaları destelenmiştir (AHRQ, 2010). Bu araştırmaların en önemli sebebi sağlık okuryazarlığının kişilerin sağlık durumlarını etkilemesidir. Sağlık durumunun etkilenmesi kötü sağlık sonuçları doğurur ve kötü sağlık sonuçları da sağlık hizmeti kullanımının en önemli belirleyicisi olarak kabul edilir. Dolayısıyla düşük sağlık okuryazarlığı sağlık sistemine ek yük getirmektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2011).

Düşük sağlık okuryazarlığı toplum için bazı kötü sağlık sonuçları doğurur. Düşük sağlık okuryazarlığı, ölüm oranlarında ve hastaneye yatışta artış ayrıca kronik rahatsızlıkların tedavisindeki zorluklar gibi olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir (Nielsen-Bohlman ve Kindig, 2004). Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireyin sağlıkla ilgili davranışlarında, hastalıkların önlenmesinde, hekim tarafından hastanın öyküsünün alınmasında ve teşhis konulmasında etkili olmaktadır (Nutbeam, 2008). Koruyucu sağlık hizmetleri hakkında bilgisi az olan düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler daha fazla ilaç kullanmayı tercih ederler. Ayrıca sağlık hizmetlerinde maliyetleri artıran hastaneye yatış ve sık acil servis kullanımı gibi pahalı sağlık hizmetlerini tercih ederler (U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2009).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması kronik hastalığı olan kişiler arasında bilgi asimetrisine yol açabilmektedir. Daha düşük sağlık okuryazarlığı olanların, daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olanlara kıyasla hastalık hakkında daha az bilgiye sahip olmaktadır (Baker vd., 2002). Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin bazı becerilere sahip olması beklenir. Sağlıkla ilgili konularda iletişim kurabilmek ve gerekli konularda tartışabilmek, okuduğu sağlık bilgilerini anlayabilmek, grafikleri yorumlayabilmek, gerekli durumlarda sağlıkla ilgili araştırma çalışmalarına katılmaya karar verebilmek, sağlığı için gerekli tıbbi araçları kullanma becerisine sahip olmak, ilaçlarını doğru zamanda ve uygun dozajda kullanabilmek, sağlık ve çevre ile ilgili sorunlar üzerine reaksiyon alabilmek sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin sahip olması beklenen becerilerdendir (IOM, 2004). Sağlık okuryazarlığı kavramının sağlık sistemi için önemi yadsınamayacak kadar fazladır fakat bu durum çok abartılmamalıdır çünkü sağlık okuryazarlığı sağlık sistemine etki eden tek faktör değildir. Sağlık okuryazarlığı kavramı yalnızca gerekli sağlık bilgilerine sahip olmak değildir. Sağlık sistemini, sağlık yönetimini, tedavileri ve sağlık hizmetlerini

daha derin bir şekilde anlaşılmasını bu durumu göz önünde bulundurarak hareket etmeyi kapsar (Nutbeam vd., 2021).

1.4.6. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Gelişimi

DSÖ tarafından 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde düzenlenen sağlığın geliştirilmesi konferansının sonuç bildirgesinde toplum sağlığın geliştirilmesinin çok boyutlu bir kavram olduğu ve sadece sağlık sektörünün çabalarıyla başarılı olunabilecek bir durumun söz konusu olmadığı dolayısıyla etkileşim halindeki tüm sektörlerin sorumluluk alarak bu konuya destek olmaları gerektiğini belirtmiştir. Bireylerin sağlık durumuna olumlu katkıları olacak davranışlar geliştirmesinin topluma sağlayacağı faydaların toplum tarafından iyi anlaşılması için gerekli çalışmaların yapılmasının gerekliliği de belirtilmiştir. Oluşan bu durum ise sağlık okuryazarlığı kavramına dikkat çekmiştir (Bilir, 2014).

1990'lı yıllarda ABD'de sağlık okuryazarlığı kavramı üzerine yapılan çalışmalar yoğunlaşmıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramı sağlık davranışları ve sağlık maliyetlerine olan etkileriyle halk sağlığı alanında oldukça önemli bir kavram haline gelmiştir (Nutbeam, 2008). 1992 yılında ABD'de uygulanan National Assessment of Adult Literacy [Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi] (NAAL) adlı çalışmada ortaya çıkan olumsuz bulgular bu konuya olan ilgiyi artırmıştır. Artan bu ilgiyle beraber sağlık okuryazarlığı konusunda araştırmalar artmış ve toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasına yönelik politikalar geliştirilmesini sağlamıştır (Egbert ve Nanna, 2009).

Sağlık okuryazarlığı kavramının sağlık sistemi üzerine olan etkisinin belirlenmesi, sağlık okuryazarlığının tanımlanması ve alt bileşenlerinin ortaya çıkarılmasını amaçlayan çalışmaları artırmıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramının etkilendiği ve etkilediği alanların tespit edilmesi kavramın popülerliğini artırmış dolayısıyla sağlık okuryazarlığı kavramının etki alanı genişlemiştir (Kindig vd., 2004).

Zaman içerisinde yapılan çalışmalarla sağlık okuryazarlığı için çeşitli tanımlamalar geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığının tanımlanmasında kullanılan kavramlar bu alanda yapılacak araştırmalara yön vermesi sebebiyle önemlidir. Sağlık okuryazarlığının alanda çok kullanılan etkili tanımlamalarından birini DSÖ (2013) şu şekilde yapmıştır; *“İnsanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmek ve karar verebilmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru*

olarak algılama ve anlama konularındaki istekleri ve kapasiteleridir". American Medical Association [Amerikan Tıp Birliği] (AMA) ise sağlık okuryazarlığını, "Sağlık bakımı ortamındaki fonksiyonlar için ihtiyaç duyulan temel okuma ve sayısal görevleri yerine getirmeyi kapsayan beceriler kümesidir" olarak tanımlamıştır (AMA, 1999).

Sağlık okuryazarlığı alanında etkili çalışmaları olan Nutbeam'ın sağlık okuryazarlığı tanımını "Bireylerin sağlıklı olmayı teşvik etmek ve sürdürmek için bilgiye erişme, anlama ve kullanma yeteneğini belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal beceriler" şeklinde yapmıştır (Nutbeam, 2000). National Academy of Medicine [Ulusal Tıp Akademisi] (NAM) ise sağlık okuryazarlığını "Bireylerin, uygun sağlık kararları alabilmek için gerekli temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesidir" olarak tanımlamıştır (NAM, 2004).

Sağlık okuryazarlığına standart getirmeyi amaçlayan bu çalışmalar kavramın gelişimi için oldukça önemli kilometre taşlarıdır. Yapılan bu tanımlamaların ortak özelliği bireylerin sağlık durumlarını korumasını sağlayacak uygun kararları alabilmeleri için sahip olması gereken özellikler bireyin kişisel becerileri ile sınırlı kalmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmaların artması ile kişilerin sağlık durumlarını korumalarında sadece kişisel becerilerinin yeterli olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığını sağlık sistemi ile bireylerin kişisel becerilerinin ortak bir etkileşimi olarak ele alınması gerekmektedir (Sørensen vd., 2012).

Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bireylerin sağlık kavram ve bilgilerini sağlık durumlarını etkileyebilecek durumlarda kullanabildikleri görülmektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının sağlık, tıp, bilim, toplumsal ilişkiler ve kültürel inançlar gibi kavramlarla ilişkili olduğu görülmektedir. Dolayısıyla sağlık bilgilerini anlamak için bilimsel okuryazarlık ve kültürel okuryazarlık gereklidir. (Zarcadoolas vd., 2003).

İnsanların sağlıklarını etkileyen bakış açılarının gelişmesinde bulunduğu toplumun rolü oldukça önemlidir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığının bireysel sağlık okuryazarlığı ve kamusal sağlık okuryazarlığı olarak ikiye ayrılması gerekmektedir (Freedman vd., 2009).

Sørensen ve arkadaşları ise birçok çalışmayı inceleyip şu kapsamlı tanımlamayı yapmıştır: "Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla bağlantılıdır ve insanların sağlık bilgilerine erişmek, anlamak, değerlendirmek ve uygulamak için sahip oldukları bilgi, motivasyon ve yeterlilikleri içerir; bu sayede yaşam boyu yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek için sağlık bakımı, hastalık önleme ve sağlıklı yaşamla ilgili konularda günlük yaşamda kararlar

alabilir ve yargılarda bulunabilirler” Sørensen ve arkadaşları yaptıkları bu tanımın bireysel yaklaşıma daha uygun olduğunu savunmuşlardır (Sørensen vd., 2012).

Sağlık okuryazarlığı kişisel becerilerden ve sağlık sisteminden etkilenmektedir. Bireylerin yazılı ve sözlü okuryazarlıkları sağlık okuryazarlığı düzeylerine etki etmektedir. Bu etki bireylerin yazılı ve sözlü okuryazarlıklarının sağlık sistemiyle olan ilişkisinden çıkan kavramsal bilgiyle olmaktadır. Bu ilişkiden çıkan kavramsal bilgi bireylerin sağlık okuryazarlığı kapasitelerine etkisi olan önemli bir unsur olsa da yazılı ve sözlü okuryazarlık sağlık okuryazarlığı düzeyi için tek başına bir faktör olarak değerlendirilmemelidir (Baker, 2006).

Soellner ve arkadaşları sağlık okuryazarlığı alanında yapılan çalışmalar ve getirilen standartlara ek olarak alanında uzman kişilerin görüşlerinden yola çıkarak sağlık okuryazarlığına öz algı, proaktif yaklaşım, öz düzenleme ve öz denetim kavramlarının da eklenmesi gerektiğini savunmuştur (Soellner vd., 2017).

Sağlık okuryazarlığı alanında özellikle gruplara yönelik bazı spesifik çalışmalarda yapılmıştır. Edwards ve arkadaşları tarafından uzun süreli hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığını güçlendirmeye yönelik bir model geliştirilmiştir. Bu model hastaların öz yönetim becerilerini, sağlık personelleriyle iletişimini ve konsültasyonlara aktif katılımlarını içeren bir çalışmadır. Uzun süreli rahatsızlığa sahip kişilerin hastalıklarıyla alakalı bilgi düzeyi yüksek olabilmektedir. Bu durum ise bireylerin, hekimin hastalığına yönelik kararlarına katılmasını sağlayabilir (Edwards vd., 2012).

Kanser hastalıklarının bazı süreçlerinde hastaların sürekli bakım ihtiyaçları olabilir. Bu sürekli bakım ihtiyaçları hastaların bakıcıları tarafından sağlanır. Hasta bakıcılarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri hastanın tedavi sürecindeki başarısı ve doğru bakımı açısından önemlidir. Bu düzeyin belirlenmesi için özel bir ölçüm metodu geliştirilmiştir. Bu ölçüm metodu sağlık okuryazarlığının genel ölçüm kriterlerine ek olarak bakıcıların sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla ilişkisi, hasta bakımının zorlukları ve destek sistemlerini içeren özel bir sağlık okuryazarlığı ölçme metodudur. Kanser hastalarına verilen bakım sürecinde oluşan aksaklıkları tespit edilip düzeltilmesi hastalarının bakım kalitesinin artmasına yardımcı olabilir (Yuen vd., 2016).

Toplumun her bireyinin sağlık okuryazarlık düzeyinin tespiti önemlidir. Sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin geneli yetişkin bireylere yöneliktir. Ergenlerin sağlık okuryazarlığını anlamaları amacıyla ergenlere 5 adımlı bir çerçeve sunulmuştur bunlar; sistemde gezinme (karmaşık

sağlık sisteminin anlaşılması), haklar ve sorumluluklar (hastaların sahip olduğu haklar ve sorumluluklarının öğrenilmesi), önleyici bakım (koruyucu sağlık bakımlarının öneminin kavranması), bilgi arama (sağlık bilgilerini güvenilir kaynaklardan elde edilmesi) ve hasta ile sağlık personeli ilişkisidir (sağlık personeli ile kurulan etkili iletişimin önemi). Böylece tüm yönleriyle karmaşık bir ortam olan sağlık sektöründe bilinçli sağlık hizmeti tüketicisi olmanın önemi vurgulanmış olacaktır (Massey vd., 2012).

Sağlık okuryazarlığının sosyo-demografik belirleyicilerini (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi) ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasındaki bağlantının incelendiği bir çalışmada sağlık okuryazarlığının sağlık davranışları üzerine doğrudan etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sosyodemografik belirleyicilerden sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi olanlar sırasıyla yaş, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi şeklinde olmuştur (Sun vd., 2013).

1.4.7. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri esasında bulundukları toplumun sağlık sisteminin, eğitim sisteminin, kültürel ve toplumsal ilişkileri ve etkileşimlerinin ortak bir sonucudur. İnsanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri bulundukları sosyal ortamlar ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı sosyoekonomik durum, yapılan iş, meslek, gelir düzeyi, sosyal çevre ve sosyokültürel ortam ile ilişkilidir. Sağlık hizmetinin verildiği ortam, hizmet sunucularının iletişim becerileri, sağlık hizmet sunucularının iş yükü ve hastalardan beklentileri de sağlık okuryazarlığıyla ilişkilidir (Sørensen vd., 2012).



Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler *Kaynak: (Berkman vd., 2011)*

Sağlık okuryazarlığının doğru anlaşılması sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bireysel ve sistemsel faktörlerin açıklanması mümkün olabilir. Sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili kişisel bilgi birikimi olarak algılansa da sağlık okuryazarlığı kişisel yetenekler, sağlık kuruluşlarının işlevsel tasarımı ve sağlık personelleriyle olan iletişimin ortak bir çıktısıdır. Dolayısıyla şekil 3'te görüldüğü üzere sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri bireysel ve sistemsel faktörler olarak ayırmak mümkündür (Berkman vd., 2011).

Bireysel faktörler:

- Eğitim Düzeyi
- Sosyoekonomik Durum
- Yaş
- Kültür ve Dil
- Bireyin Sağlık Algısı
- Dijital Okuryazarlık

Sistemsel Faktörler:

- Sağlık Sisteminin Karmaşık Olması
- Sağlık İletişimindeki Yetersizlikler
- Bölgesel Sağlık Hizmetlerine Erişim Kısıtlılığı
- Sağlık Politikaları
- Sağlık Personelleri ile Yaşanan İletişim Problemleri

1.4.8. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Özellikler

Toplumsal sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık sisteminin etkin ve verimli kullanımı üzerinde etkisi yüksektir. Düşük sağlık okuryazarlığının sağlık sisteminin üzerinde oluşturabileceği olumsuz etkilerin ortadan kaldırılabilmesi için sağlık okuryazarlığı düzeyleri artırılmalıdır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılabilmesi için sağlık okuryazarlığını etkileyen unsurların ve kişisel becerilerin tespit edilmesi gerekmektedir. Bilim dünyasında ortaya çıkan bu ihtiyaç zaman içerisinde sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen unsurların ve becerilerin açığa çıkarılmasını hedefleyen birçok çalışmanın ortaya çıkmasını sağlamıştır. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin sahip olması gereken özellikler bilim insanlarınca farklı açılardan incelenmiş ve farklı görüşlere ulaşılmıştır. Bilim dünyasında oluşan bu farklı görüşler toparlandığında sağlık okuryazarlığının yüksek olmasını sağlayan kişisel becerileri ve bunu etkileyen unsurları bireysel faktörler ve

toplumsal faktörler olarak bir çatı altında toplandığı görülmektedir. Ayrıca bu çalışmalar sağlık okuryazarlığını etkileyen unsurların ve kişisel becerilerin sağlık sonuçlarında oluşturabileceği olası etkilerden de bahsetmektedir (Soellner vd., 2017).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen özellikleri bireysel faktörler yönüyle inceleyen çalışmalara bakıldığında; IOM tarafından sağlık okuryazarlığı becerileri, kültürel ve kavramsal bilgi, dinleme, konuşma, aritmetik (matematik), yazma ve okuma becerisi olarak kabul edilir (IOM, 2004). Speros (2005) sağlık okuryazarlığı tanımıyla ilgili yaptığı çalışmada sağlık okuryazarı bireylerin sahip olması gereken becerilere sağlık okuryazarı kişilerin temel olarak sahip olması gereken okuma ve matematik gibi becerilerin yanı sıra sahip olduğu sağlık bilgilerini sağlık hizmeti alırken kullanabilme kapasitesi ve başarılı bir sağlık hizmeti tüketicisi olmayı eklemiştir. Baker (2006) ise sağlık okuryazarlığı becerilerini diğer tanımlamalara göre daha temel sayılabilecek bir şekilde sağlıkla ilgili basılı ve sözlü okuryazarlık olarak tanımlamıştır. Lee ve arkadaşları ise sağlık okuryazarlığı becerileriyle ilgili birbiriyle ilişkili dört faktörden bahseder bunlar; 1. Hastalık ve öz bakım bilgisi, 2. Sağlık riski davranışı, 3. Önleyici bakım ve doktor ziyaretleri, 4. İlaçlara uyum (Lee vd., 2004).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen bu temel beceriler farklı noktalara odaklanıyormuş gibi görülse de esasında hepsi bir bireyin hasta rolündeyken sağlık sisteminde işlevsel olabilmesi için sahip olması gereken bilişsel yetenekler, beceriler ve davranışlardan bahsetmektedir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen özelliklerin başka bir boyutu ise toplumsal faktörlere odaklanan çalışmalardır. Bu çalışmalarda sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen unsurlar bireysel ve tıbbi unsurların ötesinde bir boyutta incelenir. Bu çalışmalar bireysel sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasının toplumsal faydalarına da odaklanır (Soellner vd., 2007).

Sağlık okuryazarlığının prototip modelini ise Nutbeam yapmıştır. Nutbeam bu modelinde üç boyuttan bahseder bunlar; 1. İşlevsel sağlık okuryazarlığı, 2. Etkileşimli sağlık okuryazarlığı ve 3. Eleştirel sağlık okuryazarlığıdır. İşlevsel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık sisteminin işleyişine hâkim olmalarını ve sağlıkla ilgili bilgilerini gündelik yaşamlarında kullanabilmeleri için bilinmesi gereken kavramlar ile temel okuma ve yazma becerilerine sahip olmaları olarak tanımlanır. Etkileşimli sağlık okuryazarlığı, bireylerin sahip olduğu temel sağlık okuryazarlığı beceriyle birlikte sağlık durumlarıyla ilgili gerekli hallerde farklı iletişim kaynaklarını kullanarak başka kişilerle etkileşime girmesi ve mevcut bilgi düzeyini artırması olarak tanımlanır. Ayrıca öğrendiği farklı bilgileri analiz ederek buradan çıkardığı

sonucu değişen koşullarda uygulayabilmelidir bunun için daha gelişmiş bilişsel okuryazarlık becerilerini sahip olması gerekir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı kavramı, çeşitli kaynaklardan gelen bilgileri ve çeşitli sağlık belirleyicilerine ilişkin bilgileri eleştirel bir şekilde analiz etmek için uygulanabilecek en gelişmiş sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Bu düzeye sahip bireyler sağlık üzerine etkisi olan yaşamsal durum ve olayların üzerinde kontrol sahibi olabilmek için bilgi edinebilir ve kullanabilir. Bu sağlık okuryazarlığı düzeyi bireysel faydasının yanı sıra toplumsal faydası daha açık bir şekilde ilişkilendirilebilir (Nutbeam, 2000). Ayrıca Manganello bu kavramlara ek olarak medya okuryazarlığını eklemiştir. Medya okuryazarlığı, medya araçları ile gelen mesajların eleştirel olarak değerlendirilmesini ifade eder (Manganello, 2008).

Zarcadoolas ve arkadaşları ise sağlık okuryazarlığını dört aşamada ifade eder bunlar; 1. Temel okuryazarlık (sayıları okuma, konuşma, yazma ve yorumlama becerileri), 2. Bilim okuryazarlığı (bilim ve teknolojik kavramlarda yeterlilik), 3. Yurttaşlık okuryazarlığı (kamusal alandaki sorunların farkına varıp sorunların karar alma süreçlerine katılma yeteneği) ve 4. Kültürel okuryazarlıktır (sağlık bilgilerini yorumlamak ve buna göre hareket etmek için inançlarını, geleneklerini, dünya görüşünü ve sosyal kimliğini kullanma yeteneği) (Zarcadoolas vd., 2005). Mancuso ise sağlık okuryazarlığını kişinin hayatı boyunca öğrendiği ve geliştirdiği bir kavram olarak belirtir.

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri

Kaynaklar	Boyutlar	Sonuçlar
1 Nutbeam (2000)	- İşlevsel sağlık okuryazarlığı - Etkileşimli sağlık okuryazarlığı - Eleştirel sağlık okuryazarlığı	Bireysel faydaları: - Riskler hakkında daha iyi bilgi sahibi olur. - Öngörülen eylemlere uyumludur ve bilgiye dayanarak bağımsız hareket etme kapasiteleri iyileşir. - Motivasyon ve özgüvenleri artar. - Zorluklara karşı bireysel dayanıklılığın artar. Toplumsal faydaları: - Toplum sağlığı programlarına katılımı artırır. - Toplumsal normları etkileme ve toplumsal gruplarla etkileşim kurma kapasitesinin artırır. - Sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri üzerinde harekete geçme kapasitesinin iyileştirir.
2 Lee ve diğerleri (2004)	- Hastalık ve öz bakım bilgisi - Sağlık riski davranışı - Koruyucu bakım ve hekim ziyaretleri - İlaçlara uyum	- Sağlık durumunu iyileştirir. - Acil bakım ihtiyacını azaltır. - Hastaneye yatışları azaltır.

Kaynaklar		Boyutlar	Sonuçlar
3	Tıp Enstitüsü (IOM) (2004)	- Kültürel ve kavramsal bilgi - Dinleme becerileri	- Aritmetik beceriler - Yazma ve okuma becerileri - Konuşma becerileri
4	Zarcadoolas ve ark. (2005)	- Temel okuryazarlık fen okuryazarlığı - Yurttaşlık okuryazarlığı - Kültürel okuryazarlık	- Sağlık sonuçları ve maliyetlerin iyileşmesini sağlar. - Bilgileri yeni durumlara uygulama yeteneği sağlar. - Sağlık, tıp, bilimsel bilgi ve kültürel inançlar hakkında kamusal ve özel diyaloglara katılma yeteneği
5	Speros (2005)	- Okuma/sayısal beceriler - Anlama	- Karar alma sürecinde sağlık bilgilerini kullanma kapasitesi - Sağlık hizmeti tüketicisi rolünde başarılı bir şekilde işlev görmek
6	Baker (2006)	- Sağlıkla ilgili basılı materyal okuryazarlığı - Sağlıkla ilgili sözlü okuryazarlık.	- Kendi kendine bildirilen sağlık durumunun iyileştirilmesi - Daha kısa hastanede kalma süresi - Sağlık hizmetlerinin daha az sıklıkla kullanılması - Daha düşük sağlık hizmeti maliyetleri - Artan sağlık bilgisi
9	Mancuso (2008)	- Kapasite - Anlama - İletişim	- Yeni bilgi edinimi - Daha olumlu tutumlar
10	Manganello (2008)	- Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı - Etkileşimli sağlık okuryazarlığı - Kritik sağlık okuryazarlığı - Medya okuryazarlığı	- Sağlık masraflarının azaltılması - Hastalıklar ve tedavileri hakkında bilgi düzeyinin artırılması - Öz yönetim becerilerinin gelişmesi - Kronik rahatsızlıklara bakım verebilme yeteneği - Tıbbi veya ilaç tedavisi hatalarının azalması - Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım - Acil bakım ve yatarak tedavi gibi pahalı hizmetlerin kullanımının azalması

Kaynak: (Sørensen, 2012)

Mancuso'ya göre sağlık okuryazarlığının nitelikleri şunlardır; Sağlık okuryazarlığı kapasitesi, sağlık bilgilerini kavrama becerisi ve iletişim becerisidir (düşünce ve isteklerini karşı tarafa uygun bir dille iletebilme becerisi) (Mancuso, 2008). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi için bireyde bulunması gereken beceriler ve bu becerilerin oluşumunu etkileyen unsurların tespit edilmesi sağlık okuryazarlığının gelişimi için oldukça önemli bir aşamadır. Bu duruma kapsamlı bir açıdan bakılırsa yeterli bir sağlık okuryazarlığı düzeyi için gerekli başlıca ihtiyaçlar bireylerin temel okuma ve yazma becerileri için gerekli

olan yeterli bir eğitim düzeyi, gelişmiş sosyoekonomik düzey, bilim ve teknoloji okuryazarlığı, iyi tasarlanmış sağlık sistemi, iletişim becerisine sahip sağlık sistemi kullanıcıları, sorumluluk alabilen hasta profili ve sağlık okuryazarlığının farkında olan sağlık personelleri yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi ve bir sağlık okuryazarlığı kültürü oluşturabilmenin gereklilikleridir.

1.4.9. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Yöntemler

Sağlık okuryazarlığı insanların sağlık kavramlarını araştırmaları, sağlıkla ilgili bulduğu bilgilerin veya hizmetlerin kendisine getireceği olası faydaları veya zararları değerlendirebilecekleri entelektüel sağlık bilgi birikimidir. Sağlık okuryazarlığıyla ilgili epidemiyolojik çalışmalarda düşük sağlık okuryazarlığının sağlık davranışları üzerine olan etkileri sağlıkla ilgili çıktıları olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin uygun olmayan kullanımı ise sağlık hizmetlerinin maliyetini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığının önemi toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin ortaya çıkarılması ile daha iyi anlaşılacaktır (Taş ve Akış, 2016). Ayrıca sağlık okuryazarlığının düşük olması sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılmasına dolayısıyla hekimlerin uyguladığı tedavilerin eksik veya yanlış uygulanmasına sebep olmaktadır bu gibi durumlar ise sağlık sisteminin etkin kullanılamamasına ve sağlık maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır (Sezgin, 2013). Sağlık okuryazarlığının sağlık sistemi üzerindeki etkileri giderek daha fazla araştırmaya konu edilmektedir. Sağlık politikaları, sağlık hizmetleri, sağlık ekonomisi gibi konulara etkisi olduğu düşünülmekte ve bu merak çeşitli yöntemlerle verilere dönüştürülmektedir (Berkman vd., 2010).

Toplumun sağlık okuryazarlığının ortaya çıkarılması amacıyla kullanılan başlıca sağlık okuryazarlığı araçları şunlardır:

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini [Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)]: Sağlık kliniğine başvuran bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini hızlı ve kolay bir biçimde ölçmek için tasarlanmıştır. Ölçeğin bu avantajı yaygın kullanımını da beraberinde getirmiştir. REALM ölçeğinin kullanım biçimi hastalara sunulan 66 tıbbi terimin yüksek sesle okunması ve doğru telaffuz edilen kelimelerin sağlık personeli tarafından işaretlenmesi şeklinde uygulanır. Ölçekte kullanılan kelimeler basitten karmaşığa ilerleyen biçimde oluşturulmuştur. REALM ölçeğinde doğru telaffuz edilen her kelimedenden 1 puan kazanılır ve toplamda 66 puan kazanılabilmektedir. Toplanan puanlar ise 4 farklı seviye ile ilişkilendirilmektedir; 0-18 puan temel seviye düşük okuryazarlık, 19-44 puan ilköğretim

seviyesi orta düzey okuryazarlık, 45-60 puan ortaokul seviyesi yüksek okuryazarlık ve 61-65 puan ise lise seviyesi çok yüksek okuryazarlıktır (Davis vd., 1993).

REALM-R, Tıpta yetişkin okuryazarlığının hızlı tahminin gözden geçirilmiş versiyonudur. Zayıf okuryazarlık becerilerine sahip kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla 11 kelimeden oluşturulmuş bir ölçektir. Yine bu ölçekte katılımcının kendine güvenini artırmak ve kaygısını azaltmak için teste telaffuzu basit kelimelerle başlanır (Bass vd., 2003).

REALM ölçeği içerdiği 66 kelimeyle uygulama süresi yaklaşık 3-5 dakika sürmektedir. Uygulandığında orijinaline benzer sonuçlar veren ayrıca 1-2 dakika gibi bir sürede hızlıca uygulanabilen 8 kelimelik kısa versiyonu REALM-SF oluşturulmuştur. Bu ölçekte sağlık personelleri tarafından sık kullanılan 8 kelimenin hasta tarafından 5 saniye içerisinde telaffuz edilmesi beklenir. Belirtilen sürede telaffuz edilmez ise diğer kelimeye geçilir bu testten en az 0 puan en fazla 7 puan alınabilir. Katılımcılar aldıkları puanlara göre belirlenmiş olan 4 seviyeden birinde sıralanır (Arozullah vd., 2007). Ayrıca REALM ölçeğinin Türkçe uyarlaması mevcuttur bu uyarlama Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Özdemir vd., 2010).

Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı [Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)]: Bireylerin sağlıkla ilgili yazılı ve sayısal metinlerden anladıklarını uygun biçimde kullanabilme yeteneklerini ölçen bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. Sağlık sistemi kullanıcılarının sağlık bilgilerini okuyup anlaması talimatları takip ederek tedavi süreçlerine katılması sağlık sistemi için önemlidir. TOFHLA bireylerin düşük sağlık okuryazarlıklarının tespit edilmesini sağlar ve böylece hastaların eğitimi ve sağlık iletişimlerinin iyileştirilmesinde kullanılır. Bu ölçek toplamda 67 maddeden oluşur bu maddelerin 50 adeti okuma 17 adeti sayısal becerileri ölçer. Ölçeğin uygulanma süresi yaklaşık 20-30 dakika sürmektedir. Ölçek puanı okuma becerilerinden 50 puan, sayısal becerilerden 50 puan olmak suretiyle toplamda 100 puan üzerinden hesaplanır. Ölçekten alınan puan ise üç kategoride gösterilir; 0-59 puan yetersiz sağlık okuryazarlığı, 60-74 puan sınırdaki sağlık okuryazarlığı ve 75-100 puan yeterli sağlık okuryazarlığını ifade eder. Hastaların sözel ve sayısal anlama ve uygulama becerilerini ölçmesi yönüyle kronik rahatsızlığı olan bireylere daha sık uygulanır. Uygulanmasının zaman alması bu ölçeğin en önemli kısıtlılıklarındandır (Parker vd., 1995). Bu kısıtlılık S-TOFHLA ölçeği ile aşılma istenmiştir. 36 maddeden oluşan bu kısaltılmış versiyonda 20 okuma ve 16 sayısal beceriyi ölçen madde bulunmaktadır. Kısa ölçeğin uygulanma süresi ise yaklaşık 7-10 dakika

sürmektedir (Parker vd., 1998). TOFHLA ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Üçpınar, 2014).

Tıbbi Terminoloji Başarısı Okuma Testi [Medical Terminology Achievement Reading Test (MART)]: Tıbbi kelimelerin doğru telaffuzuna bağlı sağlık okuryazarlığı değerlendirme yöntemidir. Katılımcılardan 42 tıbbi kelimenin doğru telaffuz edilmesi beklenir. Bu yöntemi diğerlerinden ayırtıran bir özelliği uygulanan kişilerin kelimeleri doğru telaffuz edememe sebeplerini açıklayabilmeleridir. Bu özelliği okuryazarlık seviyesi düşük popülasyonların katılımlarında daha az endişe duymalarını sağlar (Hanson-Divers, 1997).

Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlık Ölçeği [Health Activities Literacy Scale (HALS)]: Bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini ölçen bir sağlık okuryazarlığı yöntemidir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık bakımı, hastalıkların önlenmesi ve sistem yönetimi alanlarını kapsayan 191 ifadeden oluşur. Bu ifadelerden 0 ile 500 puan arasında bir değer elde edilir. Bu puanlar ise 5 düzeyde değerlendirilir; 1. düzey 0-225 puan, 2. düzey 226-275 puan, 3. düzey 276-325 puan, 4. düzey 326-375 puan, 5. düzey 376-500 puan olarak kabul edilir. Testin uygulanma süresi yaklaşık 1 saattir dolayısıyla bu durum ölçeğin çoğu çalışmada kullanımını kısıtlamaktadır (Rudd vd., 2004).

En Yeni Hayati İşaret [Newest Vital Sign (NVS)]: Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için kullanılan hızlı ve pratik bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. Hastalara gösterilen besin etiketi üzerinden sorulan 6 soruya hastaların verdikleri cevaplar üzerinden sağlık okuryazarlık düzeyleri değerlendirilir. Hastaların her soruya verdiği doğru cevap 1 puan değerindedir ve toplamda 6 puan kazanılabilir. Elde edilen puanlar 0-1 puan düşük sağlık okuryazarlığı, 2-3 puan sınırdaki sağlık okuryazarlığı, 4-6 puan yeterli sağlık okuryazarlığını ifade eder. Ölçeğin uygulanma süresi yaklaşık 3-5 dakika arasında sürmektedir. Ölçek soruları hastaların hem sözel ve hem sayısal becerilerini ölçer. NVS ölçeğinin İngilizce ve İspanyolca versiyonları vardır (Weiss vd., 2005). Ayrıca Türkçe geçerlilik ve güvenirliği de yapılmıştır (Özdemir vd., 2010).

E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği [The eHealth Literacy Scale (e-HEALS)]: Dijitalleşmenin artması insanların bilgiyi arama ve kullanma alışkanlıklarını değiştirmiştir. Sağlık bilgilerini internet ve dijital kaynaklar kullanarak bulma, anlama ve kullanma becerilerini ölçmek için e-sağlık okuryazarlığı ölçeği geliştirilmiştir. Bu ölçek 5'li likert tipindedir ve 8 sorudan oluşur her sorudan 1 ile 5 puan arasında puan alınabilir. Toplamda en az 8 puan en fazla 40 puan alınabilir. Toplanan puanlar ise 8-24 puan düşük e-sağlık okuryazarlığı, 25-32 puan

orta düzey e-sağlık okuryazarlığı, 33-40 puan yüksek e-sağlık okuryazarlığını ifade eder (Norman ve Skinner, 2006). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Coşkun ve Bebiş, 2015).

Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Anketi [European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)]: Sağlık okuryazarlığı düzeyi bireylerin sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini ifade eder. Sağlık okuryazarlığı düzeyi bireylerin içerisinde bulunduğu toplum ve kültürden etkilenir. Sağlık okuryazarlığı alanında yapılan ilk çalışmalar genellikle Avrupa kıtası dışında gelişmiştir. HLS-EU-Q47 ölçeği Kristine Sørensen öncülüğünde yürütülen Avrupa bölgesinin sosyokültürel yapısına uygun olarak 8 Avrupa ülkesinin katılımıyla kapsamlı bir çalışmanın ürünü olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek sağlık okuryazarlığını sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi yönüyle değerlendiren 47 maddeden oluşmaktadır. Her bir ifade 4'lü likert tipi ölçek ile değerlendirilir her maddeden 1 ile 4 puan arası puan alınır. Ölçeğin maddeleri puanlama sonunda genel puan ve alt boyutlar olarak ayrı ayrı hesaplanır. Hesaplama sonucunda 0-25 puan yetersiz, 26-33 puan sınırlı, 34-42 puan yeterli, 43-50 puan ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyini belirtir. Ölçeğin daha az soru ile oluşturulmuş HLS-EU-Q16, HLS-EU-Q6 gibi versiyonları ve başka yazarlar tarafından oluşturulmuş HLS-EU-Q12 gibi versiyonları da mevcuttur. Avrupa bölgesinde sağlık okuryazarlığı alanının gelişiminde önemli rol oynayan bir çalışmanın ürünüdür (Sørensen, 2013). HLS-EU-Q ölçeğinin Türkçe uyarlaması geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve ASOY-TR olarak Türkçeye kazandırılmıştır (Abacıgil, 2016).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32): Türkiye’de yapılan sağlık okuryazarlığı çalışmalarında kullanılması amacıyla Avrupa sağlık okuryazarlığı çalışması HLS-EU temel alınarak geliştirilen 32 maddelik bir ölçektir. TSOY-32 sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama yeteneklerini tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu yönüyle değerlendiren 32 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçek maddeleri 5’li likert tipindedir ölçek maddelerinden elde edilen puanlar yapılan hesaplama sonucunda 0-25 puan yetersiz, 26-33 puan sınırlı, 34-42 puan yeterli, 43-50 puan ise mükemmel sağlık okuryazarlığını ifade eder. TSOY-32 Türkiye’de sağlık okuryazarlığıyla ilgili yapılan birçok çalışmada yaygın olarak kullanılan bir ölçektir (Abacıgil vd., 2016).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form [Short-Form Health Literacy Instrument (HLS-SF12)]: Duong ve arkadaşları tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı ölçeği orijinal hali

47 maddelik Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi'ndeki (HLS-EU-Q47) uygulama zorluklarından dolayı HLS-SF12 adı ile oluşturulmuştur. Geliştirilen ölçeğin maddeleri Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi'ndeki 47 maddeden özümstenerek oluşturulmuş 12 soruluk kısa bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. HLS-SF12 ölçeği toplam sağlık okuryazarlığı puanının yanı sıra tedavi ve sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında da sağlık okuryazarlığı düzeylerinin saptanmasını sağlamaktadır. 12 maddenin her biri 4'lü likert tipi ölçek ile değerlendirilir ve her maddeden 1 ile 4 puan alınabilir. Ölçeğin maddeleri puanlama sonunda genel puan ve alt boyutlar olarak ayrı ayrı hesaplanır. Hesaplama sonucunda 0-25 puan yetersiz, 26-33 puan sınırlı, 34-42 puan yeterli, 43-50 puan ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyini belirtir (Duong vd., 2019). HLS-SF12 ölçeğinin Türkçe uyarlaması geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır (Yılmaz ve Eskici, 2021).

1.4.10. Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Literatür Taraması

Sağlık okuryazarlığının düşük olması sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Bu durum uygulanan tedavilerin hasta tarafından eksik veya yanlış uygulanmasına dolayısıyla kötü sağlık sonuçlarına götürmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin bu etkileri sağlık sisteminin etkin kullanılamamasına ve sağlık maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır (Sezgin, 2013).

Bir aile sağlığı merkezinde kronik rahatsızlığı bulunan 18 yaş ve üzeri 108 kişiye uygulanan ve bu kişilerin tedaviye uyumlarıyla sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişki üzerinde durulan bir araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin lise seviyesinde olduğu tespit edilmiştir. Ortalama sağlık okuryazarlığı puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek, 74 yaş ve üzeri kişilerin diğer yaş gruplarına göre daha düşük ve eğitim düzeyi yüksek olanların sağlık okuryazarlığı puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların tedaviye uyumlarıyla sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Özkonuk, 2017).

Türkiye'de sağlık okuryazarlığı politikalarının hastaneler açısından değerlendirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı politikalarının hastane yöneticileri tarafından nasıl tanımlandığı ve bu politikaların faydaları, oluşturulan 13 kişilik araştırma programıyla yarı bilgilerle görüşme formülü kullanılarak incelenmiş ve sağlık okuryazarlığı politikalarının uygulanması sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını azaltıcı etkisi olacağı

ve bununda sağlık harcamalarını azaltması ve maliyetlerin azalmasını mümkün kılacağı öngörölmüştür (Kutlu ve Akbulut, 2019).

Bir aile sağlığı merkezine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) kullanılarak 691 kişi üzerinde uygulanan bir çalışmada katılımcıların %55,4 ünün sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz, %22,4 ününde sorunlu-sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda eğitim ve gelir düzeyi yüksek, sağlık eğitimi almış ve ailesinde hasta birey bulunanların sağlık okuryazarlığı düzeyi anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bakan ve Yıldız, 2019).

Ankara'nın Çankaya ilçesindeki 25 aile sağlığı merkezinde yapılan bir çalışmada 500 kişiye Avrupa Birliği sağlık okuryazarlığı (ASOY) anketi uygulanmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri; %20,90'si yetersiz, %48,30'u sınırlı, %25,90'ı yeterli ve %5,90'ı mükemmel düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışma sonucunda katılımcıların yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, genel sağlık durumu ve kronik hastalık varlığı gibi parametreler açısından değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığı düzeylerinden anlamlı değişiklikler bulunmuştur (Gözlü ve Kaya, 2020).

Bir aile sağlığı merkezine başvuran 320 hastaya sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) uygulanmıştır. Elde edilen veriler değerlendirildiğinde hastaların %76 sının sağlık okuryazarlığı yetersiz ve sorunlu bulunmuştur. Ayrıca yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük bulunmuştur (İlgaz, 2021).

Kahramanmaraş'ta bir aile sağlığı merkezlerinde 500 katılımcı ile Avrupa birliği sağlık okuryazarlık anketi kullanılarak yapılan bir araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu ve medeni durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Özdemir, 2018).

Bir üniversitenin aile hekimliği polikliniğine başvuran 225 kişiye Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) kullanılarak yapılan bir araştırmada katılımcılardan kadın, lise altı eğitim seviyesi, görme sorunu yaşıyan, evli ve çocuklu kişilerde sağlık okuryazarlığı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Katılımcılardan gelir düzeyi düşük olan ve kronik hastalığı bulunanların sağlık okuryazarlık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (Yakar vd., 2019).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı sağlık okuryazarlığı perspektifiyle değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin, sağlık sistemini tasarımına uygun ve işlevsel kullanmadığı görülmektedir. Sağlık sistemini işlevsizleştiren kullanımlardan bazıları; toplumun koruyucu sağlık hizmetlerinden daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerini benimsemesi, sağlık hizmeti ihtiyacını amacına uygun olmamasına rağmen sürekli acil servis kullanımı ile halletmeye çalışması ve birinci basamak sağlık hizmetlerini atlayarak devlet hastanelerini veya üniversite hastanelerini tercih etmeyi alışkanlık haline getirmesi olarak sayılabilir. Bu durumlar sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmakta dolayısıyla uzun bekleme süreleri gereksiz tetkikler ve hizmet sunucu personellerin sistemin amacına uygun kullanılmamasından dolayı motivasyon kaybına sebep olabilmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi kötü sağlık sonuçları, sistemin verimsiz kullanımı ve sağlık harcamalarında artışa sebep olmaktadır. Sağlık sistemine ayrılan kaynakların verimli şekilde kullanılabilmesi için sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık okuryazarlığı seviyelerinin artırılması sağlanmalıdır. Sağlık okuryazarlığının artırılması için kurumlar arası iş birliği önemsenmeli bu konu üzerinde dikkatli olunmalıdır (Akbulut, 2015).

Uşak'ta bir aile sağlığı merkezine başvuran 605 hastaya sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi ve bununla ilişkili faktörlerin bulunması amacıyla Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) uygulanmıştır. Araştırmaya katılanların %51,7 sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz, %17,2 sinin ise yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir (Berberoğlu vd., 2018).

Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve sağlık algısını değerlendirmek amacıyla bir hastanenin NST (Non Stress Test) polikliniğindeki 150 gebeye, gebe tanıtım formu, sağlık algısı ölçeği ve sağlık okuryazarlığı ölçeği kullanılarak bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada gebelerin eğitim ve gelir düzeyleri ile sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Akça, Sürücü ve Akbaş, 2020).

Denizli'de iki aile sağlığı merkezinde 65 yaş üzeri 280 kişi ile yapılan yaş almış bireylerin sağlık okuryazarlığı ile ilaç kullanım davranışları ve ilaç uyumsuzlukları arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada katılımcılara yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması 11,75 (+-) 3,97 olarak bulunmuş orta seviye olarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonucuna göre düşük seviyedeki sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunan bireylerin, ilaçlarını kullanmayı unutma ve iyi hissettiğinde hekime danışmadan ilaçları kullanmayı bırakma davranışı sergiledikleri

görülmüştür. Bu davranışın sağlık hizmetlerinin verimini düşürdüğü ve sağlık ekonomisine zarar verdiği görülmektedir (Öztaş ve Aslan, 2019).

Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmada başarılı olmanın önemli bir kısmı toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesidir. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2014 ve 2015 yıllarında tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılan bir araştırmada acil servise başvuran hastaların taburculuk sonrası tekrar başvuru durumları incelenmiştir. İncelenen dönemde acil servise başvuran 179.144 kişiden 2365 tanesi taburculuk sonrası ilk 24 saatte tekrar acil servise başvurmuş ve tekrar başvuru oranı %1,32 olarak bulunmuştur. Tekrar başvuruda bulunan kişilerin ICD (International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems) kodlarına bakıldığında ilk üç sıra I10 Esansiyel (prime) hipertansiyon, M79.1 Miyalji ve M79.9 Yumuşak doku bozukluğu olarak bulunmuştur. Sağlık bilgisi yetersiz olan kişiler daha fazla sağlık harcamasına sebep olmaktadır. Toplumun sağlık düzeyini okul çağından başlayarak artırmaya yönelik çalışmalarda bulunarak toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi artırılmalıdır (Öztaş, 2016).

Konya’da bir hastanede sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla 1081 sağlık çalışanına Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği (ASOY-TR) uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların %61,7’sinin sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu-yetersiz bulunmuştur. Ayrıca eğitim düzeyi, gelir düzeyi, okuma alışkanlığı olanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur (Bükecik ve Adana, 2021).

Kronik hastalığı bulunan bireylerin ilaçlarını akılcı kullanımı hastalığın seyri ve tedavinin başarısı için önemli bir gerekliliktir. Ordu ilinde kronik hastalığı bulunan 322 kişiye kronik hastalığı bulananların akılcı ilaç kullanımında sağlık okuryazarlığının etkisinin ortaya çıkarılmasının amaçlandığı bir araştırma yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre kronik hastalarda akılcı ilaç kullanımına pozitif ve orta düzeyde etkilemektedir (Yasa, 2023).

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi genellikle kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Sağlık problemi yaşayanlar için sağlık hizmetlerine erişimin herkese eşit olmadığı Amerika gibi ülkelerde sağlık problemi yaşamak daha kötü sağlık sonuçları ortaya çıkarabilir. Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığı daha fazla hastane yatışı, acil servis kullanımı, tetkik kullanımı ve kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Dolayısıyla düşük sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını artırır ve sağlık maliyetlerinin artmasına sebep olur (Berkman vd., 2011).

Kronik böbrek rahatsızlığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle hastalıkları arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmaların sistematik incelenmesinin yapıldığı bir çalışmada, kronik böbrek yetmezliği olan bireylerin sağlık sonuçlarında sağlık okuryazarlığının etkisine dair az sayıda sağlam kaynak bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlığı genellikle olumsuz sağlık sonuçları, artmış sağlık hizmeti kullanımı ve mortalite ile ilişkilendirilmektedir (Taylor vd., 2018).

Hipertansiyon rahatsızlığı bulunan bireylerin hastalıklarının sağlık okuryazarlığıyla ilişkisi üzerine yapılan araştırmaların sistematik incelemesinin yapıldığı bir çalışmada hipertansiyon hastalarının genellikle düşük sağlık okuryazarlığı ve hipertansiyon hakkında yetersiz bilgiye sahip oldukları tespit edilmiştir. Hipertansiyon gibi sürekli tedavi ve sağlık hizmeti gereği doğuran kronik rahatsızlıklar sağlık sistemi ve maliyetleri üzerinde olumsuz sonuçlar ortaya çıkartmaktadır (Du vd., 2018).

Diyabet rahatsızlığı bulunan bireylerin hastalıklarıyla sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması üzerine yapılan araştırmaların sistematik incelemesinin yapıldığı bir çalışmada diyabet rahatsızlığı bulunan bireylerin düşük sağlık okuryazarlığına ve düşük diyabet bilgisine sahip oldukları tespit edilmiştir. Diyabet gibi sürekli ilaç tedavisi gerektiren kronik hastalıklar sağlık maliyetleri üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır (Al Sayah vd., 2013).

Litvanya’da birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanan 399 hastaya Avrupa sağlık okuryazarlığı anketi uygulanarak sağlık okuryazarlık düzeyi ve ilişkili faktörlerin değerlendirildiği bir çalışma yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığının yaş, çevre, medeni durum ve eğitim düzeyinden etkilendiği tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin daha iyi sağlık davranışlarına sahip olduğu bildirilmiştir (Šulinskaitė vd., 2022).

Yapay zekâ araçları karmaşık sonuç veren arama motorlarının aksine insanların işlerini kolaylaştırmak ve arama yapılan konuyla alakalı istenilen seviyede derlenmiş öz bilgiler verebilme kapasitesine sahiptir. Bu durum artan teknolojik karmaşa ve kontrolsüz bilgi paylaşımının olduğu sanal ortamlarda insanların güvenilir sağlık bilgisine erişimini sağlayabilir. Ancak mevcut durumda yapay zekâ araçları istenilen düzeyde sağlık bilgisine sahip metinler üretilmiyor yakın gelecekte bunu mümkün kılacak teknolojik gelişmeler sağlanabilir. Toplumun ihtiyaç duyduğu tıbbi danışmanlığın kendi bilgi seviyesine uyarlanmış ve anlayabileceği işitsel veya görsel metinler oluşturabilecek bir yapay zekâ sayesinde güvenilir kaynaklara erişimi sağlanmış olacaktır (Ayre vd., 2023).

Kanser hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin hastalıkları üzerindeki etkilerinin incelendiği araştırmaların sistematik olarak incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin kanserle ilgili bilgileri anlama ve uygulamada zorluklar yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlık düzeyi düşük kanser hastalarının düşük yaşam kalitesi sahip olduğu ve hastalıklarının bakım sürecinde olumsuz deneyimler yaşadıklarına dair çeşitli tespitler yapılmıştır. Hastalıklarının seyri dolayısıyla daha fazla sağlık bakım ihtiyacı olan kanser hastalarının sağlık okuryazarlık seviyelerinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması kanser hastalarının kötü sağlık sonuçları ve bakım süreçleri deneyimlemelerini engelleyebilir (Holden vd., 2021).



İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ, YÖNTEM VE BULGULAR

Bu bölümde; araştırmanın yapıldığı yer ve zaman, araştırmayla amaçlananlar, araştırmanın hipotezleri, veri toplama ve analiz yöntemi, araştırmanın izinleri ve bulgularından bahsedilmiştir.

2.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Tipi

Bu çalışma Aksaray ili merkez 10'nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı bireylerden 1 Ocak 2025 - 15 Şubat 2025 tarihleri arasında aile sağlığı merkezine başvuran 18 - 65 yaş arası bireylerden araştırmaya katılmaya gönüllü kişilere uygulanmış kesitsel tipte bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Amacı ve Problemleri

Sağlık okuryazarlığı bireylerin aldıkları sağlık hizmetinin niteliğini artırmakta ve sağlık sisteminin verimli bir şekilde sunulmasına olanak sağlamaktadır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı alanında yapılan her çalışma bulunduğu bölge ve ülke genelindeki popülasyonun sağlık okuryazarlığını ortaya çıkarması sebebiyle oldukça önemlidir. Yapılan bu çalışma ile amaçlananlar ise Aksaray merkez 10'nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin etkilendiği faktörlerin ortaya çıkarılmasıdır. Ayrıca yapılan bu çalışma ile katılımcıların ilk başvurduğu sağlık kuruluşu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri, gelir düzeyleri, eğitim düzeyleri ve çalışma durumları arasındaki olası ilişkiler ortaya çıkarılacaktır.

Bu amaçlar doğrultusunda oluşturulan araştırma soruları şunlardır;

Soru 1: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları yaş, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve tercih ettiği sağlık kuruluşuna göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

Soru 2: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları cinsiyet, medeni durum, kronik rahatsızlığı bulunması, sağlık problemi yaşaması, çevre tavsiyesiyle ilaç kullanması, reçetesini düzenli kullanması ve ailesinde sağlık personeli bulunmasına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

Soru 3: Araştırmaya katılanların ilk sağlık kuruluşu tercihi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi, gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2.3. Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışma amaçlarına göre aşağıdaki hipotezler ile test edilecektir.

Hipotez 1: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 2: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 3: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları sağlık problemi yaşamalarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 4: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları kronik hastalığa sahip olmalarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 5: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları çevredekilerin tavsiyesiyle ilaç kullanmalarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 6: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları reçete edilen ilaçları düzenli kullanmalarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 7: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları ailesinde sağlık personeli bulunmasına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 8: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları yaş düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 9: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 10: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 11: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları gelir düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 12: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı puanları sağlık kurumu tercihine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 13: Araştırmaya katılanların yaş düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 14: Araştırmaya katılanların eğitim düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15: Araştırmaya katılanların gelir düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 16: Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile başvurdukları sağlık kuruluşu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 17: Araştırmaya katılanların gelir düzeyleri ile başvurdukları sağlık kuruluşu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 18: Araştırmaya katılanların eğitim düzeyleri ile başvurdukları sağlık kuruluşu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 19: Araştırmaya katılanların çalışma durumları ile başvurdukları sağlık kuruluşu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 20: Araştırmaya katılanların yaş düzeyleri ile başvurdukları sağlık kuruluşu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

Araştırma Aksaray merkez 10'nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır ve araştırmadan çıkan sonuçlar ancak bulunduğu aile sağlığı merkeziyle ilişkilendirilebilir. Dolayısıyla bu durum araştırmanın sınırlılığıdır.

Araştırmanın veri toplama aşamasında katılımcıların anket sorularını içtenlikle ve dikkatle okuyup işaretledikleri varsayılmaktadır. Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlendiği için 18-65 yaş arasındaki nüfus ile çalışma yapılmıştır. Araştırmaya katılanların herhangi bir zihinsel engeli bulunmamaktadır. Araştırma okuma yazma bilen kişilere

uygulanmaya çalışılmıştır. Okuma yazma bilmeyenler ve katılmayı isteyen kişiler için anketör tarafından sorular özenle okunmuş işaretlemeleri yaptırılmıştır.

2.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Aksaray merkez 10'nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18-65 yaş arası 9.912 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem sayısı evreni bilinen gruplar için kullanılan formül yardımıyla hesaplanmıştır. Araştırmanın evreninin belirlenmesinde Eylül 2024 tarihinde 10'nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı hasta sayısı dikkate alınmıştır. Örneklem seçiminde olasılıksız örneklem seçimi yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada yaş, cinsiyet meslek ve gelir düzeyi gibi parametrelere göre örneklem sayısı ayarlanmamış veya tabakalandırma yapılmamıştır.

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N - 1) + t^2 p q}$$
$$n = \frac{9912 \times (1,960)^2 \times 0,50 \times 0,50}{(0,05)^2 \times (9912 - 1) + (1,960)^2 \times 0,50 \times 0,50} = 369,82 \sim 370$$

Formülde görüldüğü üzere evreni temsil edebilecek örneklem sayısı hesaplandığında %95 güven düzeyi için 370 kişiye bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Zihinsel engeli bulunmamak

Katılımcıların araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
- 18 yaş altı ve 65 yaş üzeri kişiler
- Zihinsel engeli bulunması

2.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Aksaray merkez 10'nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bireylerden araştırmanın uygulandığı tarihlerde aile sağlığı merkezine başvuran kişilerden, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 18-65 yaş aralığındaki kişilere ilk etapta çalışmanın amaçlarından ve bu araştırmaya katılmaları durumunda literatüre yapacakları katkılardan bahsedilmiştir. Devamında araştırmaya katılmaya gönüllü olanların sözlü onamları alınmış ve bu kişilere yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak anket formları doldurtulmuştur. Katılımcılara uygulanan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde literatür çalışmalarında sağlık okuryazarlığı tespitinde daha önce kullanılmış çeşitli soruları da içeren 12 soruluk bir sosyodemografi anketi kullanılmıştır. Bu anket formundaki sorular; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, sağlık problemi yaşama durumu, kronik hastalık bulunma durumu, sağlık problemi yaşandığında ilk başvurulacak sağlık kurumu, çevredekilerin tavsiyesi ile ilaç kullanma durumu hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanma durumu, ailesinde sağlık personeli bulunma durumunu içeren 12 adet sorudan oluşmaktadır.

Anket formunun ikinci bölümünde ise 2019 yılında Duong vd. (2019) tarafından geliştirilen orijinal adı "Short-Form Health Literacy Instrument (HLS-SF12)" olan 12 maddelik sağlık okuryazarlığı ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin orijinal hali 47 maddelik Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi'ndeki (HLS-EU-Q47) uygulama zorluklarından dolayı Duong ve arkadaşları tarafından "Short-Form Health Literacy Instrument" (HLS-SF12) adı ile oluşturulmuştur (Yılmaz ve Eskici, 2021). Dolayısıyla bu ölçek maddeleri Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi'ndeki (HLS-EU-Q47) sorulardan özümzenerek oluşturulmuş 12 soruluk uygulaması kolay ve güvenilirlik bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. HLS-SF12 ölçeği 2021 yılında Sevil Karahan Yılmaz ve Günay Eskici tarafından "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form" olarak Türkçeye kazandırılmıştır. Türkçe geçerliğinin yapılması amacıyla ölçeğe öncelikle Bartlett testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmıştır. Örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmaya uygunluğunu test etmek amacıyla yapılan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test sonucunda 0,883 değeri bulunmuştur bu değer 0,50 değerinden fazla olması örneklem sayısının yeterli olduğu sonucunu vermektedir. Ayrıca Bartlett testi sonucu da kabul edilebilir bulunmuştur.

Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Formuna İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Faktörler	Özdeğer	Açıklanan Varyans %	Birikimli Varyans %
1	4,698	39,150	39,150
2	1,170	9,752	48,901
3	1,041	8,677	57,578
4	,828	6,896	64,475
5	,721	6,006	70,481
6	,698	5,814	76,295
7	,573	4,779	81,073
8	,566	4,717	85,790
9	,502	4,185	89,975
10	,459	3,826	93,801
11	,407	3,394	97,195
12	,337	2,805	100,000

KMO örneklem yeterliliği: 0,883 - Bartlett's = 869,146 Sd= 66 p=0,000 Kaynak: (Yılmaz ve Eskici, 2021)

Sağlık okuryazarlığı ölçeği kısa formun yapılan açıklayıcı faktör analizinde (AFA) maddeler arası iç tutarlığın yüksek olduğu görülmektedir. Yeni ölçeğin maddelerinin faktör yükleri 0,472 ile 0,706 olarak, madde toplam korelasyonlarını 0,391 ile 0,613 arasında değiştiği bulunmuştur. Ayrıca 12 maddelik ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise 0,856 olarak yüksek bir sonuç bulunmuştur.

Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Formuna İlişkin Faktör Yükleri Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Maddeler	Faktör Yüğü	Madde Toplam Korelasyonu	Cronbach Alfa
1) Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavisine yönelik bilgiye ulaşabilmek.	,575	,486	
2) İlaçların prospektüslerini (ilaç bilgi kâğıdı) anlayabilmek.	,582	,493	
3) Hastalıklarınızla ilgili farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirebilmek.	,687	,598	
4) Acil bir durumda ambulans çağırmak.	,472	,391	0,856
5) Stres veya depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarının nasıl yönetileceğine dair bilgiye ulaşabilmek.	,636	,546	
6) Sağlık taramasına neden ihtiyaç duyduğunuzu anlamak (meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon gibi).	,659	,572	
7) Hangi aşılara ihtiyacınız olabileceğine karar vermek.	,619	,532	
8) Arkadaşlarınızın ve ailenizin tavsiyeleri doğrultusunda hastalıklardan nasıl korunacağınıza karar verebilmek.	,595	,502	

Maddeler	Faktör Yükü	Madde Toplam Korelasyonu	Cronbach Alfa
9) Medyada yer alan (internet, gazete, dergiler gibi) nasıl daha sağlıklı olunacağına dair bilgileri anlamak.	,648	,545	0,856
10) Hangi günlük davranışların (içme ve yeme alışkanlıkları, egzersiz vb.) sağlığınıza ilişkili olduğuna karar verebilmek.	,701	,604	
11) Bir spor kulübüne veya bir egzersiz etkinliğine katılmak.	,591	,489	

Kaynak: (Yılmaz ve Eskici, 2021)

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda 12 maddelik ölçeğin faktöriyel yapısının doğrulanması amacıyla doğrulayıcı faktöriyel analizi yapılmış DFA yüklerinin de 0,49 ile 0,73 arasında değiştiği ve tüm maddelerin t değerlerinin anlamlı olduğu bulunmuştur.

Bu ölçek ile toplam sağlık okuryazarlığı puanı ve alt gruplarda; tedavi ve sağlık hizmetleri, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında da sağlık okuryazarlığı düzeyleri tespit edilebilmektedir.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-SF12) Alt Grupları

Tedavi ve Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Ölçeğin değerlendirmesinde indeksler HLS-EU-Q47 anketindeki indeks puanlarıyla aynı şekilde yapılmaktadır. Hesaplamalar toplam sağlık okuryazarlığı puanı ve alt grup puanları olacak şekilde ayrı ayrı hesaplanır ve 0 ile 50 arasında puanlama sistemi ile incelenmektedir.

$$\text{Ölçek indeks} = (\text{Ortalama} - 1) * (50/3)$$

Kaynak: (Yılmaz ve Eskici, 2021)

Ölçek puanlarının hesaplanması ölçekte verilen cevapların karşılığı puanların toplanması ve bunun cevap verilen soru sayısına bölünmesi ile ortalamanın bulunması çıkan ortalama 1 değerinin çıkarılması ve buradan çıkan sonuç ile (50/3) işleminin sonucunun çarpılması şeklindedir. Ayrıca ölçeğin alt boyutundaki sorularda da 3X4 şeklinde hesaplanarak 3 farklı boyutta sağlık okuryazarlığı puanı da hesaplanabilmektedir.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-SF12) Alt Grup Puanları

Tedavi ve Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı

Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı

Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı

Kaynak: (Duong vd., 2019)

Bu işlemler sonucunda elde edilen sağlık okuryazarlığı puanlarının ise değerlendirme aralıkları vardır. HLS-SF12 ölçeğinden elde edilen sağlık okuryazarlığı puanları dört seviyeye ayrılarak değerlendirilir. Bu seviyeler katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini bildirmektedir. HLS-SF12 ölçeğinden elde edilen puanlara karşılık değerlendirme aralıkları Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığı Puanı Değerlendirme Aralıkları

Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	0-25 puan
Sorunlu Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	>25-33 puan
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	>33-42 puan
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	>42-50 puan

Kaynak: (Duong vd., 2019)

Tablo 4’e göre 0-25 puan yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyini, >25-33 puan sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyini, >33-42 puan yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyini ve >42-50 puan mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyini göstermektedir.

2.7. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin analizi için IBM SPSS 29 programı kullanıldı. Araştırmadan elde edilen bulgular tanımlayıcı ve açıklayıcı istatistik yöntemleri kullanılarak verilmiştir. Araştırmada ilk olarak araştırma yapılan örneklemin tanımlayıcı istatistik bulguları verilmiştir. Bu bulgulardan sürekli veri olanların ortalama ve standart sapmaları, kategorik veri olanların ise sayı ve yüzdeleri gösterilerek verilmiştir. Araştırma verilerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilks testleri ile değerlendirildi. Basıklık ve çarpıklık değerlerinin gösterdiği üzere çalışmanın tüm verilerinin normal dağılım aralığında olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda sağlık

okuryazarlığı bağımlı değişkeni ile 2 bağımsız değişkenin ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren sağlık okuryazarlığı bağımlı değişkeni ile ikiden fazla bağımsız değişkenin ortalamalarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) kullanılmıştır. One Way Anova testinin değerlendirme aşamasında Levene testinde homojen olmayan verilerde Welch testi uygulanmıştır. Ayrıca araştırmanın hipotezini oluşturan değişkenlerin hangi yönde birbirleri ile ilişkili olduğunu incelemek için ise Scheffe testi uygulanmıştır. Araştırmada kullanılacak ilişki testleri ise sürekli veri olan sağlık okuryazarlığı puanı ile test edilecek sıralı değişkenler için uygun olmasından dolayı Spearman Korelasyon testi kullanılacaktır. Araştırmanın kategorik değişkenleri arasındaki ilişki testi olarak ki-kare analizi kullanılacaktır. İstatiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak değerlendirilmiştir.

2.8. Araştırmanın Etik İzni, Kurum İzni ve Ölçek Kullanım İzni

Bu araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli izin Aksaray Üniversitesi Rektörlüğü İnsan Araştırmaları Etik kurulu tarafından 15.05.2024 tarihli ve 2024/02-138 protokol numaralı etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın kurum izni Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin izni mail yoluyla alınmıştır. Alınan izinler tezin ekler bölümünde paylaşılmıştır.

2.9. Araştırmanın Bulguları

Araştırmanın bu bölümü betimleyici ve açıklayıcı istatistik yöntemleri kullanılarak oluşturulan araştırma sonuçlarını içermektedir.

2.9.1. Araştırmanın Betimleyici İstatistik Yöntemleri

Betimleyici istatistikler; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, araştırma ölçeğine verilen cevap yüzdelerini ve katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanlarını ve düzeylerini içermektedir.

2.9.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılanların 243 kişisi kadınlardan oluşmaktadır. Bu sayı toplam katılımcı sayısı olan 370 kişinin %65,7'sini oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların yaş aralığının en çok 24-29 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Bu yaş grubu ise 72 kişiyle toplam katılımcıların %19,5'unu oluşturmaktadır. Katılımcıların %49,8'i (n=184) lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Araştırma katılımcılarının %74,9'unun (n=277) medeni durumunun evli olduğu görülmektedir. Katılımcılara çalışma durumlarına göre bakıldığında 193 kişiyle %52,2'sini ev hanımı, emekli ve öğrenciler oluşturmaktadır. Katılımcıların %33'ü (n=122) 37.500 TL üzeri aylık gelire sahiptir.

Tablo 5. Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	<i>n</i>	%
Yaş		
18-23	41	11.1
24-29	72	19.5
30-35	66	17.8
36-41	54	14.6
42-53	59	15.9
54-59	42	11.4
60-65	36	9.7
Cinsiyet		
Erkek	127	34.3
Kadın	243	65.7
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	16	4.3
Okuryazar	28	7.6
İlkokul	65	17.6
Ortaokul	77	20.8
Lise	131	35.4
Üniversite	48	13.0
Yüksek lisans/Doktora	5	1.4
Medeni durum		
Evli	277	74.9
Bekar	93	25.1
Çalışma durumu		
Ev hanımı	138	37.3
Emekli	21	5.7
Öğrenci	34	9.2
Serbest çalışan	22	5.9
İşçi	44	11.9
Memur	87	23.5
Esnaf	18	4.9
Diğer	6	1.6
Gelir düzeyi		
15000 TL ve altı	82	22.2
15000 – 22499 TL arası	75	20.3
22500 – 29999 TL arası	60	16.2
30000 – 37499 TL arası	31	8.4
37499 TL ve üstü	122	33.0
Toplam	370	100.0

Araştırmaya katılanların %70,5'i (n=261) sağlık problemi yaşamıyordu ve %73,8'i (n=273) kronik rahatsızlığa sahip olmadığını belirtmiştir. Katılımcılar sağlık problemi yaşadıklarında ilk başvurdukları sağlık kuruluşu olarak %61,1'i (n=226) aile sağlığı merkezlerine ilk başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %83,2'si (n=308) çevre tavsiyesi ile ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %76,2'si (n=282) ise hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %56,2'sinin ailesinde sağlık personeli bulunmamaktadır.

Tablo 6. Sosyodemografik Özellikler 2

Sorular	n	%
Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?		
Evet	109	29.5
Hayır	261	70.5
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?		
Evet	97	26.2
Hayır	273	73.8
Sağlık probleminiz olduğu zaman ilk önce hangi kuruma başvurursunuz?		
Aile sağlığı merkezi	226	61.1
Devlet hastanesi	97	26.2
Özel hastane	30	8.1
Eğitim araştırma hastanesi	17	4.6
Çevrenizdekilerin tavsiyesi ile ilaç kullanır mısınız?		
Evet	62	16.8
Hayır	308	83.2
Hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanır mısınız?		
Evet	282	76.2
Hayır	88	23.8
Ailenizde sağlıkçı olan (doktor, hemşire, ebe vs.) birisi var mı?		
Evet	162	43.8
Hayır	208	56.2
Toplam	370	100

2.9.1.2. Katılımcıların Araştırma Ölçeğine Verdikleri Yanıtlar

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ortaya çıkarılması amacıyla HLS-SF12 sağlık okuryazarlık ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçek 4'lü likert tipindedir ve “Çok zor, Oldukça zor, Oldukça kolay ve Çok kolay” seçeneklerinden oluşur. Katılımcıların bu seçenekleri en fazla işaretlediği araştırma soruları ise şu şekildedir;

Katılımcıların en fazla çok zor yanıtı verdiği araştırma sorusu “Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğuna karar verebilmek” yanıtıdır.

Katılımcıların en fazla oldukça zor yanıtı verdiği araştırma sorusu “Stres veya depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarının nasıl yönetileceğine dair bilgiye ulaşabilmek” yanıtıdır. Katılımcıların en fazla oldukça kolay yanıtı verdiği araştırma sorusu “Hangi günlük davranışların (içme ve yeme alışkanlıkları, egzersiz vb.) sağlığınız ile ilgili olduğuna karar verebilmek” yanıtıdır. Katılımcıların en fazla çok kolay yanıtı verdiği araştırma sorusu “Acil bir durumda ambulans çağırmak” yanıtı olmuştur.

Tablo 7. HLS-SF12 Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Soruları

Ölçek Soruları	Çok Zor		Oldukça Zor		Oldukça Kolay		Çok Kolay	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavisine yönelik bilgiye ulaşabilmek.	27	7.3%	58	15.7%	169	45.7%	116	31.4%
İlaçların prospektüslerini (ilaç bilgi kâğıdı) anlayabilmek.	44	11.9%	86	23.2%	137	37%	103	27.8%
Hastalıklarınızla ilgili farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirebilmek.	30	8.1%	88	23.8%	178	48.1%	74	20%
Acil bir durumda ambulans çağırmak.	8	2.2%	24	6.5%	117	31.6%	221	59.7%
Stres veya depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarının nasıl yönetileceğine dair bilgiye ulaşabilmek.	32	8.6%	104	28.2%	134	36.2%	100	27%
Sağlık taramasına neden ihtiyaç duyduğunuzu anlamak (meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon gibi).	14	3.8%	66	17.8%	162	43.8%	128	34.6%
Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğuna karar verebilmek.	55	14.9%	91	24.6%	133	35.9%	91	24.6%

Ölçek Soruları	Çok Zor		Orduka Zor		Oldukça Kolay		Çok Kolay	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Arkadaşlarınızın ve ailenizin tavsiyeleri doğrultusundan hastalıklardan nasıl korunacağınıza karar verebilmek.	28	7.6%	82	22.2%	173	46.8%	87	23.5%
Ruh sağlığınıza iyi gelen aktiviteler (meditasyon, egzersiz, yürüyüş, pilates vb.) hakkında bilgi edinebilmek.	37	10%	52	14.1%	166	44.9%	115	31.1%
Medyada yer alan (internet, gazete, dergiler gibi) nasıl daha sağlıklı olunacağına dair bilgileri anlamak.	22	5.9%	82	22.2%	153	41.4%	113	30.5%
Hangi günlük davranışların (içme ve yeme alışkanlıkları, egzersiz vb.) sağlığınıza ile ilgili olduğuna karar verebilmek.	13	3.5%	37	10%	179	48.4%	141	38.1%
Bir spor kulübüne veya bir egzersiz etkinliğine katılmak.	35	9.5%	81	21.9%	133	35.9%	121	32.7%

2.9.1.3. Araştırmanın Sağlık Okuryazarlığı Sonuçlarının Betimsel İstatistikleri

Araştırmanın sağlık okuryazarlığı ölçeği HLS-SF12 ile toplam sağlık okuryazarlığı puanı, tedavi ve sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanı, hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanı ve sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanları elde edilebilmektedir. Ölçeğin puan hesaplama formülü: Ölçek indeks = (Ortalama – 1) * (50/3) şeklindedir. Bu puanlar 0 ile 50 puan arasında değerlendirilir. Bu işlemler sonucunda elde edilen sağlık okuryazarlığı puanlarının ise değerlendirme aralıkları vardır. HLS-SF12 ölçeğinden elde edilen sağlık okuryazarlığı puanları dört seviyeye ayrılarak değerlendirilir. Bu seviyeler katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini bildirmektedir. HLS-SF12 ölçeğinden elde edilen puanlara karşılık değerlendirme aralıkları ise; 0-25 puan yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyini, >25-33 puan sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyini, >33-42 puan yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyini ve >42-50 puan mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyini göstermektedir.

Araştırmaya katılan 370 kişinin HLS-SF12 sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları toplam sağlık okuryazarlığı puanı ortalama 32,84 olarak bulunmuştur. Tedavi ve sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanı ortalama 33,78'dir. Bu puan ortalaması ölçeğin en yüksek ortalamasıdır. Hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanı ortalama 31,13 olarak bulunmuştur. Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı ortalama 33,60 olarak bulunmuştur.

Tablo 8. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Betimsel İstatistikleri

	<i>n</i>	<i>Ortalama</i>	<i>S</i>
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanları	370	32.84	9.34
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanları	370	33.78	10.55
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanları	370	31.13	10.94
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanları	370	33.60	10.93

2.9.1.4. Araştırmanın Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gruplandırılması

Araştırmanın katılımcılarının (HLS-SF12) ölçeğinden aldıkları sağlık okuryazarlığı puanları; sağlık okuryazarlığı toplam sağlık okuryazarlığı puanı, Tedavi ve sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanı, Hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanı ve Sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı alt dallarında yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi olacak şekilde sınıflandırılmıştır.

Katılımcıların toplam sağlık okuryazarlığı puanları gruplandırıldığında, katılımcıların %28,9'u (n=107) sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi kategorisinde, %18,9'u (n=70) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi kategorisinde, %35,7'si (n=132) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde ve %16,5'i (n=61) mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bulunmuştur.

Tablo 9. Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gruplandırılması

	<i>n</i>	<i>%</i>
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	70	18.9
Sorunlu Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	107	28.9
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	132	35.7
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	61	16.5
Toplam	370	100.0

Katılımcıların sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanları gruplandırıldığında, katılımcıların %45,9'u (n=170) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %15,1'i (n=56) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %18,6'sı (n=69) mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde ve %20,3'ü (n=75) sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bulunmuştur.

Tablo 10. Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gruplandırılması

	<i>n</i>	%
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	56	15.1
Sorunlu Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	75	20.3
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	170	45.9
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	69	18.6
Toplam	370	100.0

Katılımcıların Hastalıkların önlenmesi sağlık okuryazarlığı puanları gruplandırıldığında, %21,4'ü (n=79) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %35,4'ü (n=131) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %28,6'sı (n=106) sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinde ve %14,6'sı (n=54) mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bulunmuştur.

Tablo 11. Hastalıkların Önlenmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gruplandırılması

	<i>n</i>	%
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	79	21.4
Sorunlu Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	106	28.6
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	131	35.4
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	54	14.6
Toplam	370	100.0

Katılımcıların sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanları gruplandırıldığında, katılımcıların %40,5'i (n=150) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %15,9'u (n=59) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %20,5'i (n=76) mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde ve %23'ünün (n=85) sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bulunmuştur.

Tablo 12. Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gruplandırılması

	<i>n</i>	%
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	59	15.9
Sorunlu Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	85	23
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	150	40.5
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi	76	20.5
Toplam	370	100.0

2.9.2. Araştırmanın Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Normallik Testi

Araştırma verilerinin 30 ve üzerinde olmasından dolayı normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilks testleri ile değerlendirildi. Çıkan çarpıklık ve basıklık sonuçlarının (+1/-1) değerleri arasında olduğu ve değerlendirme sonucunda tüm çalışma verilerinin normal dağılım aralığında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 13. Sağlık Okuryazarlığı Puanları Normallik Testleri

Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanları Normallik Testi				
<i>n</i>	<i>Çarpıklık</i>	<i>Standart hata</i>	<i>Basıklık</i>	<i>Standart hata</i>
370	-.162	.127	-.151	.253
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanları Normallik Testi				
<i>n</i>	<i>Çarpıklık</i>	<i>Standart hata</i>	<i>Basıklık</i>	<i>Standart hata</i>
370	-.397	.127	-.250	.253
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanları Normallik Testi				
<i>n</i>	<i>Çarpıklık</i>	<i>Standart hata</i>	<i>Basıklık</i>	<i>Standart hata</i>
370	-.083	.127	-.423	.253
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanları Normallik Testi				
<i>n</i>	<i>Çarpıklık</i>	<i>Standart hata</i>	<i>Basıklık</i>	<i>Standart hata</i>
370	-.312	.127	-.039	.253

2.9.3. Araştırmanın Açıklayıcı İstatistik Yöntemleri

Araştırmada kullanılan açıklayıcı istatistiksel yöntemler; bağımsız gruplar t testi, tek yönlü varyans analizi (One Way Anova), Spearman korelasyon analizi ve ki-kare analizidir.

2.9.3.1. Araştırmanın Bağımsız Gruplar T-Testi Bulguları

Çalışmada değişkenlerin test edilmesinde normal dağılım aralığının sağlanması sebebiyle bağımlı değişken ve 2 bağımsız değişkenlerin ortalamalarının testinde bağımsız t-testi uygulanmıştır.

2.9.3.1.1. Cinsiyet Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyetlerine göre toplam sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde erkeklerde ortalama $32,52 \pm 10,03$ ve kadınlarda ortalama $33,00 \pm 9,01$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=.471$, $p=.638$ ve Cohen's $d=.052$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın

toplam puanının cinsiyet değişkeni ile karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde erkeklerde ortalama $33,43 \pm 10,96$ ve kadınlarda ortalama $33,96 \pm 10,35$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=.463$, $p=.643$ ve Cohen's $d=.051$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanının cinsiyet değişkeni ile karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde erkeklerde ortalama $31,23 \pm 11,22$ ve kadınlarda ortalama $31,08 \pm 10,82$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=.122$, $p=.903$ ve Cohen's $d=.013$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanının cinsiyet değişkeni ile karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde erkeklerde ortalama $32,90 \pm 11,60$ ve kadınlarda ortalama $33,96 \pm 10,57$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=.886$, $p=.376$ ve Cohen's $d=.097$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanının cinsiyet değişkeni ile karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Tablo 14. Cinsiyet Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Erkek		Kadın		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>			
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanı	32.52	10.03	33.00	9.01	.471	.638	.052
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı	33.43	10.96	33.96	10.35	.463	.643	.051
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı	31.23	11.22	31.08	10.82	.122	.903	.013
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı	32.90	11.60	33.96	10.57	.886	.376	.097

2.9.3.1.2. Medeni Durum Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların medeni durumlarına göre toplam sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evlilerde ortalama $32,16 \pm 9,23$ ve bekarlarda ortalama $34,85 \pm 9,51$

bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=-2.41$, $p=.016$ ve Cohen's $d=.289$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın toplam puanının medeni durum değişkeni ile karşılaştırılmasında anlamlı $p<0.05$ düzeyinde anlamlılık bulunmuştur.

Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evlilerde ortalama $32,89\pm10,53$ ve bekarlarda ortalama $36,42\pm10,22$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=-2.81$, $p=.005$ ve Cohen's $d=.337$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanının medeni durum değişkeni ile karşılaştırılmasında bekarların sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p<0.05$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Katılımcıların medeni durumlarına göre hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evlilerde ortalama $30,53\pm10,83$ ve bekarlarda ortalama $32,93\pm11,14$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=-1.83$, $p=.068$ ve Cohen's $d=.219$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanının medeni durum değişkeni ile karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evlilerde ortalama $33,06\pm10,98$ ve bekarlarda ortalama $35,21\pm10,66$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=-1.67$, $p=.100$ ve Cohen's $d=.197$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın toplam puanının medeni durum değişkeni ile karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Tablo 15. Medeni Durum Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Evli		Bekar		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>			
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanı	32.16	9.23	34.85	9.51	-2.41	.016	.289
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı	32.89	10.53	36.42	10.22	-2.81	.005	.337
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı	30.53	10.83	32.93	11.14	-1.83	.068	.219
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı	33.06	10.98	35.21	10.66	-1.67	.100	.197

2.9.3.1.3. Sağlık Problemi Yaşama Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların sağlık problemi yaşamalarına göre toplam sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $29,49 \pm 9,41$ ve hayır diyenlerin ortalama $34,23 \pm 9,00$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t = -4.55$, $p < .001$ ve Cohen's $d = .519$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın toplam puanının sağlık problemi yaşama değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır diyenlerin sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Katılımcıların sağlık problemi yaşamalarına göre sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $29,47 \pm 10,66$ ve hayır diyenlerin ortalama $35,58 \pm 9,99$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t = -5.25$, $p < .001$ ve Cohen's $d = .600$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanının sağlık problemi yaşama değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır diyenlerin sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Katılımcıların sağlık problemi yaşamalarına göre hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $28,17 \pm 10,40$ ve hayır diyenlerin ortalama $32,37 \pm 10,95$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t = -3.41$, $p < .001$ ve Cohen's $d = .389$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanının sağlık problemi yaşama değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır diyenlerin sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Katılımcıların sağlık problemi yaşamalarına göre sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $30,84 \pm 11,71$ ve hayır diyenlerin ortalama $34,75 \pm 10,39$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t = -3.17$, $p = .002$ ve Cohen's $d = .362$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanının sağlık problemi yaşama değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır diyenlerin sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p < .002$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Tablo 16. Sağlık Problemi Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Evet		Hayır		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>			
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanı	29.49	9.41	34.23	9.00	-4.55	<.001	.519
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı	29.47	10.66	35.58	9.99	-5.25	<.001	.600
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı	28.17	10.40	32.37	10.95	-3.41	<.001	.389
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı	30.84	11.71	34.75	10.39	-3.17	.002	.362

2.9.3.1.4. Kronik Hastalığının Bulunması Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların kronik hastalığı bulunmalarına göre toplam sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $28,86 \pm 10,02$ ve hayır diyenlerin ortalama $34,25 \pm 8,71$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t = -5.02$, $p = <.001$ ve Cohen's $d = .594$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın toplam puanının kronik hastalığı bulunması değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır diyenlerin sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p <.001$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Katılımcıların kronik hastalığı bulunmalarına göre sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $29,12 \pm 11,43$ ve hayır diyenlerin ortalama $35,43 \pm 9,72$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t = -5.24$, $p = <.001$ ve Cohen's $d = .619$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanının kronik hastalığı bulunması değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır diyenlerin sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p <.001$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Katılımcıların kronik hastalığı bulunmalarına göre hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $28,00 \pm 11,34$ ve hayır diyenlerin ortalama $32,24 \pm 10,60$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t = -3.32$, $p = <.001$ ve Cohen's $d = .650$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanının kronik hastalığı bulunması değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır diyenlerin sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p <.001$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Katılımcıların kronik hastalığı bulunmalarına göre sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $29,46 \pm 11,68$ ve hayır diyenlerin ortalama $35,07 \pm 10,28$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t = -4.44$, $p < .001$ ve Cohen's $d = .526$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanının kronik hastalığı bulunması değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır diyenlerin sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Tablo 17. Kronik Hastalık Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Evet		Hayır		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>			
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanı	28.86	10.02	34.25	8.71	-5.02	<.001	.594
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı	29.12	11.43	35.43	9.72	-5.24	<.001	.619
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı	28.00	11.34	32.24	10.60	-3.32	<.001	.650
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı	29.46	11.68	35.07	10.28	-4.44	<.001	.526

2.9.3.1.5. Çevre Tavsiyesi ile İlaç Kullanımı Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların çevre tavsiyesi ile ilaç kullanımlarına göre toplam sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $27,66 \pm 10,66$ ve hayır diyenlerin ortalama $33,88 \pm 8,74$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t = -4.91$, $p < .001$ ve Cohen's $d = .684$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın toplam puanının çevre tavsiyesi ile ilaç kullanımlarına değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır diyenlerin sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p < .001$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Katılımcıların çevre tavsiyesi ile ilaç kullanımlarına göre sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $28,42 \pm 11,82$ ve hayır diyenlerin ortalama $34,86 \pm 9,95$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t = -4.49$, $p < .001$ ve Cohen's $d = .625$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanının çevre tavsiyesi ile ilaç kullanımlarına değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır

diyenlerin sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Katılımcıların çevre tavsiyesi ile ilaç kullanımlarına göre hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $26,27\pm11,65$ ve hayır diyenlerin ortalama $32,11\pm10,55$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=-3.90$, $p<.001$ ve Cohen's $d=.543$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanının çevre tavsiyesi ile ilaç kullanımlarına değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır diyenlerin sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Katılımcıların çevre tavsiyesi ile ilaç kullanımlarına göre sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $28,29\pm12,16$ ve hayır diyenlerin ortalama $34,67\pm10,36$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=-4.29$, $p<.001$ ve Cohen's $d=.597$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanının çevre tavsiyesi ile ilaç kullanımlarına değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır diyenlerin sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p<.001$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Tablo 18. Tavsiye ile İlaç Kullanımı Bağımsız Değişkeni ve Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Evet		Hayır		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>			
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanı	27.66	10.66	33.88	8.74	-4.91	<.001	.684
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı	28.42	11.82	34.86	9.95	-4.49	<.001	.625
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı	26.27	11.65	32.11	10.55	-3.90	<.001	.543
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı	28.29	12.16	34.67	10.36	-4.29	<.001	.597

2.9.3.1.6. Hekim Reçetesinin Düzenli Kullanımı Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların hekim reçetesinin düzenli kullanımlarına göre toplam sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $32,14\pm9,22$ ve hayır diyenlerin ortalama $35,06\pm9,52$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=-2.57$, $p=.010$ ve Cohen's $d=.314$

bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın toplam puanının hekim reçetesinin düzenli kullanımı değişkeni ile karşılaştırılmasında $p<0.05$ düzeyinde anlamlılık bulunmuştur.

Katılımcıların hekim reçetesinin düzenli kullanımlarına göre sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $33,27\pm10,52$ ve hayır diyenlerin ortalama $35,41\pm10,55$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=-1.66$, $p=.096$ ve Cohen's $d=.203$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanının hekim reçetesinin düzenli kullanımı değişkeni ile karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Katılımcıların hekim reçetesinin düzenli kullanımlarına göre hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $30,24\pm10,82$ ve hayır diyenlerin ortalama $33,99\pm10,92$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=-2.83$, $p=.005$ ve Cohen's $d=.346$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanının hekim reçetesinin düzenli kullanımı değişkeni ile karşılaştırılmasında hayır diyenlerin puan ortalamasının yüksek olduğu yönünde $p<0.05$ düzeyinde anlamlı bir sonuç bulunmuştur.

Katılımcıların hekim reçetesinin düzenli kullanımlarına göre sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $32,91\pm10,97$ ve hayır diyenlerin ortalama $35,79\pm10,54$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=-2.16$, $p=.031$ ve Cohen's $d=.264$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanının hekim reçetesinin düzenli kullanımı değişkeni ile karşılaştırılmasında $p<0.05$ düzeyinde anlamlılık bulunmuştur.

Tablo 19. Reçetesini Düzenli Kullanma Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Evet		Hayır		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>			
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanı	32.14	9.22	35.06	9.52	-2.57	.010	.314
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı	33.27	10.52	35.41	10.55	-1.66	.096	.203
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı	30.24	10.82	33.99	10.92	-2.83	.005	.346
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı	32.91	10.97	35.79	10.54	-2.16	.031	.264

2.9.3.1.7. Ailesinde Sağlık Personeli Bulunma Bağımsız Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların ailelerinde sağlık personeli bulunmalarına göre toplam sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $33,70 \pm 9,03$ ve hayır diyenlerin ortalama $32,17 \pm 9,58$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=1.56$, $p=.119$ ve Cohen's $d=.164$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın toplam puanının ailelerinde sağlık personeli bulunması değişkeni ile karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Katılımcıların ailelerinde sağlık personeli bulunmalarına göre sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $34,59 \pm 9,84$ ve hayır diyenlerin ortalama $33,15 \pm 11,06$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=1.30$, $p=.193$ ve Cohen's $d=.137$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlık hizmetleri sağlık okuryazarlığı puanının ailelerinde sağlık personeli bulunması değişkeni ile karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Katılımcıların ailelerinde sağlık personeli bulunmalarına göre hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $32,40 \pm 11,02$ ve hayır diyenlerin ortalama $30,14 \pm 10,81$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=1.97$, $p=.049$ ve Cohen's $d=.207$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın hastalıklardan korunma sağlık okuryazarlığı puanının ailelerinde sağlık personeli bulunması değişkeni ile karşılaştırılmasında $p<0.05$ düzeyinde anlamlılık bulunmuştur.

Katılımcıların ailelerinde sağlık personeli bulunmalarına göre sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı değerlendirildiğinde evet diyenlerin ortalama $34,10 \pm 10,53$ ve hayır diyenlerin ortalama $33,21 \pm 11,24$ bulunmuştur. Ayrıca test sonucunda $t=.778$, $p=.437$ ve Cohen's $d=.082$ bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanının ailelerinde sağlık personeli bulunması değişkeni ile karşılaştırılmasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır.

Tablo 20. Ailesinde Sağlık Personeli Bulunma Değişkenine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Değerlendirilmesi

Bağımlı Değişkenler	Evet		Hayır		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Cohen's d</i>
	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>			
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanı	33.70	9.03	32.17	9.58	1.56	.119	.164
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı	34.59	9.84	33.15	11.06	1.30	.193	.137
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı	32.40	11.02	30.14	10.81	1.97	.049	.207
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı	34.10	10.53	33.21	11.24	.778	.437	.082

2.9.3.2. Araştırmanın Tek Yönlü Varyans (One Way Anova) Testi Bulguları

Araştırma verileri normal dağılım sağlamaktadır. Dolayısıyla Bağımlı değişken ile 2'den fazla bağımsız değişkenin test edilmesinde ise tek yönlü varyans (One Way Anova) testi uygulanmıştır.

2.9.3.2.1. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Yaş Düzeylerine Göre One Way Anova Sonuçları

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puanları ve alt dal puanları bağımlı değişkenlerinin kategorik yaş düzeyi bağımsız değişkeni ile One Way Anova testi ile değerlendirildiğinde bulunan sonuçlar;

Katılımcıların toplam sağlık okuryazarlığı puanı ile kategorik yaş düzeyi testinde ortalaması en yüksek grup 36,31±9,11 puan ile 18-23 yaş düzeyi olmuştur. Ortalaması en düşük grup 25,34±8,52 puan ile 60-65 yaş düzeyi olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f=8.62$, $p<.001$ ve $\eta^2=.125$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise kategorik yaş düzeyi ile toplam sağlık okuryazarlığı puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların sağlık hizmetleri özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile kategorik yaş düzeyi testinde ortalaması en yüksek grup 38,54±8,94 puan ile 24-29 yaş düzeyi olmuştur. Ortalaması en düşük grup 26,15±10,33 puan ile 60-65 yaş düzeyi olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f=9.77$, $p<.001$ ve $\eta^2=.139$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise kategorik yaş düzeyi ile sağlık hizmetleri özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların hastalıkların önlenmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile kategorik yaş düzeyi testinde ortalaması en yüksek grup 33,84±11,18 puan ile 18-23 yaş düzeyi olmuştur. Ortalaması en düşük grup 23,26±10,12 puan ile 60-65 yaş düzeyi olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f=5.47$, $p<.001$ ve $\eta^2=.083$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise kategorik yaş düzeyi ile hastalıkların önlenmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların sağlığın geliştirilmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile kategorik yaş düzeyi testinde ortalaması en yüksek grup 37,90±10,24 puan ile 18-23 yaş düzeyi olmuştur. Ortalaması en düşük grup 26,62±10,31 puan ile 60-65 yaş düzeyi olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f=5.30$, $p<.001$ ve $\eta^2=.081$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise kategorik yaş düzeyi ile sağlığın geliştirilmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların değişim katsayıları incelendiğinde en yüksek ($CV>\%35$) 54 yaş üzeri bireylerde, en düşük ise ($CV\approx\%22-27$) 18-41 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Yüksek yaş gruplarındaki heterojen dağılım yüksek yaş düzeyinde sağlık okuryazarlığının değişkenliğini göstermektedir. Bu durum yaş düzeyinin sağlık okuryazarlığı üzerinde kritik bir belirleyici olduğunu gösterir.

Tablo 21. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Yaş Düzeylerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Sağlık Okuryazarlığı Puanları	Yaş	$\bar{X}$	SS	f	p	η^2	$CV(\%)$
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanı	18-23*	36.31	9.11	8.62	<.001	.125	25.09
	24-29	35.70	8.52				23.87
	30-35	34.84	8.76				25.14
	36-41	33.28	7.61				22.87
	42-53	31.40	9.23				29.39
	54-59*	29.26	10.24				34.99
	60-65*	25.34	8.52				33.62
	Toplam	32.84	9.36				28.50
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı	18-23*	37.19	9.74	9.77	<.001	.139	26.19
	24-29	38.54	8.94				23.20
	30-35	35.73	9.44				26.42
	36-41	33.87	9.54				28.17
	42-53	31.28	10.44				33.38
	54-59*	29.16	11.27				38.65
	60-65*	26.15	10.33				39.50
	Toplam	33.78	10.55				31.23
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı	18-23*	33.84	11.18	5.47	<.001	.083	33.04
	24-29	32.98	10.57				32.05
	30-35	33.27	10.52				31.62
	36-41	31.86	9.98				31.32
	42-53	31.35	10.15				32.38
	54-59	27.48	11.64				42.36
	60-65*	23.26	10.12				43.51
	Toplam	31.13	10.94				35.14
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı	18-23*	37.90	10.24	5.30	<.001	.081	27.02
	24-29	35.59	9.96				27.99
	30-35	35.54	10.47				29.46
	36-41	34.10	10.24				30.03
	42-53	31.56	11.99				37.99
	54-59	31.15	10.54				33.84
	60-65*	26.62	10.31				38.73
	Toplam	33.60	10.93				32.53

* Scheffé testinde arasında ilişki bulunan değişkenleri ifade eder.

2.9.3.2.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre One Way Anova Sonuçları

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puanları ve alt dal puanları bağımlı değişkenlerinin eğitim düzeyi bağımsız değişkeni ile One Way Anova testi ile değerlendirildiğinde bulunan sonuçlar;

Katılımcıların toplam sağlık okuryazarlığı puanı ile eğitim düzeyi testinde ortalaması en yüksek grup $35,50 \pm 7,89$ puan ile üniversite düzeyi olmuştur. Ortalaması en düşük grup $25,43 \pm 13,11$ puan ile okuryazar değil düzeyi olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f = 5.58$, $p < .001$ ve $\eta^2 = .084$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise eğitim düzeyi ile toplam sağlık okuryazarlığı puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların sağlık hizmetleri özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile eğitim düzeyi testinde ortalaması en yüksek grup $36,76 \pm 9,12$ puan ile lise düzeyi olmuştur. Ortalaması en düşük grup $25,52 \pm 13,59$ puan ile okuryazar değil düzeyi olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f = 7.65$, $p < .001$ ve $\eta^2 = .112$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise eğitim düzeyi ile sağlık hizmetleri özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların hastalıkların önlenmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile eğitim düzeyi testinde ortalaması en yüksek grup $33,15 \pm 9,76$ puan ile üniversite düzeyi olmuştur. Ortalaması en düşük grup $24,12 \pm 13,19$ puan ile okuryazar değil düzeyi olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f = 2.85$, $p = .010$ ve $\eta^2 = .045$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise eğitim düzeyi ile hastalıkların önlenmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların sağlığın geliştirilmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile eğitim düzeyi testinde ortalaması en yüksek grup $36,63 \pm 10,66$ puan ile üniversite düzeyi olmuştur. Ortalaması en düşük grup $26,56 \pm 14,42$ puan ile okuryazar değil düzeyi olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f = 3.16$, $p = .005$ ve $\eta^2 = .050$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise eğitim düzeyi ile sağlığın geliştirilmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların değişim katsayıları incelendiğinde en yüksek ($CV > \%50$) okuryazar olmayan bireylerde, en düşük ise ($CV < \%25$) lise ve üniversite mezunu bireylerde olduğu görülmektedir. Düşük eğitim düzeyinde heterojen dağılım görülmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça daha homojen bir dağılım görülmektedir. Bu durum eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı üzerinde kritik bir belirleyici olduğunu gösterir.

Tablo 22. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Sağlık Okuryazarlığı Puanları	Kategoriler	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>f</i>	<i>p</i>	η^2	<i>CV</i> (%)
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Okuryazar değil*	25.43	13.11				51.55
	okuryazar	28.81	10.17				35.30
	İlkokul	29.97	8.86				29.56
	Ortaokul	33.36	8.83	5.58	<.001	.084	26.47
	Lise*	34.79	8.31				23.89
	Üniversite*	35.50	7.89				22.23
	Yüksek Lisans/Doktora	31.38	18.57				59.18
	Toplam	32.84	9.36				28.50
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Okuryazar değil*	25.52	13.59				53.25
	okuryazar	29.31	10.96				37.39
	İlkokul	29.23	11.15				38.15
	Ortaokul	34.19	9.68	7.65	<.001	.112	28.31
	Lise*	36.76	9.12				24.81
	Üniversite*	36.71	8.27				22.53
	Yüksek Lisans/Doktora	31.66	18.30				57.80
	Toplam	33.78	10.55				31.23
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Okuryazar değil*	24.21	13.19				54.48
	okuryazar	27.67	10.40				37.59
	İlkokul	28.84	10.95				37.97
	Ortaokul	32.14	10.44	2.85	.010	.045	32.48
	Lise	32.57	10.62				32.61
	Üniversite*	33.15	9.76				29.45
	Yüksek Lisans/Doktora	30.00	19.85				66.17
	Toplam	31.13	10.94				35.14
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Okuryazar değil	26.56	14.42				54.29
	okuryazar	29.46	12.82				43.52
	İlkokul	31.85	10.34				32.46
	Ortaokul	33.76	9.97				29.53
	Lise	35.05	10.09	3.16	.005	.050	28.79
	Üniversite	36.63	10.66				29.10
	Yüksek Lisans/Doktora	32.50	18.25				56.15
	Toplam	33.60	10.93				32.53

* Scheffe testinde arasında ilişki bulunan değişkenleri ifade eder.

2.9.3.2.3. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Çalışma Durumlarına Göre One Way Anova Sonuçları

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puanları ve alt dal puanları bağımlı değişkenlerinin çalışma durumu bağımsız değişkeni ile One Way Anova testi ile değerlendirildiğinde bulunan sonuçlar;

Katılımcıların toplam sağlık okuryazarlığı puanı ile çalışma durumu testinde ortalaması en yüksek grup $37,50 \pm 11,91$ puan ile diğer grubu olmuştur. Ortalaması en düşük grup $28,28 \pm 10,87$ puan ile serbest çalışan grubu olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f = 4.35$, $p < .001$ ve $\eta^2 = .078$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise çalışma durumu ile toplam sağlık okuryazarlığı puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların sağlık hizmetleri özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile çalışma durumu testinde ortalaması en yüksek grup $37,06 \pm 8,13$ puan ile memurlar olmuştur. Ortalaması en düşük grup $28,03 \pm 12,14$ puan ile serbest çalışan grubu olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f = 3.91$, $p < .001$ ve $\eta^2 = .070$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise çalışma durumu ile sağlık hizmetleri özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların hastalıkların önlenmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile çalışma durumu testinde ortalaması en yüksek grup $36,11 \pm 11,68$ puan ile diğer çalışan grubu olmuştur. Ortalaması en düşük grup $25,92 \pm 7,89$ puan ile esnaflar olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f = 4.10$, $p < .001$ ve $\eta^2 = .073$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise çalışma durumu ile hastalıkların önlenmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların sağlığın geliştirilmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile çalışma durumu testinde ortalaması en yüksek grup $40,97 \pm 11,90$ puan ile diğer çalışan grubu olmuştur. Ortalaması en düşük grup $29,39 \pm 12,08$ puan ile esnaflar olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f = 2.75$, $p = .008$ ve $\eta^2 = .051$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise çalışma durumu ile sağlığın geliştirilmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların değişim katsayıları incelendiğinde en yüksek ($CV > \%35$) emekli ve serbest çalışan bireylerde, en düşük ise ($CV \approx \%22-28$) işçi, memur ve öğrencilerde olduğu görülmektedir. Meslek grupları arasındaki homojen dağılım düzenli olarak çalışan işçi, memur ve öğrencilerde, heterojen dağılım ise emekli ve serbest çalışanlarda görülmektedir.

Tablo 23. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Çalışma Durumlarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Sağlık Okuryazarlığı Puanları	Kategoriler	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>f</i>	<i>p</i>	η^2	<i>CV</i> (%)
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Ev Hanımı	31.08	9.39	4.35	<.001	.078	30.21
	Emekli	29.96	11.75				39.22
	Öğrenci	36.43	8.38				23.00
	Serbest	28.28	10.87				38.44
	Çalışan	35.22	7.93				22.52
	İşçi	35.16	8.10				23.02
	Memur	29.78	8.17				27.43
	Esnaf	37.50	11.91				31.76
	Diğer	Toplam	32.84				28.50
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Ev Hanımı	31.61	11.18	3.91	<.001	.070	35.37
	Emekli	31.34	12.40				39.57
	Öğrenci	36.76	10.63				28.92
	Serbest	28.03	12.14				43.31
	Çalışan	35.51	9.00				25.35
	İşçi	37.06	8.13				21.94
	Memur	34.02	8.24				24.22
	Esnaf	35.41	12.84				36.26
	Diğer	Toplam	33.78				31.23
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Ev Hanımı	29.13	11.00	4.10	<.001	.073	37.76
	Emekli	28.76	13.10				45.55
	Öğrenci	35.17	9.12				25.93
	Serbest	26.70	12.70				47.57
	Çalışan	34.37	9.25				26.91
	İşçi	33.52	10.45				31.18
	Memur	25.92	7.89				30.44
	Esnaf	36.11	11.68				32.35
	Diğer	Toplam	31.13				35.14
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Ev Hanımı	32.51	11.35	2.75	.008	.051	34.91
	Emekli	29.76	12.02				40.39
	Öğrenci	37.37	8.79				23.52
	Serbest	30.11	11.20				37.20
	Çalışan	35.79	10.21				28.53
	İşçi	34.91	9.90				28.36
	Memur	29.39	12.08				41.10
	Esnaf	40.97	11.90				29.05
	Diğer	Toplam	33.60				32.53

2.9.3.2.4. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gelir Düzeylerine Göre One Way Anova Sonuçları

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puanları ve alt dal puanları bağımlı değişkenlerinin gelir düzeyi bağımsız değişkeni ile One Way Anova testi ile değerlendirildiğinde bulunan sonuçlar;

Katılımcıların toplam sağlık okuryazarlığı puanı ile gelir düzeyi testinde ortalaması en yüksek grup 35,34±9,52 puan ile 30.000-37.499 TL arası düzey olmuştur. Ortalaması en düşük grup 30,92±9,74 puan ile 15.000-22.499 TL arası düzey olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f=2.44$, $p=.046$ ve $\eta^2=.026$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise gelir düzeyi ile toplam sağlık okuryazarlığı puanı arasında $p<0.05$ düzeyinde bir ilişki vardır.

Katılımcıların sağlık hizmetleri özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile gelir düzeyi testinde ortalaması en yüksek grup 36,55±9,78 puan ile 30.000-37.499 TL arası düzey olmuştur. Ortalaması en düşük grup 31,94±11,13 puan ile 22.500-29.999 TL arası düzey olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f=3.07$, $p=.016$ ve $\eta^2=.033$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise gelir düzeyi ile sağlık hizmetleri özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında $p<0.05$ düzeyinde bir ilişki vardır.

Katılımcıların hastalıkların önlenmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile gelir düzeyi testinde ortalaması en yüksek grup 33,06±11,43 puan ile 30.000-37.499 TL arası düzey olmuştur. Ortalaması en düşük grup 29,77±10,38 puan ile 15.000-22.499 TL arası düzey olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f=1.15$, $p=.329$ ve $\eta^2=.013$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise gelir düzeyi ile hastalıkların önlenmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların sağlığın geliştirilmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile gelir düzeyi testinde ortalaması en yüksek grup 36,42±11,23 puan ile 30.000-37.499 TL arası düzey olmuştur. Ortalaması en düşük grup 30,44±11,80 puan ile 15.000-22.499 TL arası düzey olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f=2.50$, $p=.042$ ve $\eta^2=.027$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise gelir düzeyi ile sağlığın geliştirilmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında $p<0.05$ düzeyinde bir ilişki vardır.

Katılımcıların değişim katsayıları incelendiğinde en yüksek ($CV > \%39.27$) 15.000 TL altı gelire sahip bireylerde, en düşük ise ($CV \approx \%24-31$) en yüksek gelire sahip bireylerde olduğu görülmektedir. Gelir düzeyleri arasındaki homojen dağılım yüksek gelir grubunda, heterojen dağılım ise düşük gelir grubunda görülmektedir. Gelir düzeyi sağlık okuryazarlığı üzerinde önemli bir belirleyicidir.

Tablo 24. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Gelir Düzeylerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Sağlık Okuryazarlığı Puanları	Kategoriler	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>f</i>	<i>p</i>	η^2	<i>CV</i> (%)
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanı	15.000 TL ve altı	31.77	10.10	2.44	.046	.026	31.79
	15.000-22.499 TL arası	30.92	9.74				31.50
	22.500-29.999 TL arası	32.38	8.40				25.94
	30.000-37.499 TL arası	35.34	9.52				26.94
	37.499 TL ve üstü	34.32	8.78				25.58
	Toplam	32.84	9.36				28.50
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı	15.000 TL ve altı	32.06	11.37	3.07	.016	.033	35.46
	15.000-22.499 TL arası	32.55	11.63				35.73
	22.500-29.999 TL arası	31.94	11.13				34.84
	30.000-37.499 TL arası	36.55	9.78				26.76
	37.499 TL ve üstü	35.89	8.66				24.13
	Toplam	33.78	10.55				31.23
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı	15.000 TL ve altı	29.97	11.77	1.15	.329	.013	39.27
	15.000-22.499 TL arası	29.77	10.38				34.87
	22.500-29.999 TL arası	30.90	9.46				30.61
	30.000-37.499 TL arası	33.06	11.43				34.57
	37.499 TL ve üstü	32.37	11.23				34.69
	Toplam	31.13	10.94				35.14
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı	15.000 TL ve altı	33.28	10.32	2.50	.042	.027	31.01
	15.000-22.499 TL arası	30.44	11.80				38.76
	22.500-29.999 TL arası	34.30	10.69				31.17
	30.000-37.499 TL arası	36.42	11.23				30.83
	37.499 TL ve üstü	34.69	10.54				30.38
	Toplam	33.60	10.93				32.53

2.9.3.2.5. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Sağlık Kurumu Tercihine Göre One Way Anova Sonuçları

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puanları ve alt dal puanları bağımlı değişkenlerinin sağlık kurumu tercihi bağımsız değişkeni ile One Way Anova testi ile değerlendirildiğinde bulunan sonuçlar; Katılımcıların toplam sağlık okuryazarlığı puanı ile sağlık kurumu tercihi testinde ortalaması en yüksek grup 35,21±9,57 puan ile eğitim araştırma hastanesi grubu olmuştur. Ortalaması en düşük grup 31,35±9,85 puan ile devlet hastanesi grubu olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f = 1.60$, $p = .188$ ve $\eta^2 = .013$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise sağlık kurumu tercihi ile toplam sağlık okuryazarlığı puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların sağlık hizmetleri özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile sağlık kurumu tercihi testinde ortalaması en yüksek grup 37,08±8,57 puan ile özel hastane grubu olmuştur. Ortalaması en düşük grup 32,73±11,64 puan ile devlet hastanesi grubu olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f = 1.57$, $p = .194$ ve $\eta^2 = .013$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise sağlık kurumu tercihi ile sağlık hizmetleri özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların hastalıkların önlenmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile sağlık kurumu tercihi testinde ortalaması en yüksek grup 32,84±9,18 puan ile eğitim araştırma hastanesi grubu olmuştur. Ortalaması en düşük grup 29,63±11,08 puan ile devlet hastanesi grubu olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f = .926$, $p = .428$ ve $\eta^2 = .008$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise sağlık kurumu tercihi ile hastalıkların önlenmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların sağlığın geliştirilmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları ile sağlık kurumu tercihi testinde ortalaması en yüksek grup 36,76±12,16 puan ile eğitim araştırma hastanesi grubu olmuştur. Ortalaması en düşük grup 31,70±10,90 puan ile devlet hastanesi grubu olmuştur. Araştırmanın değerleri; $f = 1.98$, $p = .116$ ve $\eta^2 = .016$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ise sağlık kurumu tercihi ile sağlığın geliştirilmesi özelinde sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların sağlık kurumlarına göre değişim katsayıları incelendiğinde, en düşük özel hastane grubunda ($CV \approx \%23.12$), en yüksek ise eğitim araştırma hastanesi grubunda ($CV \approx \%37.43$) olduğu görülmektedir. Bu durum, özel hastaneye başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha homojen, diğer gruplarda ise daha değişken olduğunu göstermektedir.

Tablo 25. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Sağlık Kurumu Tercihine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Sağlık Okuryazarlığı Puanları	Kategoriler	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>f</i>	<i>p</i>	η^2	<i>CV</i> (%)
Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Aile sağlığı merkezi	33.05	9.22				27.91
	Devlet hastanesi	31.35	9.85				31.42
	Özel hastane	34.67	8.40	1.60	.188	.013	24.23
	Eğitim araştırma hastanesi	35.21	9.57				27.18
	Toplam	32.84	9.36				28.51
Sağlık Hizmetleri Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Aile sağlığı merkezi	33.62	10.00				29.74
	Devlet hastanesi	32.73	11.64				35.57
	Özel hastane	37.08	8.57	1.57	.194	.013	23.12
	Eğitim araştırma hastanesi	36.02	13.49				37.43
	Toplam	33.78	10.55				31.24
Hastalıklardan Korunma Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Aile sağlığı merkezi	31.67	10.92				34.49
	Devlet hastanesi	29.63	11.08				37.39
	Özel hastane	30.97	11.56	.926	.428	.008	37.31
	Eğitim araştırma hastanesi	32.84	9.18				27.96
	Toplam	31.13	10.94				35.15
Sağlığın Geliştirilmesi Sağlık Okuryazarlığı Puanı	Aile sağlığı merkezi	33.86	10.94				32.30
	Devlet hastanesi	31.70	10.90				34.38
	Özel hastane	35.97	9.63	1.98	.116	.016	26.76
	Eğitim araştırma hastanesi	36.76	12.16				33.09
	Toplam	33.60	10.93				32.55

2.9.3.3. Araştırmanın Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları

Araştırmanın sağlık okuryazarlığı puanı sürekli verisi ile yaş düzeyi, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi sıralı değişkenlerinin arasındaki ilişkinin test edilmesi amacıyla Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Analizin bulguları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 26. Spearman Korelasyon Analizi

Değişkenler	1 Yaş Düzeyi	2 Eğitim Düzeyi	3 Gelir Düzeyi	4 Sağlık Okuryazarlığı Puanı
Sağlık Okuryazarlığı Puanı	-.317**	.245**	.127*	1.000

* $p < 0.05$ düzeyinde anlamlılık, ** $p < .001$ düzeyinde anlamlılık

Katılımcıların toplam sağlık okuryazarlığı puanları ile yaş ve eğitim düzeyi arasında $p < .001$ anlamlılık düzeyinde ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişki korelasyon katsayısı bakımından zayıf bir ilişkidir. Yaş düzeyi ile arasındaki ilişki negatif bir ilişkidir. Sağlık okuryazarlığı puanı arttıkça yaş düzeyinin düşme eğilimi gösterdiği tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi ile arasındaki ilişki pozitif bir ilişkidir. Katılımcıların toplam sağlık okuryazarlığı puanları ile gelir düzeyi arasında $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde pozitif ilişki tespit edilmiştir. Korelasyon katsayısı bakımından çok zayıf bir ilişkidir.

2.9.3.4. Araştırmanın Ki-Kare Analizi Sonuçları

Aşağıdaki tablo araştırmanın kategorik sağlık kuruluşu tercihi değişkeni ile sağlık okuryazarlığı düzeyi sıralı değişkenleri arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması amacıyla yapılan ki-kare bağımsızlık testi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 27. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine Göre Başvurulan Sağlık Kurumu Türleri (N = 370)

SOY Düzeyleri	Aile Sağlığı Merkezi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yetersiz SOY	48	27	4	3
Sorunlu SOY	76	34	10	3
Yeterli SOY	75	25	13	7
Mükemmel SOY	27	11	3	4
Toplam	226	97	30	17

Not. Ki-kare testi sonucu anlamlı bulunamadı, $\chi^2 (9) = 8.91$, $p = .446$

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık kurumu tercihi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek için ki-kare bağımsızlık testi yapılmıştır. Değişkenler arasında anlamlı bir ilişki $\chi^2 (9) = 8.91$, $p = .446$ bulunamamıştır. Aşağıdaki tablo araştırmanın kategorik sağlık kuruluşu tercihi değişkeni ile gelir düzeyi sıralı değişkenleri arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması amacıyla yapılan ki-kare bağımsızlık testi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 28. Gelir Düzeyine Göre Başvurulan Sağlık Kurumu Türleri (N = 370)

Gelir Düzeyleri	Aile Sağlığı Merkezi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
15.000 TL ve altı	55	22	2	3
15.000-22.499 TL arası	53	13	3	6
22.500-29.999 TL arası	35	21	3	1
30.000-37.499 TL arası	20	7	2	2
37.499 TL ve üstü	63	34	20	5
Toplam	226	97	30	17

Not. Ki-kare testi sonucu anlamlı bulunamadı, $\chi^2 (12) = 27.3$, $p = .007$

Katılımcıların gelir düzeyi ile sağlık kurumu tercihi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek için ki-kare bağımsızlık testi yapılmıştır. Değişkenler arasında anlamlı bir ilişki $\chi^2 (12) = 27.3$, $p = .007$ bulunmuştur. Aşağıdaki tablo araştırmanın kategorik sağlık kuruluşu tercihi değişkeni ile eğitim düzeyi sıralı değişkenleri arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması amacıyla yapılan ki-kare bağımsızlık testi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 29. Eğitim Düzeyine Göre Başvurulan Sağlık Kurumu Türleri (N = 370)

Eğitim Düzeyi	Aile Sağlığı Merkezi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Okuryazar değil	10	6	0	0
Okuryazar	19	8	1	0
İlkokul	48	14	1	2
Ortaokul	48	24	5	0
Lise	69	35	18	9
Üniversite	30	9	4	5
Y. Lisans/Doktora	2	1	1	1
Toplam	226	97	30	17

Not. Ki-kare testi sonucu anlamlı bulunamadı, $\chi^2 (18) = 32.3$, $p = .020$

Katılımcıların eğitim düzeyi ile sağlık kurumu tercihi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek için ki-kare bağımsızlık testi yapılmıştır. Değişkenler arasında anlamlı bir ilişki $\chi^2 (18) = 32.3$, $p = .020$ bulunmuştur. Aşağıdaki tablo araştırmanın kategorik sağlık kuruluşu tercihi değişkeni ile kategorik çalışma durumu değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması amacıyla yapılan ki-kare bağımsızlık testi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 30. Çalışma Durumlarına Göre Başvurulan Sağlık Kurumu Türleri (N = 370)

Çalışma Durumu	Aile Sağlığı Merkezi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ev hanımı	97	27	5	9
Emekli	18	3	0	0
Öğrenci	17	14	2	1
Serbest	8	10	3	1
İşçi	33	7	3	1
Memur	39	27	17	4
Esnaf	10	7	0	1
Diğer	4	2	0	0
Toplam	226	97	30	17

Not. Ki-kare testi sonucu anlamlı bulundu, $\chi^2 (21) = 50.7$, $p < .001$

Katılımcıların çalışma durumu ile sağlık kurumu tercihi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek için ki-kare bağımsızlık testi yapılmıştır. Değişkenler arasında anlamlı bir ilişki $\chi^2 (21) = 50.7$, $p = < .001$ bulunmuştur. Aşağıdaki tablo araştırmanın kategorik sağlık kuruluşu tercihi değişkeni ile yaş düzeyi sıralı değişkeni arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması amacıyla yapılan ki-kare bağımsızlık testi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 31. Yaş Düzeylerine Göre Başvurulan Sağlık Kurumu Türleri (N = 370)

Yaş Düzeyleri	Aile Sağlığı Merkezi	Devlet Hastanesi	Özel Hastane	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
18–23	20	17	1	3
24–29	33	24	10	5
30–35	38	16	9	3
36–41	34	11	7	2
42–53	40	14	1	4
54–59	31	9	2	0
60–65	30	6	0	0
Toplam	226	97	30	17

Not. Ki-kare testi sonucu anlamlı bulundu, $\chi^2 (18) = 36.9$, $p = .005$

Katılımcıların yaş düzeyi ile sağlık kurumu tercihi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek için ki-kare bağımsızlık testi yapılmıştır. Değişkenler arasında anlamlı bir ilişki $\chi^2 (18) = 36.9$, $p = .005$ bulunmuştur.

2.9.3.5. Araştırmada Yapılan Hipotez Testleri Sonucu Çalışmanın Değerlendirilmesi

Araştırmanın bağımsız gruplar t-testi ve tek yönlü varyans analizi (One Way Anova), Spearman korelasyon analizi ve ki-kare hipotez testleri sonucunda;

Hipotez 2, Hipotez 3, Hipotez 4, Hipotez 5, Hipotez 6, Hipotez 8, Hipotez 9, Hipotez 10, Hipotez 11, Hipotez 13, Hipotez 14, Hipotez 15, Hipotez 17, Hipotez 18, Hipotez 19, Hipotez 20 hipotez testleri sonucunda H1 olarak çıkmış ve kabul edilmişlerdir.

Hipotez 1, Hipotez 7, Hipotez 12, Hipotez 16, hipotez testleri sonucunda H0 olarak çıkmış ve reddedilmişlerdir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

DSÖ'nün küresel sağlık sistemine yönelik yaptığı politika önerileri sağlık hizmetlerinin gelişmesine, yaygınlaşmasına ve güçlenmesine önemli katkılar sağlamıştır (WHO, 1976; WHO, 1986). Sağlık hizmetlerindeki bu iyileşmeler teknolojinin ilerlemesiyle desteklenerek toplumun genel sağlık durumunun gelişmesini ve ortalama yaşam sürelerinin artmasına katkı sağlamıştır. Sağlık hizmetlerindeki bu dönüşüm sağlık problemlerindeki değişimi beraberinde getirmiştir. Toplumun çoğunlukla enfeksiyon hastalıklarından kaynaklı kötü sağlık sonuçlarıyla karşılaşması artık daha çok kronik rahatsızlıklardan kaynaklı sağlık sonuçlarıyla karşılaşmasına dönüşmüştür. Ancak, toplumda kronik rahatsızlıkları bulunan kişilerin artması sürekli bakım ve sağlık hizmeti ihtiyacında artış meydana getirmiştir (Sezgin, 2013). Teknolojik ilerlemeler, artan sağlık hizmeti talebi, kronik hastalığa sahip bireylerdeki artış ve sürekli bakım ihtiyacı olan hastalıklar sağlık hizmetlerinde önemli maliyet artışlarına sebep olmuştur. Bu durum sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için sağlık sisteminin verimli kullanımı zorunlu hale getirmiştir (Güven, 2016).

Sağlık hizmetleri topluma sunulması gereken en zaruri ve temel haklardandır. Toplumun artan sağlık hizmeti talebi, sağlık hizmetlerinin yaygın sunulma zorunluluğu ve sağlık sistemlerinin olumsuz kullanımı sağlık hizmetlerinin maliyetlerini artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için sağlık sistemlerinin maliyet etkin kullanımı bir zorunluluktur. Bu durum toplumun sağlık durumunun korunması için bireylerin sorumluluk almasını zorunlu kılmaktadır. Bireylerin sağlık durumlarını korumaları, sağlık durumları bozulduğunda sağlık hizmetlerini etkin kullanma becerilerine sahip olmaları, hekim hasta ilişkisinin güçlenmesi ve hastaların tedaviye uyumunun yüksek olması sağlık sisteminin beklentilerindendir. Sağlık sisteminin bu beklentileriyse sağlık okuryazarlığı ile açıklanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık durumlarını korumaları, geliştirmeleri ve gerek duyduklarında sağlık hizmetlerini etkin kullanabilmek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmasıdır (Taş ve Akış, 2016).

Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini ve sağlık okuryazarlığının ilişkili olduğu kavramların ortaya çıkarılması bu alanda araştırmalar yapılmasıyla mümkün olabilir. Sağlık kavramının tanımı her toplum için aynı değildir. Dolayısıyla sağlığın her topluma uyan kalıp bir tanımı yapılamayabilir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı bireylerin bulunduğu sosyokültürel

ortamla ilişkilidir (Parker vd., 2003). Dolayısıyla her toplumun kendi sağlık okuryazarlığı düzeyini ve bu düzeyi etkileyen faktörleri tespit etmesi önemlidir. Türkiye’de sağlık hizmetleri sağlık kuruluşlarının basamaklandırıldığı belirli bir sistem etrafından sunulmaktadır. Bu sistemde sağlık kuruluşları; birinci basamak sağlık kuruluşları, ikinci basamak sağlık kuruluşları ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak ayrılmaktadır. Sağlık sisteminin efektif kullanımı için bireylerin öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurması devamında ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile sağlığı merkezinde görevli hekim tarafından yönlendirilmesi gerekir bu sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ve verimliliği için önemlidir (Başer vd., 2015). Sağlık Bakanlığı ise bu konuyla ilgili olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarının etkin kullanımı için çalışmalar yapmakta ve yeni politikalar oluşturmaktadır (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023).

Bu araştırmanın amacı ise; sağlık okuryazarlığı alanına katkı sağlaması amacıyla sağlık sisteminin en yaygın ve temel sağlık hizmeti sunulan sağlık kurumu aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ve etkilendiği faktörlerin ortaya çıkarılması ve sağlık kuruluşu tercihinde sağlık okuryazarlığı düzeyi, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaş düzeyi ve çalışma durumu gibi faktörlerin etkisinin ortaya çıkarılmasıdır. Araştırmanın verileri Aksaray merkez 10’nolu Aile Sağlığı Merkezi’nde 18-65 yaş arası 370 kişi ile sosyodemografik anket formu ve sağlık okuryazarlığı ölçeği (HLS-SF12) kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmanın demografik bulguları incelendiğinde, katılımcıların %51,6’sı 36-65 yaş aralığında olup, %65,7’si kadın ve %49,8’i lise ve üzeri eğitime sahiptir. Araştırmaya katılanların %74,9’u evli ve çalışma durumlarına bakıldığında katılımcıların %52,2’sini ev hanımı, emekli ve öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların %33’ü 37.500 TL üzeri aylık gelire sahiptir. Araştırmaya katılanların %70,5’i herhangi bir sağlık problemi yaşamıyordu ayrıca, %73,8’i kronik rahatsızlığa sahip olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım alışkanlığına bakıldığında sağlık problemi yaşadıklarında ilk başvurdıkları sağlık kuruluşu olarak %61,1’i aile sağlığı merkezlerini belirtmiştir. Katılımcıların %83,2’si çevre tavsiyesi ile ilaç kullanmadığını ve %76,2’si ise hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %56,2’sinin ailesinde sağlık personeli bulunmamaktadır.

Katılımcıların toplam sağlık okuryazarlığı puanları gruplandırıldığında; %18,9’u yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %28,9’u sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %35,7’si

yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde ve %16,5'inin mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı açısından en yüksek yeterlilik gösterdiği alan %64,5 ile sağlık hizmetleri olmuştur. Katılımcıların en dūřuk yeterlilik gösterdiği alan ise %50 ile hastalıkların önlenmesi olmuştur. Araştırma verilerinin analizi sonucunda sağlık okuryazarlığı puanlarının normal dağılım gösterdiği gör÷lmüştür.

Araştırmada elde edilen bağımsız gruplar t-testi sonuçları ise şöyledir;

Araştırmaya katılanların toplam sağlık okuryazarlığı puanları cinsiyet ($p=.638$) ve ailesinde sağlık personeli bulunması ($p=.119$) değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Araştırmaya katılanların toplam sağlık okuryazarlığı puanları sağlık problemi bulunması, kronik rahatsızlığı bulunması ve evre tavsiyesiyle ilaç kullanımı değişkenlerine göre $p<.001$ düzeyinde anlamlı farklılık göstermektedir. Medeni durum ($p=.016$) ve hekim reçetesini düzenli kullanma ($p=.010$) değişkenlerine göre $p<0.05$ düzeyinde anlamlı farklılık göstermektedir.

Anlamlı farklılık gösteren bulgulardan sağlık problemi bulunmayan, kronik rahatsızlığa sahip olmayan, reçetesini düzenli kullanmayan, evre tavsiyesiyle ilaç kullanmayanların ve bekarların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları karşıtlarına göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

Araştırmada elde edilen tek yönlü varyans analizi (One Way Anova) sonuçları ise şöyledir;

Araştırmaya katılanların yař düzeyi, eğitim düzeyi ve çalışma durumlarına göre toplam sağlık okuryazarlığı puanları $p<.001$ düzeyinde anlamlı farklılık göstermektedir. Katılımcıların yař düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlıklarının dūřtüđu gör÷lmektedir. Eđitim durumu yükseldikçe sağlık okuryazarlığı ortalamasının arttığı gör÷lmektedir. Çalışma durumlarına göre bakıldığında memur, öğrenci ve diğer kategorisindeki katılımcıların esnaf, serbest çalışan ve emeklilere göre oldukça yüksek sağlık okuryazarlığı puan ortalamasına sahip olduğu gör÷lmektedir.

Araştırmaya katılanların gelir düzeyi ($p=.046$) ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında $p<0.05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Gelir düzeyi arttıkça toplam sağlık okuryazarlığı puanının arttığı tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık kuruluşu tercihine ($p=.188$) göre toplam sağlık okuryazarlığı puanlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Katılımcıların toplam sağlık okuryazarlığı puanları tercih ettiği sağlık kuruluşu açısından değerlendirildiğinde eğitim ve araştırma hastanesine başvuranlar en yüksek sağlık

okuryazarlığı ortalamasına sahiptir ve en düşük sağlık okuryazarlığı ise devlet hastanesine başvuranların olduğu bulunmuştur fakat istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır.

Araştırmada elde edilen Spearman korelasyon testi sonuçları ise şöyledir;

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları ile yaş ve eğitim düzeyi arasında $p<.001$ anlamlılık düzeyinde ilişki ve gelir düzeyi ile arasında $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde ilişki tespit edilmiştir.

Araştırmada elde edilen ki-kare testi sonuçları ise şöyledir;

Katılımcıların çalışma durumu ve yaş düzeyi ile sağlık kurumu tercihi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek için yapılan ki-kare bağımsızlık testinde çalışma durumu ile $p<.001$ düzeyinde, eğitim, gelir ve yaş düzeyi ile $p<0.05$ düzeyinde ilişki bulunmuştur.

Özkonuk (2017) yaptığı çalışmada katılımcıların cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyine göre sağlık okuryazarlığı puanlarında anlamlı farklılıklar tespit etmiştir. Tespitleri cinsiyet değişkeni hariç bu çalışma ile örtüşmektedir. Bakan ve Yıldız (2019) yaptıkları çalışmada katılımcılarının %77,8'inin sağlık okuryazarlığı puanlarının yetersiz ve sorunlu olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca katılımcılarının sağlık okuryazarlığı puanlarının yaş düzeyi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, genel sağlık durumu ve kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılıklar bulmuştur. Yapılan bu çalışmada yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı puanı %47,8'dir. Bakan ve Yıldız'ın bulduğu düşük sağlık okuryazarlığı yüzdesine göre daha olumlu bir sonuçtur. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar yaptığımız çalışma ile benzer sonuçlar vermiştir. Sezgin (2013) yaptığı çalışmada düşük sağlık okuryazarlığının sağlık sisteminin etkin kullanımını engellediği ve sağlık maliyetlerinin artmasına sebep olduğunu tespit etmiştir. Benzer şekilde Lorini ve arkadaşları (2018) toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının kötü sağlık sonuçları, verimsiz sağlık sistemi ve sağlık maliyetlerindeki artışlarla ilişkilendirmiştir.

Akça ve arkadaşlarının (2020) gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada katılımcıların eğitim ve gelir düzeyiyle sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen bulgularla örtüşmektedir. Bükecik ve Adana'nın (2021) yaptıkları çalışmada katılımcılarının %61,7'sinin sağlık okuryazarlık düzeyini sorunlu-yetersiz olarak tespit etmişler ve eğitim düzeyiyle sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı farklılık bulmuşlardır. Bulguları bu çalışmayla örtüşmektedir ayrıca bu çalışmada düşük-sınırlı sağlık okuryazarlığı %47,8 olarak bulunmuştur, Bükecik ve Adana'nın çalışmasına göre daha pozitif bir sonuçtur.

Yakar ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığının cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum değişkenlerine göre anlamlı farklılık gösterdiğini tespit etmişlerdir. Gelir düzeyi ve kronik rahatsızlıkla sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı farklılık bulamamışlardır. Yaptıkları çalışmada cinsiyet, gelir düzeyi ve kronik hastalık varlığı bulguları hariç diğerleri bu çalışmanın bulgularıyla örtüşmektedir. Berberoğlu ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışma katılımcıların %51,7'sinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmaya benzer bir yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Ilgaz (2021) yaptığı çalışmada katılımcılarının %76'sının sağlık okuryazarlığını yetersiz veya sorunlu olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmanın yetersiz-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine göre daha negatif bir sonuçtur. Ayrıca yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık tespit etmiştir. Bu çalışmaya göre cinsiyet hariç diğer bulguları örtüşmektedir. Šulinskaitė ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığının yaş, çevre, medeni durum ve eğitim düzeyinden etkilendiğini tespit etmiştir. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin iyi sağlık davranışlarına sahip olduklarını bildirmişlerdir. Šulinskaitė ve arkadaşlarının bulguları bu çalışma ile örtüşmektedir.

Taylor vd., (2018), Du vd., (2018), Al Sayah vd., (2013) ve Holden vd., (2021) yaptıkları araştırmalarda kronik rahatsızlığa sahip bireyleri düşük sağlık okuryazarlığıyla ilişkilendirilmişlerdir. Yapılan bu çalışmada sağlık problemi ve kronik rahatsızlığı bulunanların sağlık okuryazarlığı puanlarının düşük olduğu yönünde anlamlı farklılık tespit edilmiş ve bu çalışmalarla örtüşmektedir.

Düşük sağlık okuryazarlığının sağlık sistemini her yönüyle etkileyen bir kavram olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir. Dolayısıyla toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin tespit edilmesi ve düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlık durumlarında veya sağlık hizmetlerinde oluşturdıkları olumsuzlukların azaltılması gerekir. Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilebilmesi için öncelikle bu kavramı etkileyen bireysel ve sistemsel faktörler kapsamlı bir biçimde belirlenmelidir. Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde; yüksek eğitim düzeyi, genç yaş düzeyi, yüksek gelir düzeyi, bilim ve teknolojiye ilişkin yeterli okuryazarlığa sahip bireyler, anlaşılır ve erişilebilir şekilde tasarlanmış bir sağlık sistemi, güçlü iletişim becerilerine sahip bireyler ile sağlık okuryazarlığı konusunda bilinçli sağlık çalışanları, yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi için gerekli temel etkenler arasında yer almaktadır.

Bireylerin sağlık okuryazarlığı becerileri, öncelikle dezavantajlı gruplardan başlayarak yaşam boyu öğrenme projeleri gibi yaklaşımlar çerçevesinde sunulacak eğitimlerle geliştirilebilir. Ancak bireysel düzeyde sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi, tek başına ideal bir sağlık sistemi oluşturmak için yeterli olmayabilir.

Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin karşılaşılabileceği olumsuz sağlık sonuçlarını ön görebilen sağlık personelleri, kolay anlaşılır sağlık hizmeti sunumu ve kullanıcı dostu sağlık kuruluşları günümüzde artan sağlık hizmeti talepleri ve sağlık harcamaları karşısında sürdürülebilir bir sağlık sistemi için sağlık okuryazarlığını destekleyebilir. Bu durum politikacılar tarafından göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlık okuryazarlığı alanında yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlıkla ilgili tutum, davranış ve sağlık hizmetlerini kullanımını doğrudan etkileyen temel bir belirleyici olduğunu göstermektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığının artırılmasının desteklenmesi, bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve sağlık sisteminin etkinliğinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu durumun sağlanması amacıyla bazı iyileştirmeler yapılabilir;

- Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylere özellikle yaşlılar, düşük gelirli gruplar ve düşük eğitim düzeyine sahip bireyler için sadeleştirilmiş ve görsel destekli sağlık eğitimi programları hazırlanmalıdır.
- Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık personellerine, sağlık okuryazarlığını değerlendirme ve geliştirmeye yönelik eğitimler verilerek bireysel danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlık durumlarında veya sağlık hizmetlerinde oluşturabileceği olumsuzların sağlık sistemine olan etkisi belirtilmelidir.
- Sağlık okuryazarlığı düşük bireyler için anlaşılır, sade ve güvenilir dijital içerikler hazırlanmalı bu bireylerin dijital sağlık hizmetlerine erişimleri desteklenmelidir. Yaş düzeyi yüksek ve eğitim düzeyi düşük bireylerin bu hizmetlerden faydalanması için yapay zeka tabanlı sağlık eğitim programlarının geliştirilmesi desteklenmelidir.
- Sağlık okuryazarlığı, ulusal sağlık politikalarının merkezine alınmalı ve eğitim sistemine entegre edilerek bireylerin erken yaşlardan itibaren bu becerilerle donatılması sağlanmalıdır. Sağlık durumlarını korumayı, geliştirmeyi ve sağlık hizmetlerini doğru kullanmayı bilen bireylerin toplumun sağlık düzeyine olan katkısı göz ardı edilmemelidir.

Bireylerin sağlık kuruluğu tercihi çalışma durumlarına göre farklılık göstermektedir. alışan nüfus aile sağlığı merkezlerine daha az başvurmaktadır. Sağlık kuruluşlarının ulaşılabilirliği sağlık kuruluğu tercihinde önemli bir etkindir.

- Aile sağlığı merkezlerinin toplumun sağlığına yönelik sorumlulukları bireylerin çalışma ve eğitim görme durumları göz nnde bulundurularak yeniden düzenlenmelidir. Bireylerin bulundukları kurumlarda sağlık durumlarının takibine yönelik uygulamalar geliştirilmelidir. Ayrıca bu birimler gerekli durumlarda sağlık eğitimi düzenleyerek veya sağlık danışmanlığı yaparak bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini artırmalıdır.

Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı, bireylerin beceri ve imkanlarından etkilenen sağlık sisteminin verimli ve etkin kullanımı için gerekli bir yetenektir. Bu yeteneğin gelişmesi sağlık sistemiyle desteklenebilir ancak sadece sağlık sistemiyle ilişkili değildir. Toplumdaki sosyokültürel ortam ve ekonomik şartlar bu durumu etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığının gelişmesi ancak multidisipliner bir yaklaşımla mümkün olabilir. Dolayısıyla toplumun, politika yapıcıların, bireylerin, sağlık kuruluşlarının ve sağlık personellerinin bu alanda aldıkları sorumluluk ve becerilerin geliştirilmesi önemlidir.

KAYNAKLAR

- Abacıgil F, Harlak H. Okyay P. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması. Okyay, P. ve Abacıgil, F. (Ed.) Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması içinde (s. 21-41). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025; 2016.
- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. JAMA: *The Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.
<https://doi.org/10.1001/jama.281.6.552>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2010. National Healthcare Disparities Report, 2010. AHRQ Publication No. 11-0005 March 2011. Available at: <https://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhdr10/nhdr10.p df>. (Accessed 11 May 2024).
- Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., & Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya İlinde Bir Araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 354-362.
<https://doi.org/10.5455/pmb.1-1455008901>
- Akbulut, Y. (2015). Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımı açısından değerlendirilmesi. F. Yıldırım, & A. Keser İçinde, Sağlık okuryazarlığı (S. 113-130). Ankara: Ankara Üniversite Basımevi.
- Akça, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., & Akbaş, M. (2020). Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 630-642.
<https://doi.org/10.33715/inonusaglik.735467>
- Akdur, R. (2000). Sağlık hizmetleri ve sınırlı kaynakların dağıtımı (tartışılması gereken sorular). *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 8(1), 38-45.
<https://www.recepakdur.com/media/1443/29-akdur-r-sag-lik-hizmetleri-ve-sinirli-kaynaklarin-dag-itimi-tartisilmasi-gereken-sorular-t-klin-tip-etig-i-2000-8.pdf>
- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü "Temel Kavramlar ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum". ISBN: 975-482-729-X
- Akman, E., & Kopuz, K. (2021). Katastrofik sağlık harcamalarında koruyucu sağlık hizmetlerinin rolü. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 1-14.
<https://doi.org/10.35345/johmal.780830>
- Akman, E., & Tarım, M. (2020). Türkiye ve İngiltere sağlık sistemleri: birinci basamak sağlık hizmetleri karşılaştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 303-316.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/56571/786757>

Al Sayah, F., Majumdar, S. R., Williams, B., Robertson, S., & Johnson, J. A. (2012). Health Literacy and Health Outcomes in Diabetes: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 444–452.

<https://doi.org/10.1007/s11606-012-2241-z>

Arozullah, A. M., Yarnold, P. R., Bennett, C. L., Soltysik, R. C., Wolf, M. S., Ferreira, R. M., Lee, S.-Y., Costello, S., Shakir, A., Denwood, C., Bryant, F. B., & Davis, T. (2007). Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine--Short Form [dataset]. In PsycTESTS Dataset. American Psychological Association (APA).

<https://doi.org/10.1037/t07326-000>

Atasever, M., & Bağcı, H. (2020). Türkiye sağlık sistemi. *Ankara: Akademisyen Kitabevi*, 1.

Ayre, J., Mac, O., McCaffery, K., McKay, B. R., Liu, M., Shi, Y., Rezwan, A., & Dunn, A. G. (2023). New Frontiers in Health Literacy: Using ChatGPT to Simplify Health Information for People in the Community. *Journal of General Internal Medicine*, 39(4), 573–577.

<https://doi.org/10.1007/s11606-023-08469-w>

Aytaç, E., & Aslan, H. (2023). Sağlık hizmetleri ve hastaneler. Hastane ve sağlık yönetimi: güncel konular- 1 (4-17). İksad Yayınevi.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10050095>

Bakan, A. B., & Yıldız, M. (2019). 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 33-40.

<https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2019/11/5-21-64-Yaş-Grubundaki-Bireylerin-Sağlık-Okuryazarlık-Düzeylerinin-Belirlenmesine-İlişkin-Bir-Çalışma.pdf>

Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J & Peel J (2002) Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed enrollees. *American Journal of Public Health* 2002, 92(8):1278-1283.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.92.8.1278>.

Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878–883.

<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>

Basan, N. M., & Bilir, N. (2016). Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkisi ve nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1).

<https://turkmedline.net/detay/koruyucu-saglik-hizmetlerinde-onleme-celiskisi-ve-nedenleri/7e08c154090f6ffd/tr/342%2B2016%2B15%2B1>

Bass PF 3rd, Wilson JF, Griffith CH. A shortened instrument for literacy screening. *J Gen Intern Med*. 2003 Dec;18(12):1036-8.2003.10651.x. PMID: 14687263; PMCID: PMC1494969.

<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497>

Başer, D. A., Kahveci, R., Koç, M., Kasım, İ., Şencan, İ., & Özkara, A. (2015). Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. *Ankara Medical Journal*, 15(1), 26-31.

<https://doi.org/10.17098/amj.47853>

Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubundaki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi. Eylül 2018*;8(3):575-581.

<https://doi.org/10.31832/smj.453846>

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107.

<https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>

Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*, 15(sup2), 9–19.

<https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>

Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı/Health Literacy. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 12(1), 61.

<https://doi.org/10.20518/thsd.46492>

Bükecik, N., & Adana, F. (2021). Hastane Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler: Konya İli Örneği. *Caucasian Journal of Science*, 8(1), 1-13.

https://dergipark.org.tr/en/pub/cjo/issue/63302/759578#article_cite

Constitution of the World Health Organization. (1946). *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 36(11), 1315–1323.

<https://doi.org/10.2105/ajph.36.11.1315>

Coşkun, S., & Bebiş, H. (2015). Psychometric evaluation of a Turkish version of the e-health literacy scale (e-healths) in adolescent. *Gulhane Medical Journal*, 57(4), 378.

<https://doi.org/10.5455/gulhane.157832>

Çavmak, Ş., & Çavmak, D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.

https://dergipark.org.tr/tr/pub/saglik/issue/30164/337586#article_cite

Çelik, N. M., & Kuçlu, T. (2022). Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Yazılan Tıpta Uzmanlık Tezlerinin Bibliyometrik Analizi. *Turkey Health Literacy Journal*, 3(2), 38-95.

<https://doi.org/10.54247/saglik-okuryazarligiD.2022.47>

Çelik, Y. (2011). Sağlık Ekonomisi, 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Çelikay, F., & Gümüş, E. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/113275>

Çopurlar, C. K., & Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 42-47.

<https://doi.org/10.5455/tjfmpe.193796>

Çıraklı, Z. L., & Sayım, F. (2009). Hastanelerdeki sağlık hizmetlerinde kalite yönetim sistemlerinin maliyet fayda, maliyet etkililik analizi göstergelerinin incelenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt, 2*, 347-355.

https://www.researchgate.net/publication/302106209_Hastanelerdeki_Saglik_Hizmetlerinde_Kalite_Yonetim_Sistemlerinin_Maliyet_Fayda_Maliyet_Etkililik_Analizi_Gostergelerinin_Incelenmesi-A_STUDY_OF_COST-BENEFIT_ANALYSIS_AND_COST-EFFECTIVENESS_ANALYSIS_IN

Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, Bairnsfather LE. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med*. 1991 Aug;23(6):433-5. PMID: 1936717.

Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, Crouch MA. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*. 1993 Jun;25(6):391-5. PMID: 8349060.

Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN & Pignone MP (2004) Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19:1228–39.

<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>.

Doak, C. C., Doak, L. G., & Root, J. H. (1996). Teaching Patients With Low Literacy Skills. *AJN The American Journal of Nursing*, 96(12), 16M.

https://journals.lww.com/ajnonline/citation/1996/12000/teaching_patients_with_low_literacy_skills.22.aspx

Du, S., Zhou, Y., Fu, C., Wang, Y., Du, X., & Xie, R. (2018). Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 301–309.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.06.001>

Duong, T. V., Aringazina, A., Kayupova, G., Nurjanah, F., Pham, T. V., Pham, K. M., ... & Chang, P. W. (2019). Development And Validation Of A New Short-Form Health Literacy Instrument (Hls-Sf12) For The General Public In Six Asian Countries. *Hlrp: Health Literacy Research And Practice*, 3(2), E91-E102.

<https://doi.org/10.3928/24748307-20190225-01>

Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12(1).

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-130>

Egbert, N., & Nanna, K. (2009). Health Literacy: Challenges and Strategies. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3).

<https://doi.org/10.3912/ojin.vol14no03man01>

Eichler K, Wieser S, & Bruegger U (2009) the costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*;54(5):313-24.

<https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>.

- Flick, U. (Ed.). (1998). The psychology of the social. *Cambridge University Press*.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). *Public Health Literacy Defined*. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446–451.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>
- Gençer, Ç., Er, F., Barut, B., & Kara, Y. (2021). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(3), 1125-1142.
<https://doi.org/10.33417/tsh.845895>
- Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1978; 2–6.
<https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata>
- Gökoğlu, A. G. (2021). Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık davranışlarına ve çocuk sağlığına etkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 132-148.
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/3679388>
- Gözlü, K. (2020). Sağlığın Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı A Social Determinant Of Health: Health Literacy. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 137-144.
<https://doi.org/10.17343/sdutfd.569301>
- Gözlü, K., & Kaya, S. (2020). Evaluation of Health Literacy Level of Patients Applied to Family Health Centers: The Case of Çankaya District. *Ankara Medical Journal*, 20(2), 254–268.
<https://doi.org/10.5505/amj.2020.02360>
- Güven, A. (2016). *Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Hanson-Divers EC. Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. *J Health Care Poor Underserved*. 1997 Feb;8(1):56-69.. PMID: 9019026.
<https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0304>
- Holden, C. E., Wheelwright, S., Harle, A., & Wagland, R. (2021). The role of health literacy in cancer care: A mixed studies systematic review. *PLOS ONE*, 16(11), e0259815.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259815>
- İlgaz, A. (2021). Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 151-159.
<https://doi.org/10.31125/hunhemsire.966349>
- Institute of Medicine (US) Roundtable on Health Literacy. Health Literacy, eHealth, and Communication: Putting the Consumer First: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. PMID: 20662120.
<https://doi.org/10.17226/10883>

Institute of Medicine: Health literacy: a prescription to end confusion. 2004, Washington DC: The National Academies.

<https://doi.org/10.17226/10883>

Jadad, A. R., & O'Grady, L. (2008). How should health be defined? *BMJ*, 337(dec10 1), a2900–a2900.

<https://doi.org/10.1136/bmj.a2900>

Kaya, E. & Karaca, S. S. (2019) Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 28(3), 216-21.

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/777859>

Kennedy, P. (2002). Health Psychology: Theory, Research and Practice David F. Marks, Michael Murray, Brian Evans and Carla Willig London: SAGE, 2000. pp.422. ISBN: 0-8039-7608-9. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 117–122.

<https://doi.org/10.1017/s135246580221111x>

Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). Health literacy: a prescription to end confusion.

<https://doi.org/10.17226/10883>

Kutlu, G. & Akbulut, Y. (2019). Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Politikalarının Hastaneler Açısından Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(1), 132-143.

<https://doi.org/10.18521/ktd.410677>

Lee, S.-Y. D., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*, 58(7), 1309–1321.

[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00329-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00329-0)

Leonardi, F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735–748.

<https://doi.org/10.1177/0020731418782653>

Lorini, C., Santomauro, F., Donzellini, M., Capecchi, L., Bechini, A., Boccalini, S., ... & Bonaccorsi, G. (2018). Health literacy and vaccination: A systematic review. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 14(2), 478-488.

<https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1392423>

Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 248–255. Portico.

<https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>

Manganello, J. A. (2007). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840–847.

<https://doi.org/10.1093/her/cym069>

Massey, P. M., Prelip, M., Calimlim, B. M., Quiter, E. S., & Glik, D. C. (2012). Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. *Health Education Research*, 27(6), 961–974.

<https://doi.org/10.1093/her/cys054>

Muhanga, M., & Malungo, J. (2017). The what, why and how of health literacy: a systematic review of literature. *International Journal of Health*, 5(2), 107.

<https://doi.org/10.14419/ijh.v5i2.7745>

Nielsen-Bohlman L, Panzer Allison M., Kindig D. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine of the National Academies. The National Academies Press. Washington: DC; 2004; 65-81.

<https://doi.org/10.17226/10883>

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27.

<https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>

Nutbeam D: (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12):2072-2078.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364.

<https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>

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.

<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 42(1), 159–173.

<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

Okyay, P., & Abacıgil, F. (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anıl Matbaa*, 1, 1-104.

Osborne, H. (2011). *Health Literacy from A to Z*. Jones & Bartlett Publishers.

Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res*. 2010 Jun;25(3):464-77. Epub 2010 Jan 15. PMID: 20080808.

<https://doi.org/10.1093/her/cyp068>

Ölmez, E. H., & Barkan, O. B. (2015). Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hasta Hekim İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 121-127.

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/669356>

Özdemir, Y. (2018). Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği (Master's Thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Özkonuk, E. (2017). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastalarda Tedaviye Uyum ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Master's Thesis, İzmir Katip Celebi University (Turkey)).

Öztaş, D. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Perspektifinden, Mükerrer Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 16(2).

<https://doi.org/10.17098/amj.84540>

Öztaş, Ö. ve Aslan Korkmaz, G. (2019). Yaşlıların İlaç Uyumsuzluğu ile İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3), 132-140.

<https://doi.org/10.31125/hunhemsire.630763>

Parker, R. M., Ratzan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. *Health Affairs*, 22(4), 147–153.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.4.147>

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1998). The test of functional health literacy in adults (TOFHLA): A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 13(5), 327–335.

<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00142.x>

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.

<https://doi.org/10.1007/BF02640361>

Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). Health literacy. *National library of medicine current bibliographies in medicine*. Bethesda: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services.

https://www.researchgate.net/publication/230877250_National_Library_of_Medicine_Current_Bibliographies_in_Medicine_Health_Literacy

Rudd, R., Kirsch, I., & Yamamoto, K. (2004). Literacy and health in America. *Policy Information Report*. Educational Testing Service.

Sağlık Bakanlığı. (2024) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni. Erişim adresi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-105979/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-haber-bulteni.html>

Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik (2022). T.C. Resmî Gazete, 31746. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-1.htm>

Sarp, N. (2018). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmet Kuruluşları. İçinde Şeker, M. ve Bulduklu, Y. (Ed.), Sağlık Kurumları Yönetimi (31–50). Anadolu Üniversitesi Yayınları

<https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/SAK201U-Y/ebook/SAK201U-Y-17V1S1-8-0-0-SV1-ebook.pdf>

Sezgin, D. (2013). “Sağlık Okuryazarlığını Anlamak”. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi* 3, 73-92.

<http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/en/download/article-file/82916>

Simonds, S. K. (1974). Health Education As Social Policy. *Health education monographs*, 2(1_suppl), 1-10.

<https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>

Soellner, R., Lenartz, N., & Rudinger, G. (2017). Concept mapping as an approach for expert-guided model building: The example of health literacy. *Evaluation and Program Planning*, 60, 245–253.

<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.10.007>

Sørensen K, Broucke SV., Pelikan JM., Fullam J., Doyle G., Slonska Z., Kondilis B., Stoffels V., Osborne RH., Brand H. (2013). Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating the Design and Development Process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, (13): 948.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>

Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agraftiotis D, Ueters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H; HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1053-8. Epub 2015 Apr 5. PMID: 25843827; PMCID: PMC4668324.

<https://doi.org/10.1037/t65297-000>

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 Public Health*, 12(1), 80.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633–640. Portico.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x>

Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023) On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028).

https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf

Šulinskaitė, K., Zagurskienė, D., & Blaževičienė, A. (2022). Patients' health literacy and health behaviour assessment in primary health care: evidence from a cross-sectional survey. *BMC Primary Care*, 23(1).

<https://doi.org/10.1186/s12875-022-01809-5>

Sun, X., Shi, Y., Zeng, Q., Wang, Y., Du, W., Wei, N., Xie, R., & Chang, C. (2013). Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health*, 13(1).

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-261>

Taş, T. A., & Akış, N. (2016). Sağlık Okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*(25(3)), 119-124.

Taylor, D. M., Fraser, S., Dudley, C., Oniscu, G. C., Tomson, C., Ramanan, R., & Roderick, P. (2017). Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*.

<https://doi.org/10.1093/ndt/gfx293>

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., & Işık, O. (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi (6. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

The Lancet. (2009). What is health? The ability to adapt. *The Lancet*, 373(9666), 781.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60456-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60456-6)

U.S. Department of Health and Human Services (2011) National Action Plan to improve health literacy. Washington, DC. Available at:

<http://health.gov/communication/HLActionPlan/> (accessed 12 May 2024)

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (2009). Improving Health Literacy for old adults. Expert panel report. Available at: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/Learn/pdf/olderadults.pdf>. (Accessed on 27 April 2024)

URT-GHI (2011). Tanzania Global Health Initiative Strategy 2010-2015. Available at: <http://www.ghi.gov/wherewework/docs/tanzaniastategy.pdf>. (Accessed 12 May 2024)

Uysal, Ö. G. D. Ş. A., Çelik, Ö. Ü. R., Esen, E., Gül, Ö. Ü. H., Bozkurt, Ö. Ü. İ., Bayar, M., ... & Akbulut, S. (2020). Sağlık yönetiminde güncel konular.

https://www.researchgate.net/publication/377061019_HASTANE_VE_SAGLIK_YONETIMI_GUNCEL_KONULAR_-_I

Üçpunar, E. (2014). *Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarlama çalışması* (Master's thesis, Ankara Üniversitesi (Turkey)).

Vernon, J. A., Trujillo, A., Rosenbaum, S. J., & DeBuono, B. (2007). Low health literacy: Implications for national health policy.

Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514–522.

<https://doi.org/10.1370/afm.405>

WHO (World Health Organization), (2013). Health in All Policies. 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>

WHO (World Health Organization), (2013). Health Literacy. The Solid Facts. In: Kickbusch I, Pelikan LM, Apfel F, Tsouros AD. (Editors). World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. In: Primary Health Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1978; 2–6.

<https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata>

World Health Organization. The Ottawa Charter for health promotion. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1986.

<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

Yakar, B., Gömleksiz, M., & Pirinççi, E. (2019). Health Literacy Levels and Affecting Factors of Patients Who Applied to A University Hospital Polyclinic. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 8(1), 27–35. Internet Archive.

<https://doi.org/10.33880/ejfm.2019080104>

- Yılmaz, S. K., & Eskici, G. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 19-25.
- Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1).
<https://doi.org/10.5455/pmb.1-1448870518>
- Yuen, E. Y. N., Dodson, S., Batterham, R. W., Knight, T., Chirgwin, J., & Livingston, P. M. (2015). Development of a conceptual model of cancer caregiver health literacy. *European Journal of Cancer Care*, 25(2), 294–306. Portico.
<https://doi.org/10.1111/ecc.12284>
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2003). Elaborating a Definition of Health Literacy: A Commentary. *Journal of Health Communication*, 8, 119–120.
<https://doi.org/10.1080/10810730305706>
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195–203.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

EKLER

Ek1. Etik Kurul İzni



Ek2. Anket Demografik Bilgiler Bölümü

Bu anket formu ASM'ler de 18-65 yaş arası bireylerin sağlık okuryazarlığı ile gelir düzeyi ilişkisi, eğitim düzeyi ilişkisi ve sağlık kurumu tercihi ilişkisini araştırmaktadır. Katılımınız bu konudaki literatürün genişlemesine katkı sağlayacaktır. Araştırmanın bilimsel özelliği açısından soruların içtenlikle yanıtlanması çok önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1.Yaşınız: () 18-23 () 24-29 () 30-35 () 36-41 () 42-53 () 54-59 () 60-65

2.Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın

3.Eğitim durumunuz: () Okuryazar Değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul
() Lise () Üniversite () Yüksek Lisans/Doktora

4.Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

5.Çalışma Durumunuz: () Ev Hanımı () Emekli () Öğrenci () Serbest Çalışan
() İşçi () Memur () Esnaf () Diğer

6.Gelir Düzeyiniz: () 15.000 ve altı () 15.000 – 22.499 TL arası
() 22.500 – 29.999 TL arası () 30.000 – 37.499 TL arası
() 37.499 TL ve üstü

7.Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?

() Evet () Hayır

8.Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

() Evet () Hayır

9.Sağlık probleminiz olduğu zaman ilk önce hangi kuruma başvurursunuz?

() Aile Hekimliği () Devlet Hastanesi (Poliklinik-Acil Servis) () Özel Hastane
() Üniversite Hastanesi

10.Çevrenizdekilerin tavsiyesi ile ilaç kullanır mısınız?

() Evet () Hayır

11.Hekim tarafından reçete edilen ilaçları düzenli kullanır mısınız?

() Evet () Hayır

12.Ailenizde sağlıkçı olan (doktor, hemşire, ebe vs.) birisi var mı?

() Evet () Hayır

Ek3. Anket Ölçek Bölümü

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form				
Aşağıda belirtilen durumların sizin için ne ölçüde zor veya kolay olduğunu işaretleyiniz.	Çok zor	Oldukça zor	Orta	Çok kolay
1.Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavisine yönelik bilgiye ulaşabilmek.				
2.İlaçların prospektüslerini (ilaç bilgi kâğıdı) anlayabilmek.				
3.Hastalıklarınızla ilgili farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirebilmek.				
4.Acil bir durumda ambulans çağırmak.				
5.Stres veya depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarının nasıl yönetileceğine dair bilgiye ulaşabilmek.				
6.Sağlık taramasına neden ihtiyaç duyduğunuzu anlamak (meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon gibi).				
7.Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğuna karar verebilmek.				
8.Arkadaşlarınızın ve ailenizin tavsiyeleri doğrultusundan hastalıklardan nasıl korunacağınıza karar verebilmek.				
9.Ruh sağlığınıza iyi gelen aktiviteler (meditasyon, egzersiz, yürüyüş, pilates vb.) hakkında bilgi edinebilmek.				
10.Medyada yer alan (internet, gazete, dergiler gibi) nasıl daha sağlıklı olunacağına dair bilgileri anlamak.				
11.Hangi günlük davranışların (içme ve yeme alışkanlıkları, egzersiz vb.) sağlığınıza ile ilgili olduğuna karar verebilmek.				
12.Bir spor kulübüne veya bir egzersiz etkinliğine katılmak.				

Ek4. Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



Ek5. HLS-SF12 Ölçek Kullanım İzni



AKSARAY ÜNİVERSİTESİ TEZ DEĞERLENDİRME FORMU		
Öğrencinin Adı Soyadı:		EYET
Kapak		
1	Tez başlığı, tutanaktaki başlıkla aynı mı?	
2	Kapaktaki ay ve yıl savunmaya girilen tarihle tutarlı mı?	
3	Kapak format kılavuzdaki kapak formatına uygun mu?	
4	Kapakta yazılan tüm yazılar doğru olarak verilmiş mi?	
İçindekiler		
5	Sayfa numaraları tam verilmiş mi?	
6	Şekil, çizelge vb. listeleri verilmiş mi? Sıralaması doğru mu?	
7	Özet, abstract, giriş, sonuçlar vb. bölümler var mı?	
8	Yazım hataları kontrolü yapıldı mı?	
Giriş		
9	Hazırlanan tezin önemini anlatıyor mu?	
10	İkinci ve üçüncü dereceden başlık içermemeli kuralına uyuldu mu?	
Özet/Abstract		
11	Kılavuza uygun mu?	
12	Ay ve yıl savunmaya girilen tarihle tutarlı mı?	
13	Özet; tek sayfa, tek aralık, tek paragraf kuralına uygun olarak yazıldı mı?	
14	Bilim kodu, sayfa adedi, anahtar kelimeler ve tez danışmanı yazıldı mı?	
Kaynakça		
15	Kaynakların tamamına metin içinde atıf yapıldı mı?	
16	Kaynak formatı kılavuzdaki kaynak formatına uygun olarak hazırlanmış mı?	
17	Atıf formatı kılavuzdaki atıf formatına uygun mu?	
Atıf Yöntemi APA 7 ☐ CMS ☐ İSNAD ☐		
Genel Değerlendirme		
18	Etik beyan açıklaması okundu, uyuldu ve imzalandı mı?	
19	Kabul/Onay sayfası kılavuzdaki formata uygun olarak düzenlenmiş mi?	
20	Kabul /Onay sayfasında belirtilen oy birliği/oy çokluğu seçeneklerinden uygun olanı savunmayla tutarlı olacak şekilde belirlenmiş mi?	
21	Sayfa kenar boşlukları ve sayfa numaraları kılavuzdaki formatına uygun mu?	
22	Paragraf boşlukları ve metin satır aralığı kılavuza uygun olacak şekilde düzenlenmiş mi?	
23	Başlık yazımları kılavuzdaki başlık formatlarına uygun mu?	
24	Yazı tipi ve boyutu kılavuzdaki yazı tipi ve boyutu formatına uygun mu?	
25	Şekil, çizelge vb. açıklama ve numaralandırmaları kılavuzdaki formata uygun olarak yazılmış mı?	

İmza