



**S.B.Ü. BAKIRKÖY DR SADİ KONUK SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 18-65 YAŞ ARASI
BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dr. Mehmet Cemal ALAGÖZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL /2023



**S.B.Ü. BAKIRKÖY DR SADİ KONUK SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 18-65 YAŞ ARASI
BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dr. Mehmet Cemal ALAGÖZ

TEZ DANIŞMANI

PROF.DR. SADIK SAMİ HATİPOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL /2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini bizlerle paylaşan pek kıymetli tez danışmanım Prof. Dr. Sadık Sami HATİPOĞLU'na,

Tez süresi boyunca bana rehberlik eden desteklerini, deneyimlerini ve bilgilerini esirgemeyen değerli Doç. Dr. Hüseyin DAĞ hocama,

Uzmanlık eğitimim boyunca katıldığım rotasyonlarda klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime katkı sağlayan tüm hocalarıma, uzmanlarıma ve asistan arkadaşlarıma ve tüm sağlık personeline,

Hayatımın her döneminde yanımda olan ve beni destekleyen değerli aileme,

Bu zorlu süreçte her konuda yanımda olan sevgili eşime,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR	iv
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
ÖZET	vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlığın Tanımı:	3
2.2. Okuryazarlığın Tanımı:	3
2.3. Sağlık Okuryazarlığı (SOY).....	3
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı	3
2.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması	6
2.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Ölçümünde Kullanılan Araçlar	7
2.3.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	9
2.3.5. Birinci Basamakta Sağlık Okuryazarlığının Yeri ve Önemi	10
2.3.6. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	12
2.3.7. Sağlık Okuryazarlığının Arttırılmasına Yönelik Uygulamalar	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Tipi	15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	15
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	16
3.5. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi.....	18
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	18
4. BULGULAR	19
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	19
4.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Özellikleri	22
4.3. Sağlık Okuryazarlığı Genel-Alt Boyut Ölçek İndeks Puanlarının Sosyo- Demografik Değişkenlerle Karşılaştırması	24
5. TARTIŞMA	35
5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri	47

6.SONUÇ VE ÖNERİLER	48
7.KAYNAKLAR.....	52
8. EKLER.....	66
EK-1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu.....	66
EK-2. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ	69



KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devleti

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HLS-EU: Health Literacy Study- European Union

NVS: New Vital Sign

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

RTÜK: Radyo Televizyon Üst Kurulu

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sık Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri	8
Tablo 2. TSOY-32 Ölçeğinin alt bileşenleri	17
Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	20
Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı-2.....	21
Tablo 5. Türkiye SOY Toplam Puan Sınıflarının Dağılımı	22
Tablo 6. TSOY-32 Ölçeği İç Tutarlılıklarının İncelenmesi	23
Tablo 7. TSOY-32 Ölçeğinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması	24
Tablo 8. TSOY-32 Ölçeğinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması-2.....	28
Tablo 9. TSOY-32 Ölçeği ile Yaş, BKİ İlişkisi	33

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli -----	5
Şekil 2. TSOY-32 Ölçeği Toplam Puan Sınıflamasının Dağılımı -----	22



ÖZET

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 18-65 YAŞ ARASI BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

AMAÇ: Bu çalışmada aile sağlığı merkezine başvuran 18-65 yaş arası bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin tespit edilmesi ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışma; tek merkezli, kesitsel tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olarak planlandı. Çalışmanın evreni İstanbul Prof. Dr. Cemil TAŞÇIOĞLU Şehir Hastanesi Gülbahar Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne veri toplama sürecinde başvuran 18-65 yaş arası bireylerden oluşmaktadır. Veri toplama aracı olarak literatür taranarak hazırlanan sosyodemografik özelliklerine ilişkin 22 soruluk anket formu ve 32 soru içeren Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanıldı. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı ve $p<0,05$ anlamlı kabul edildi. Veriler bireylerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

BULGULAR: Çalışmamız %67,2'si ($n=275$) kadın, %32,8'i ($n=134$) erkek olmak üzere toplam 409 katılımcıyla yapılmıştır. Çalışmaya katılanların yaş aralığı 18-65 arasında olup yaş ortalaması $42,86\pm14,09$ 'dur. Katılımcıların %38,4'ü ilkokul mezunu ve altı, %19,8'i ortaokul mezunu, %19,3'ü lise mezunu, %22,5'i üniversite mezunuydu.

Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortalaması $22,42\pm9,82$ 'dir. Yapılan kategorik değerlendirmede katılımcıların %57'si yetersiz, %30,2'si sorunlu, %10,8'i yeterli, %2'si mükemmel seviyede SOY seviyesine sahip olduğu tespit edildi.

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırıldığında, TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanlarla, yaş ve BKİ değerleri arasında negatif yönlü istatistiksel olarak zayıf ilişki saptanmıştır.

İlkokul mezunu, sosyal güvencesi olmayan, gelir düzeyi asgari ücret (5500 TL) ve altı olan, çalışmayan, evli, kronik hastalığı olan, aile içinde sağlık çalışanı olmayan,

hiç kitap okumayan ve herhangi bir aktivite yapmayan, hastaneye yılda 9 ve daha fazla başvuru yapan, internette az süre geçiren, televizyon karşısında fazla süre geçirenlerde sağlık okuryazarlığı daha düşük saptandı ($p<0,05$). Cinsiyete, sigara ve alkol kullanım durumlarına göre TSOY-32 Ölçeğinden alınan toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$).

SONUÇ: 18-65 yaş arası bireylerin sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu saptandı. Toplumun sağlığını güçlendirmek ve sağlığın geliştirilmesini sağlamak için yapılacak önemli çalışmalardan biri, sağlık okuryazarlığı çalışmalarını planlamak ve uygulamaktır. Uygun ulusal programlarla ve kurumlar arası iş birliği ile eğitimler düzenlenmelidir. Ayrıca sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin sağlık okuryazarlığı konusundaki farkındalıklarını arttırmaya yönelik hizmet içi eğitim gereksinimi de önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile Sağlığı Merkezi, Eğitim, Sağlık Okuryazarlığı

ABSTRACT

THE LEVEL OF HEALTH LITERACY OF INDIVIDUALS BETWEEN THE AGES OF 18-65 WHO APPLY TO THE FAMILY HEALTH CENTER AND THE FACTORS AFFECTING IT

Aim: The purpose of this study was to assess the degree of health literacy of those between the ages of 18 and 65 who applied to the family health center and to identify the factors influencing this.

Materials and Methods: This study; was planned as a single-center, sectional descriptive study. The center of the study consists of individuals between the ages of 18 to 65 who applied to the Istanbul Prof. Dr. Cemil TASCIOGLU City Hospital Gulbahar Education Family Health Center during the data collection process. As a data collection tool, a questionnaire with 22 questions on sociodemographic characteristics prepared by scanning the literature and the Turkish Health Literacy Scale-32 (TSOY-32), which includes 32 questions, were used. The NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 (Kaysville, Utah, USA) program was used for statistical analysis, and $p < 0.05$ was considered significant. Data were collected through face-to-face interviews with individuals.

Results: Our study included 409 participants, of whom 275 women and 134 men made up 67% and 33%, respectively, of the total. The age range of the participants was 18–65, with a mean age of 43 ± 14 years. 38% of participants in the study had only completed elementary school, 20% had done middle school, 19% had finished high school, and 23% had completed university. On the Turkish Health Literacy Scale, the participants' average score was 22 ± 10 . According to the categorical rating, 57% of the participants had inadequate health literacy, 30% had problematic-limited health literacy, 11% had good health literacy, and 2% had outstanding health literacy.

When the participants' health literacy levels were compared to the sociodemographic factors, a weakly negative statistical association was found between the participants' age and BMI values and the sum of their scores on the

Turkish Health Literacy Scale. Health literacy was found to be lower in those who are primary school graduates, without social security, whose income level is minimum wage (5500 TL) or below, do not work, are married, have a chronic illness, do not have a health worker in the family, do not read books and do not do any activities, apply to the hospital more than nine times a year, do little Internet browsing, and spend a lot of time in front of the TV ($p<0,05$). The total scores they received from the Turkish Health Literacy Scale according to gender, smoking, and alcohol use status did not differ statistically significantly ($p>0,05$).

Conclusion: It has been determined that health literacy between the ages of 18 to 65 is insufficient. One of the important studies to strengthen society's health and ensure health improvement is to plan and implement health literacy studies. Training should be organized with appropriate national programs and inter-institutional cooperation. In addition, the need for in-service training to increase the awareness of health professionals about health literacy is also important.

Key Words: Education, Family Health Center, Health Literacy

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk olarak 1974 senesinde kullanılmış ve o süreçten beri önemi giderek artan bir konu haline gelmiştir (1). Sağlık okuryazarlığı; sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bilgiye erişme, erişilen bilgiyi anlama ve kişinin sahip olduğu bu bilgiyi kullanması için bireyin ihtiyaç duyduğu motivasyon ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanmaktadır (2).

SOY sadece sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlamak değil, bireyin kendi sağlığı ile ilgili karar alması ve o kararı uygulaması, sağlık sisteminden ihtiyacını karşılayacak şekilde nasıl faydalanacağını bilmesini gerektiren bütüncül bir kavramdır (3).

Sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili problemlerin önlenip korunmasına ve iyi yönetilmesine yardımcı olduğu bilinmektedir. Kişinin sağlık okuryazarlığı geliştikçe kendi sağlığı ve toplum sağlığı da iyi bir seviyeye gelmektedir (4).

SOY düzeyinin düşük olması, hastanın tıbbi tedaviye uyumu ile hastalık yönetimini olumsuz yönde etkilediği, hastalıklar hakkında yetersiz bilgiye yol açıp dolayısıyla daha yüksek oranda hastanede yatış, morbidite ve erken ölümle ilişkili olduğu gösterilmektedir (5).

AB üyesi olan 8 ülkede (Yunanistan, Avusturya, İrlanda, Polonya, Hollanda, Almanya, Bulgaristan ve İspanya) yürütülen bir araştırmada, SOY’u dört grupta incelemiş (yetersiz, sorunlu, yeterli, mükemmel) ve ülkelerin SOY seviyelerinin %2 ile %27 arasında değişen oranlarda yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Hollanda halkının %29’unun, Bulgaristan halkının ise %62’sinin düşük SOY düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Yeterli SOY seviyesinde olan ülkeler daha fazla olup, Bulgaristan (%37) ve İspanya (%42) en düşük SOY oranına sahip olduğu tespit edilmiştir (6).

Türkiye’de yürütülen bir araştırmada yetersiz-sorunlu SOY seviyesi %74 olarak bulunmuştur (7).

Bu alışma, ASM'ye başvuran 18-65 yaş arası bireylerin SOY düzeylerini tespit etmek, sağlık okuryazarlığı düzeylerine etki eden ilişkili faktörleri incelemek ve SOY düzeyinin geliştirilmesi adına atılabilecek adımları değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığın Tanımı:

DSÖ'ye göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde olup, ulaşılabilir en yüksek standarttaki sağlık seviyesine ulaşmak, etnik kökeni, siyasi görüşü, ekonomik ve sosyal statüsü ne olursa olsun her bireyin temel hakkıdır diye tanımlar (8). Sağlığın geliştirilmesi kavramı ise; yine DSÖ tarafından “İnsanların, kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü arttıran süreç” olarak tanımlanmaktadır (9).

2.2. Okuryazarlığın Tanımı:

TDK, okuryazarlığı “okuryazar olma durumu” şeklinde tanımlar (10).

Okuryazarlık, bireyin sosyo-kültürel alanlarda kendi bilgi ve becerilerini kullanırken, kendi duygu, düşünce ve isteklerini konuşarak ve yazarak, dinleyerek ve okuyarak doğru bir şekilde ifade edebilmesidir. Ayrıca başkalarının ne söylediğini veya yazdığını anlama becerisidir de (11).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı (SOY)

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık okuryazarlığı ile okuryazarlık kavramları birbirleriyle yakın ilişki içerisinde (12). İlk defa 1974 senesinde S.K. Simonds tarafından ele alınan ‘Health Education as Social Policy’ adlı kitapta kullanılmış olan “Sağlık Okuryazarlığı” teriminin zaman içinde halk sağlığı ve sağlık hizmetleri alanında kullanımı hızla yayılmaya başlamıştır (1). 20.yüzyıl sonlarına doğru sağlık okuryazarlığının önemi giderek artmış olup sağlık davranışlarını ve harcamalarını ilgilendiren önemli bir konu haline gelmiştir.

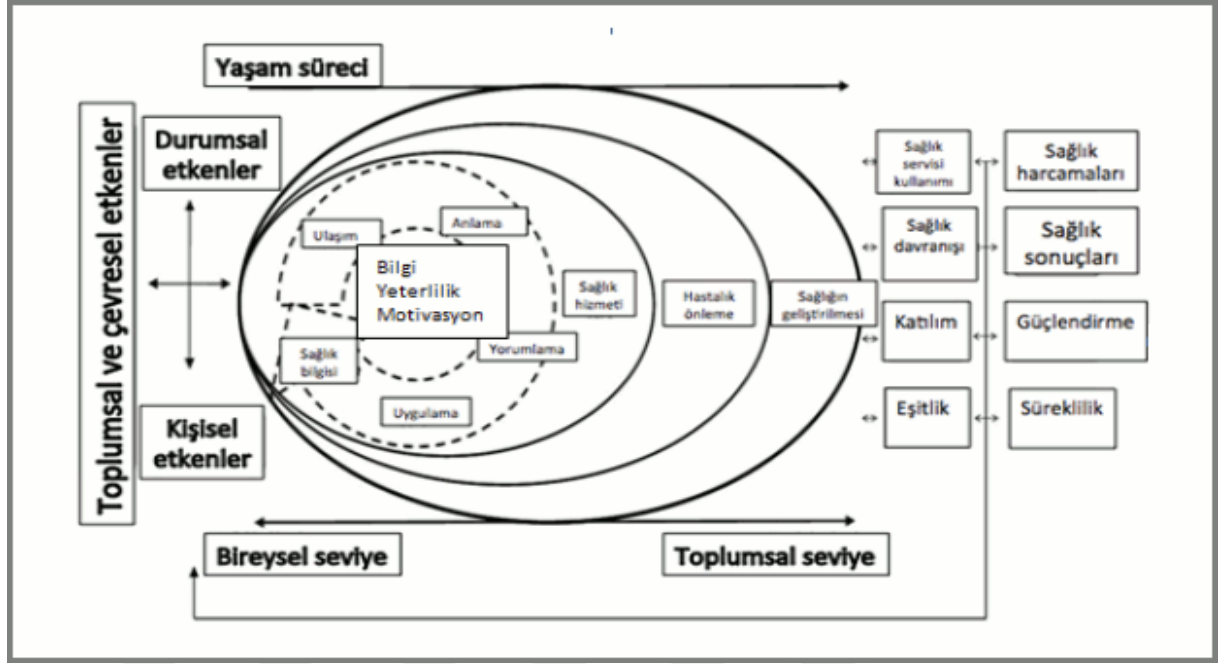
Dünya Sağlık Örgütü SOY’u, "bir bireyin kendi sağlığını korumak ve geliştirmek için sağlıkla ilgili bilgilere erişmek, bunları anlamak ve kullanmak için gerekli bilişsel ve sosyal becerilere sahip olması" olarak tanımlamıştır (13). Amerikan Tıp Derneği, SOY’u, "bireyin sağlıkla ilgili mesajları okuma, ilaç kutularını okuyup anlama ve sağlık profesyonellerinin söylediklerini anlama ve yapma becerisi" olarak tanımlamıştır. (14).

SOY, tek bir özellik veya beceri ile tam olarak anlaşılamayan çok boyutlu bir kavramdır (15). Sağlık okuryazarlığının birçok boyutu mevcut olup bu boyutlar farklı şekillerde kullanılarak çok farklı sağlık okuryazarlığı tanımlamaları yapılmıştır.

Sørensen ve ark. 2012 yılında literatür taraması yaparak 17 tanımı analiz edip güncel bir tanımlama yapmıştır. Kanada Halk Sağlığı Dergisi’ne göre; Okuryazarlık, insanların günlük yaşamlarında sağlık kararlarını vermek, sağlığı iyileştirmek, hastalıkları önlemek ve yaşam kalitesini sürdürmek için ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerine erişme, bunları anlama, yorumlama, kullanma motivasyonu ve becerisidir şeklinde yer vermiş olup Şekil 1’de Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli gösterilmektedir (12).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili bu kadar fazla tanım olmasına rağmen tüm tanımlarda ortak bazı öğeler yer almaktadır. Bu öğeler yazılı metnin okunup anlaşılması, karar verme aşamasında bilginin kullanılabilmesi ve iletişim kurma becerileridir (16).

Genel anlamda SOY, bireyin doğru ve uygun sağlık kararları verebilmesi için gerekli olan temel sağlık bilgi ve hizmetlerine ne ölçüde erişebildiği, bunları işleyebildiği ve anlayabildiği ile tanımlanan bir kavramdır.



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli

Kaynak: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models [Sağlık Okuryazarlığı ve Halk Sağlığı: Tanımların ve Modellerin Sistematik Bir İncelemesi ve Sentezi]. BMC Public Health, 2012, 12:80.

Bu model, SOY'un ana boyutlarını ortaya sunmaktadır. Buna göre, sağlık okuryazarlığının temel boyutları bilgi, yeterlilik ve motivasyondur. SOY'u etkileyen faktörler, bu temel boyutların hemen dışında sunulmaktadır. Bu faktörler, insanları sağlık okuryazarlığı yoluyla sağlık çıktılarına yönlendirmektedir.

Temelinde model, sağlıkla ilgili bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve tatbik süreciyle ilgili yetkinlikleri gösteriyor. Bu modelde "ulaşım", sağlıkla ilgili bilgileri arama, bulma ve elde etme yetisini ifade eder. "anlama", alınan sağlık bilgilerini anlama yetisini ifade eder. "Değerlendirme", elde edilen sağlık bilgilerini yorumlama, filtreleme, yargılama ve değerlendirme becerisini ifade eder. Son olarak, "başvuru", sağlığı korumak ve geliştirmek için kararlar almak üzere bu bilgilerle etkileşime girme ve bu bilgileri kullanma yetisini ifade eder (12).

Sağlık bilgilerine ulaşma, bunları anlama, değerlendirme ve uygulama süreciyle beraber sağlığımızı korumamızı, hastalıkları önlememizi ve sağlığımızı iyileştirmemizi sağlar.

2.3.2. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Literatürde yaygın olarak kullanılan Nutbeam'ın sınıflamasına göre; SOY kavramının incelenmesi işlevsel SOY, etkileşimli SOY ve eleştirel SOY arasındaki farkları tanımlamaktadır (17).

Temel/İşlevsel/Fonksiyonel SOY:

Bireyin günlük hayatını idame ettirebilmesi için ihtiyaç duyduğu temel okuma, yazma becerilerini gösterir. Fonksiyonel SOY, sağlık riskleri ve sağlık sistemine erişim hakkında gerçek bilgilerin ulaştırılmasına dayanan geleneksel sağlık eğitiminin sonucunu yansıtmaktadır (17). Yani kısaca yazılan reçeteleri okuyabilme, randevu kartlarını ve yazılı sağlık talimatlarını anlayabilme becerilerini gösteren düzey olarak belirtilmektedir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, genellikle bireysel yarar sağlar (18). Düşük seviyedeki temel/fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, eğitim düzeyi düşük olan hastalarda, kronik hastalığı olan bireylerde, yaşlılarda, farklı etnisiteye sahip bireyler arasında yaygın şekilde görülebilir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düşük seviyede olan hastalar, sadece okuma ve yazma gibi bilişsel faaliyetlerin yanında, sözel iletişim becerilerinde de güçlükler yaşayabilir (19).

İletişimsel/İnteraktif/Etkileşimli SOY:

Sosyal becerilerin yanı sıra, bunlar günlük etkinliklere aktif katılım, bilgi edinme, farklı iletişim yöntemlerini anlama ve değişen koşulları yansıtan yeni bilgileri kullanma ile ilgili daha ileri bilişsel ve okuryazarlık yetileridir. (17). Etkileşimli SOY, son yıllarda gelişen sağlık eğitimi yaklaşımının sonuçlarını yansıtmakta olup işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeyine göre daha komplike sağlık bilgi kaynaklarına ulaşmasına zemin oluşturur. Burada önemli olan hususlardan biri de bireyin eriştiği bilgiyi değerlendirme yetisi, iletişimsel/interaktif düzeyde bir sağlık okuryazarlığı becerisidir (20).

Eleştirel/Kritik SOY:

Sosyal becerilerin yanı sıra, bilgileri eleştirel bir şekilde analiz etmek ve bu bilgileri yaşamsal olaylarını daha iyi kontrol etmek ve kullanmak için uygulanabilen daha gelişmiş bilişsel becerilerdir. Eleştirel SOY, etkili sosyal ve politik uygulamaları ve bireysel faaliyetleri destekleyen bilişsel ve beceri geliştirme sonuçlarını yansıtır. (17). Eleştirel sağlık okuryazarlığına sahip olan birey, edindiği ve sahip olduğu sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz edebilir, bireysel kapasitesini güçlendirebilir, önemli halk sağlığı kavramlarından olan sağlığın sosyal, ekonomik ve politik belirleyicilerine göre davranış geliştirebilir (20).

2.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Ölçümünde Kullanılan Araçlar

SOY; kişinin kapasitesi, sözel ve yazılı okuryazarlığı, sağlık sisteminin sunduğu aktiviteleri yönetmesi ve iletişim becerisi gibi birçok faktörden etkilendiği için bunların hepsinin değerlendirildiği ortak bir ölçüm yöntemi bulunmamaktadır. Bu yüzden sağlık okuryazarlığının ölçülmesiyle ilgili farklı fikirler bulunmaktadır (21).

Günümüzde kullanımda olan sağlık okuryazarlığı değerlendirme testleri, öncelikle işlevsel yeterlilik düzeylerini belirlemek için geliştirilmiştir. Bu testler, bir hastanın kelime/metin anlama, kelime tanıma, aritmetik ve telaffuz gibi yeteneklerini değerlendirir (22).

Literatürde, sağlık okuryazarlığını, kelimeleri okuyabilme becerisinden sağlık okuryazarlığının bir bütün olarak değerlendirilmesine dek, çok geniş bir yelpazede ölçüm gerçekleştirilmesini sağlayan çok sayıda ölçüm aracı bulunmaktadır. Literatürü araştırdığımızda karşımıza çıkan en yaygın ölçekler Tablo 1’de yer almaktadır (23).

Ülkemizde ise; Sağlık Bakanlığı tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN) çalışmaları da gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, katılımcıların SOY seviyesini belirlemek için TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır.

Birçok sağlık okuryazarlığı ölçeği olup, komplike bir yapı olan sağlık okuryazarlığını tüm boyutlarıyla ele alan tek bir ölçülme testine olan ihtiyaç maalesef henüz karşılanmamıştır. Mevcut ölçme yöntemleri ise kapsamlı boyutlarını ölçmekte yetersiz kalmaktadır (23). Çalışmamızda kullandığımız TSOY-32, HLS-EU araştırması temel alınarak 32 sorulu bir SOY ölçeği geliştirilmiştir (48). Orijinal ölçek üç boyutlu olup TSOY-32 iki temel boyutlu 2X4'luk bir matris olarak tasarlanmıştır. Bu matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (sağlık bilgilerine erişim, sağlık bilgilerini anlama, sağlık bilgilerinin değerlendirilmesi ve sağlık bilgilerinin kullanımı/uygulanması) olmak üzere toplam sekiz komponentten oluşmaktadır.

Tablo 1. Sık Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri

REALM	TOFHLA	NVS	TOFHLA-S	REALM-R
(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)	(Test of Functional Health Literacy in Adults)	(The Newest Vital Sign)	Test of Functional Health Literacy in Adults)-S	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)-R
Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma Yeteneği	Boşluk Doldurma Anlama Yeteneği	Problem Çözme Anlama Yeteneği	Kısaltılmış-Boşluk Doldurma	Kelime Tanıma ve Telaffuz Okuma Yeteneği
66 Tıbbi Kelime	17 Numerik Ögeli Soru – 50 Boşluk Doldurma	Numerik ve Okuma Yazma	Boşluk Doldurma- 2 Okuma Anlama Parçası	66 Tıbbi Kelime 10 Kelimeye İndirgenmiş
Kavrama Testi Değil	Kavrama Testi	Kavrama Testi	Kavrama Testi	Kavrama Testi Değil
2-3 Dk	20-30 Dk	3 Dk	5-7 Dk	
İngilizcesi Mevcut Diğer Dillerde Uygun Değil	İngilizce ve İspanyolcası Mevcut	İngilizce ve İspanyolcası Mevcut	İngilizce ve İspanyolcası Mevcut	İngilizcesi Mevcut Diğer Dillerde Uygun Değil
Puanlamalı (Sınıf Düzeyli)	Yetersiz / Orta / Yeterli	Doğru Sayısı	Yetersiz / Orta / Yeterli	Puanlamalı (Sınıf Düzeyli)

2.3.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık alanının temel kısmını hastalar oluşturmaktadır ve kişilerin hastalıkları ile ilgili verdikleri kararlar, sunulan sağlık hizmetinin uygunluğuna ve verimliliğine önemli bir seviyede etki etmektedir (24).

SOY, bireylerin sağlık eşitsizliklerinin giderilmesiyle beraber sağlıklı geçirilen yaşam süresinin ve kalitesinin artmasını sağlar. Sağlık hizmeti alan bireyler için; anlaşılır kılmayı, karar mekanizmasına dâhil olmayı ve bu hizmeti sunan sağlık profesyonelleri için de mesleki memnuniyet, uygun iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını sağlar (25).

Toplumun SOY seviyesinin iyi seviyede olması, sağlık hizmetini sunan sağlık profesyonelleriyle bu hizmeti alan kişiler arasındaki mesuliyetlerin paylaşılmasına ve iki grup için de gelişmiş bir sağlık iletişiminin kurulmasına zemin hazırlar. Sağlık okuryazarlığı yüksek ve geliştirilmiş olan bireyler, kendi sağlıklarıyla ilgili daha doğru kararlar alabilir ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirebilir ve böylelikle sağlık hizmetlerini etkin ve etkili bir şekilde kullanabilir (22). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler ise, sağlık hizmetlerine ulaşmada ve sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde kullanmada birçok sorunla karşılaşmaktadır. Bu sorunlar hastayı da olumsuz etkiler, sağlık çalışanını ve sağlık sistemini de olumsuz olarak etkiler (26). Bu açıdan bakıldığında yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler hem bireysel sağlık hem toplum sağlığı hem de sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinin yönetimi açısından birtakım ekstra maliyetlerin oluşmasına sebep olmaktadır (27).

Morrison' un 1990 senesinde yaptığı çalışmaya göre hastaya, uygun kişisel hijyen bilgilerinin iletilip bu konuda bilgilendirilmesinin sağlık hizmetlerinin kullanımını %7-17 oranında azaltabileceği gösterilmiştir (28).

SOY düzeyinin yetersiz olması, kronik hastalıklara sahip olanların eğitiminde büyük bir engele yol açmaktadır (29). Amerikan Tabipler Birliği'nin Ad Hoc Sağlık Komitesi'nin sağlık okuryazarlığı raporuna göre yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireyler, sağlık sonuçlarını etkileyen bir dizi karışık iletişim zorluğuna sahiptir. Bu hastalar daha kötü sağlık durumları bildirir ve tıbbi

durumları ile tedavileri hakkında daha az bilgiye sahiptirler (30). Yine yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin daha sık sağlıksız seçimlere yöneldiği, daha riskli davranışlar gösterdiği, sağlık durumunu daha kötü olarak bildirdiği, hastalık yönetimi ve sağlığı geliştirici davranışlar hakkında daha az bilgi sahibi oldukları, bu faaliyetlere daha düşük süre ayırmakla beraber birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri kullanımlarının daha düşük, daha az öz-yönetim, acil servis kullanım oranlarının daha yüksek, hastaneye yatışlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (31-33). Sağlık sistemindeki insan ve finansal kaynakları önemli ölçüde tüketirler (31,32). Düşük SOY artan morbidite ve erken ölüm ile de ilişkili olup sağlığı önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır (31). Düşük SOY, sağlık hizmetlerine erişmede, hekimin talimatlarını izlemede ve ilaçları uygun şekilde almada zorluklara neden olabilir (34).

DSÖ'ye göre; yüksek SOY düzeyi toplum için yüksek fayda sağlar fakat sınırlı sağlık okuryazarlığı, toplum sağlığını önemli ölçüde olumsuz olarak etkiler. Sınırlı sağlık okuryazarlığı; sağlığı geliştirme davranışlarında kısıtlılık, ulusal sağlık taramalarına katılımda düşüklük, sigara tüketme gibi riskli sağlık davranışlarının gösterilmesi, daha çok iş kazası oluşması, DM, HIV, astım gibi daha çok süregelen hastalık varlığı, daha fazla hastaneye yatış, yüksek morbidite ve mortaliteye neden olur. Ayrıca sınırlı SOY, yüksek sağlık sistemi maliyetleriyle bire bir ilişkilidir (31). Genel olarak bahsedecek olursak sağlık okuryazarlığı, bulaşıcı olmayan, yaşam tarzına bağlı gelişebilecek hastalıkların önlenmesinde de çok önemli bir etkidir.

2.3.5. Birinci Basamakta Sağlık Okuryazarlığının Yeri ve Önemi

Toplumun bilinç düzeyini yükseltmek ve farkındalık oluşturma açısından ulusal sağlık taramaları ve mobil sağlık hizmetleri sırasında halkın önemli bir kısmına ulaşılması, sağlık okuryazarlığının bileşenlerinden biri olan sağlık eğitiminin verilmesinde etkin bir yöntemdir. Bu yüzden sağlık okuryazarlığı koruyucu hekimliğin önemli bir rol üstlendiği birinci basamakla yakından ilgilidir (35).

Aile hekimleri olarak sorumluluğumuz altındaki bireyleri, akut, kronik sorunları ve psikososyal çevresiyle bir bütün olarak ele alırız (36). Birinci basamak sağlık personeli ile toplumdaki bireyler arasında günlük temas yoluyla planlı plansız olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için pek çok fırsat vardır (37). Aile sağlığı

merkezleri, kişilerin her türlü sağlık hizmeti alırken, genellikle sağlık sistemine ilk giriş noktası oldukları için ailelerin sağlık hizmetlerini daha etkin kullanmalarına yardımcı olur. Birinci basamak hekimleri, kapsamlı ve tekrarlayan görüşmeler yoluyla insanların SOY seviyelerini belirleyerek, etkili ve uygun müdahaleler yoluyla hem bireysel hem de toplum sağlığını iyileştirme konusunda önemli bir fırsata sahiptir (38).

Aile hekimi yenidoğanlardan yaşlı bireylere kadar ailenin sağlık durumlarından ve hastalıklarından sorumludur. Bireyin her türlü sağlık sorununu ele alıp danışmanlık yaparak koordinatör göreviyle gerektiği zaman uzman hekime hastayı sevk eder. Bu sayede yanlış yönlendirmeleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyerek ikinci basamakta oluşan yığılmaları ve hasta mağduriyetini önlemiş olur. Ailenin diğer bireylerinin sağlık sorunlarını, yaşam koşullarını bilir ve bu bireylere de koruyucu sağlık hizmetlerini ve sağlık eğitimini ulaştırmayı hedefler (36).

Birinci basamakta sağlık eğitiminin temel amacı çocukluktan itibaren tüm yaşlarda toplumun sağlık bilincini ve sağlık okuryazarlık düzeyini artırmaktır. Sağlık eğitimi için kaçırılmaması gereken fırsatlardan bazıları mobil hizmetlerle ulusal sağlık taramalarıdır (35). Yetersiz SOY seviyeleri, sağlık sisteminin tüm aşamalarında, özellikle birinci basamak hekimlik hizmetinde engeller meydana getirebilir (38). Birinci basamaktaki koruyucu sağlık hizmetlerinin hedef kitlede beklenen tepkiyi oluşturması, kişilerin doğru sağlık davranışlarını geliştirebilmesi ve bireylerin ihtiyaç duyulması halinde sağlık hizmetlerine erişebilmesi için sağlık okuryazarlığının artması elzemdir. Aile hekimlerinin sağlık bakımı sürecinin tamamında bireyleri bilgilendirebilmesi için sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalık ve yetkinlik kazanmaları oldukça önemlidir (35,38).

Bireylerin daha kaliteli sağlık hizmetine ulaşması ve onlara hizmet veren sağlık profesyonellerinin iş tatmininin artırılması için yapılabilecek uygulamalardan biri de birinci basamakta hizmet veren sağlık çalışanlarının yetersiz SOY'a sahip bireylere nasıl yaklaşılacağına dair hizmet içi eğitilmesidir (39).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin nitelik ve kapsamının artması, sağlık hizmetlerine ulaşmanın randevu almak gibi dijitalleşme kanallarıyla kolaylaşması, dünyada ve ülkemizde de ortalama yaşam süresinde artış olması hem doğum öncesi hem de doğum sonrası bakım hizmetlerinin gelişmesiyle anne ve bebek ölümlerinin azaltılması gibi faktörlerle, birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi

gün geçtikçe artmakta ve böylece topluma verilen sağlık hizmetinin kalitesi de yükselmektedir (40).

Yapılan bir çalışmada, sağlık yönetimleri ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiye bakılmış. Bu çalışmada yetersiz ve sorunlu SOY seviyelerine sahip kişilerin, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmadıkları ayrıca kronik hastalıkları yönetme becerilerinin yeterli SOY seviyelerine sahip olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yine bu bireylerde, daha yüksek mortalite ve morbidite düzeyleri de tespit edilmiştir (41). Bu sebepten dolayı toplumda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlıkla ilgili davranışların değiştirilmesine ve riskli sağlık davranışlarının engellenmesine hizmet edeceğinden, sağlığı geliştirme ve iyileştirme çalışmalarının SOY düzeyini artırmaya yönelik müdahalelerle kolere bir şekilde yapılması önerilmektedir (35,42).

Sağlık okuryazarlığı ile koruyucu sağlık hizmeti ilişkisine bakıldığında bireylerin SOY seviyesinin düşük olması ulusal sağlık taramalarını uygulama aşamasında önemli bir engeldir. İngiltere'de yapılan kolon kanseri tarama programında, bireylere tarama ile ilgili yazılı belge gönderilmiş. Bireylerin bazılarının tarama yaptırmaması, düşük SOY düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (43). Başka bir koruyucu sağlık hizmeti olan meme kanseri taramasında kendine meme muayenesi yapmamanın ve mamografi çekirtmemenin de düşük SOY seviyesiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (44).

2.3.6. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

ABD’deki yaklaşık 80 milyon insan sınırlı SOY düzeyine sahiptir. Bu sınırlı SOY, sigara içme, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız diyet sonucu olumsuz sağlık davranışlarıyla bağlantılıdır. Sorunlu SOY, sınırlı sağlık hizmetlerine erişimle de ilişkilendirilebilir. Yaşlıların, etnik azınlıkların, düşük gelirli bireylerin ve düşük eğitim düzeyi olan bireylerin sınırlı SOY seviyelerine sahip olma olasılıkları daha yüksektir (45).

Sørensen ve arkadaşlarının 2011 yılında 7795 katılımcı ile HLS-EU ölçeğini kullanarak AB üyesi olan 8 ülkede (Yunanistan, Avusturya, İrlanda, Polonya, Hollanda, Almanya, Bulgaristan ve İspanya) yürüttükleri bir araştırmada, SOY’u dört grupta incelemiş (yetersiz, sorunlu, yeterli, mükemmel) ve ülkelerin SOY seviyelerinin %2 ile %27 arasında değişen oranlarda yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Hollanda halkının %29’unun, Bulgaristan halkının ise %62’sinin düşük SOY düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Yeterli SOY seviyesinde olan ülkeler daha fazla tespit edilmiş olup, Bulgaristan (%37) ve İspanya (%42) en düşük SOY oranına sahip olduğu bulunmuştur (6).

Ülkemizde, Tanrıöver ve arkadaşlarının 2014 senesinde 4.924 kişiyle gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini (SOYA-AB-Q47) kullanarak yaptıkları çalışmada katılımcıların %24,5’nin yetersiz ve %40,1’inin ise sorunlu SOY kategorisinde olduğunu bildirilmiştir (27).

Okyay ve Abacıgil’in 2014 senesinde 400 katılımcı ile TSOY-32 ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada katılımcıların %27,2’sinin yetersiz ve %42,2’sinin sorunlu SOY kategorisinde olduğu bildirilmiştir (47,48).

2.3.7. Sağlık Okuryazarlığının Arttırılmasına Yönelik Uygulamalar

Sağlık okuryazarlığının arttırılması amacıyla bazı adımlar atılabilir. Bu adımlar şöyle sıralanabilir; sağlık politikalarıyla ilgili programlarının geliştirilmesi ve finansmanının arttırılması, sağlık hizmeti sunan profesyonellerinin iletişim becerilerinin geliştirilmesi, medya tarafından komplike olan konularda alanında uzmanlarca belli bir çerçeve çizilip, sağlık bilgilerinin net olması ve doğruluğunun yine uzmanlarca kontrolünün sağlanması gerekmektedir (30).

Ayrıca sağlık bilgileri ve hizmetlerinin kültürel olarak hedef kitleye uygun hale getirilmesi, sağlıklı olmayı kolaylaştıran davranışları destekleyen toplumsal alt yapı ve çalışma koşullarının elverişli hale getirilmesi, sağlık bilgilerine ulaşımı kolaylaştıran ve destekleyen eğitim fırsatları oluşturulması gerekmektedir (30). Sağlık eğitimi, sağlığın teşviki ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde çok önemli bir kavramdır (17).

Sağlık eğitimi, bireylerin ve toplumun sağlığını arttıran sağlıklı yaşam becerilerini kazandırmak üzere sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla bilinçli olarak oluşturulmuş öğrenme fırsatlarını içermektedir. Sağlık eğitimi sadece bilginin iletilmesiyle olmayıp sağlığı iyileştirme adına harekete geçmeyi sağlayan motivasyonu, yetenekleri ve güveni teşvik etmekle de bağlantılıdır. Sağlık eğitimi, sağlığı etkileyen altta yatan sosyoekonomik ve çevresel şartların yanında bireysel risk faktörleri, davranışları ve sağlık sisteminin kullanımıyla ilgili bilgilerin tamamını içermelidir (37).

Sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitiminin çok önemli bir sonucudur. Sağlık okuryazarlığını nasıl tanımladığımız ve ölçtüğümüz, sağlık eğitiminin içerik ve yöntemlerini direk olarak etkilemektedir. Eğitim, sağlığı geliştirmek ve hastalıkları önlemek amacıyla gerekli bir faaliyet bileşeni olmuştur. Anne ve çocuk sağlığını iyileştirmeyi, bulaşıcı hastalıkları önlemeyi ve bağışıklama ile diğer koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmeyi amaçlayan ülkelerde sağlık eğitimi, bu hedeflere yönelik sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemede önemli bir araçtır. Zaman içerisinde, yalnızca bilgi aktarımına odaklanan ve bireylerin sosyal ve ekonomik koşullarını dikkate almayan sağlığın teşvik edici kampanyaların veya eğitimlerin, sağlık davranışları üzerinde önemli ve sürdürülebilir sonuçlar elde etmekte maalesef başarısız olduğu görülmüştür (17).

Sağlık okuryazarlığının arttırılması için üç çeşit müdahale uygulanması tavsiye edilmektedir; eğitim seviyesi az olanların desteklenmesi, SOY düzeyinin artırılması ile hedefe yönelik yönetsel düzenlemelerin planlanması ve uygulanması (46). SOY'ı geliştirmek için hastalara verilen materyallerde açık, net ve anlaşılır bir dil kullanılması gerekmektedir. Basit dilden kasıt; bireyin ilk okuduğunda bilgiyi anlayabilme ve ihtiyacı olan bu bilgiyi kullanabilme becerisidir (50).

Ottawa şehrinde 1986 senesinde düzenlenen Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'ndan sonra duyurulan 'Sağlığı Geliştirme' uygulamalarının sadece sağlık alanındaki profesyonellerin çabası ile sonuç alınamayacağını, diğer sektörlerin de konu hakkında sorumluluk almaları gerektiği vurgulanmıştır (46). Toplumda SOY düzeyinin artırılması amacıyla sağlık alanının yanında eğitim ve medya sektörleriyle, sivil toplum kuruluşları gibi farklı sektörlerin beraber hareket etmesi gerekmektedir (46,51).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel nitelikte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma İstanbul Prof. Dr. Cemil TAŞÇIOĞLU Şehir Hastanesi Gülbahar Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne 07.11.2022-20.12.2022 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş arası bireylerle gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Çalışmanın evrenini, İstanbul Prof. Dr. Cemil TAŞÇIOĞLU Şehir Hastanesi Gülbahar Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18-65 yaş arası bireyler oluşturmaktadır. Bu evreni temsil eden örneklem büyüklüğü, openepi.com adresinde evreni bilinen örneklem büyüklüğü hesaplama formülüne göre, nüfus büyüklüğü bir milyon, %80 güç, sıklık %50, sapma değeri %5 ve desen etkisi 1 alınarak, %95 güven aralığında ($\alpha=0,05$, $p=0,50$, $d=0,05$, $DEFF=1$) 384 kişi olarak bulunmuştur (52). Toplamda 409 kişiyle çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 18-65 yaş arasında olmak
- Okuma yazmayı bilmek

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- 18 yaş altı bireyler
- 65 yaş üstü bireyler
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Okuma yazmayı bilmemek

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Katılımcılara çalışmanın amacı anlatılarak sözlü onamları alındı. Anket formu belirtilen tarihlerde herhangi bir nedenle aile sağlığı merkezine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arasındaki gönüllüler ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak dolduruldu.

Anket formu iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda literatür taraması yapılarak hazırlanan sosyodemografik özellikleri tespit etmek için 22 soru içeren formdur. Bu formda bireyin cinsiyet, boy, kilo, yaş, eğitim düzeyi, ailenin gelir durumu, bireyin çalışma durumu, medeni durumu, sosyal güvence durumu, okuma alışkanlığı, kronik hastalığı ve düzenli ilaç kullanma durumu, sigara ve alkol kullanımı, hastaneye başvuru sıklığı, yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı, televizyon başında veya internette günde ortalama geçirdiği süre gibi sosyodemografik verileri içeren toplamda 22 soru yer almaktadır (EK 1).

İkinci kısımda ise 2012 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumunun (HLS-EU CONSORTIUM) geliştirdiği HLS-EU ölçeğinin, geçerlilik ve güvenilirliği Okyay ve Abacıgil tarafından yapılmış olan, 32 sorudan oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı anketi (TSOY-32) yer almaktadır. Bizim çalışmamızda kullanmayı tercih ettiğimiz TSOY-32; HLS-EU çalışması temel alınarak geliştirilen 32 sorulu yeni bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir (EK 2). TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4'luk bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenlerle ilgili maddeler Tablo-2'de verilmiştir.

Tablo 2. TSOY-32 Ölçeğinin alt bileşenleri

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

Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır (48).

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

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks

Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması

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

3= Ortalamanın aralığı

50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 puan ise en yüksek sağlık okuryazarlık düzeyini göstermektedir. Her madde 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor olacak şekilde 4 derecelidir. “Fikrim yok” ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Puan hesaplarına geçilmeden önce, kodlar 1-4, 4-1 olacak şekilde yeniden kodlanmalıdır. Ölçekten alınacak en düşük puan 32, en yüksek puan 128’dir. Yine, HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı:

(0-25) Puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) Puan: Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) Puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) Puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır.

3.5. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Bağımsız gruplar t testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında One-Way ANOVA ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.10.2022 tarihli 2022/316 protokol nolu etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır. Katılımcılara, anket ve ölçeklere ait sonuçların bilimsel amaç dışında kullanılmayacağı belirtilmiş ve onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde toplanan verilerin analizine yer verilecektir. İlk olarak katılımcıların demografik verilerinin analizine daha sonra sağlık okuryazarlığı seviyelerine ve demografik özelliklerle olan ilişkisine bakılacaktır.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamız %32,8'i (n=134) erkek, %67,2'si (n=275) kadın, toplam 409 katılımcıyla yapılmıştır. Çalışmamıza katılanların yaş aralığı 18-65 arasında değişmektedir ve ortalama yaş $42,86 \pm 14,09$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların %67,2'si kadın (n=275), %32,8'i erkek olarak (n=134) belirlendi. Medeni durumları incelendiğinde katılımcıların %75,3'ü evli (n=308), %17,8'i bekar (n=73), %6,8'i boşanmış olarak bulundu (n=68).

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında %38,4'ü ilkokul mezunu ve altı (n=157), %19,8'i ortaokul mezunu (n=81), %19,3'ü lise mezunu (n=79) ve %22,5'i üniversite mezunu (n=92) olarak tespit edildi. Katılımcılar sosyal güvenceleri bakımından analiz edildiğinde %80'inin (n=327) sosyal güvencesinin olduğu, %20'sinin (n=82) sosyal güvencesinin olmadığı bulundu. Hanenin aylık geliri sorgulandığında %51,3'ü asgari ücret üstü (n=210), %48,7'sinin asgari ücret (5500 TL) ve altındaydı (n=199) (Tablo 3).

Katılımcıların diğer demografik özelliklerine bakıldığında; %46,2'si aktif çalışmıyordu (n=189), %50,1'i düzenli ilaç kullanmamakta (n=205), %52,1'inin kronik bir hastalığı bulunmamaktaydı (n=213). Sigara ve alkol kullanım durumlarına bakıldığında %48,7'si sigara kullanmıyor (n=199), %80,7'si ise alkol kullanmıyordu (n=330).

Çalışmamıza katılanların %34'ü hastaneye yılda 3-5 kez başvuru yapmakta (n=139), %62,6'sının yakın çevresinde sağlık çalışanı bulunmamaktaydı (n=256).

Sosyokültürel durumlarını incelediğimizde katılımcıların %42,8'i hiç kitap okumuyor (n=175) ve %51,8'i ise vakit bulduğunda herhangi bir aktivite yapmıyordu (n=212). Yine %67,7'si internette günde ortalama 3 saatten az dolaşmakta olup

(n=277), %39,9'u televizyon karşısında günde ortalama 1-3 saat arası geçirmekteydi (n=163) (Tablo 4).

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

		n (%)
Cinsiyet	Erkek	134 (32,8)
	Kadın	275 (67,2)
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	42,86±14,09
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	44 (18-65)
Boy (cm)	<i>Ort±Ss</i>	164,95±9,13
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	165(133-194)
Kilo (kg)	<i>Ort±Ss</i>	74,10±15,11
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	72 (45-140)
BKI (kg/cm²)	<i>Ort±Ss</i>	27,23±5,07
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	26,5 (15,4-43,4)
Öğrenim durumu	İlkokul ve altı	157 (38,4)
	Ortaokul	81 (19,8)
	Lise	79 (19,3)
	Üniversite ve üzeri	92 (22,5)
Ailenizin aylık geliri	Asgari ücret kadar	118 (28,9)
	Asgari ücret altında	81 (19,8)
	Asgari ücret üstünde	210 (51,3)
Çalışma durumu	Emekli	87 (21,3)
	Evet	133 (32,5)
	Hayır	189 (46,2)
Sağlık güvencesi	Evet	327 (80,0)
	Hayır	82 (20,0)
Medeni durum	Bekar	73 (17,8)
	Dul/Boşanmış	28 (6,8)
	Evli	308 (75,3)
Çocuk varlığı	Evet	308 (75,3)
	Hayır	101 (24,7)

Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı-2

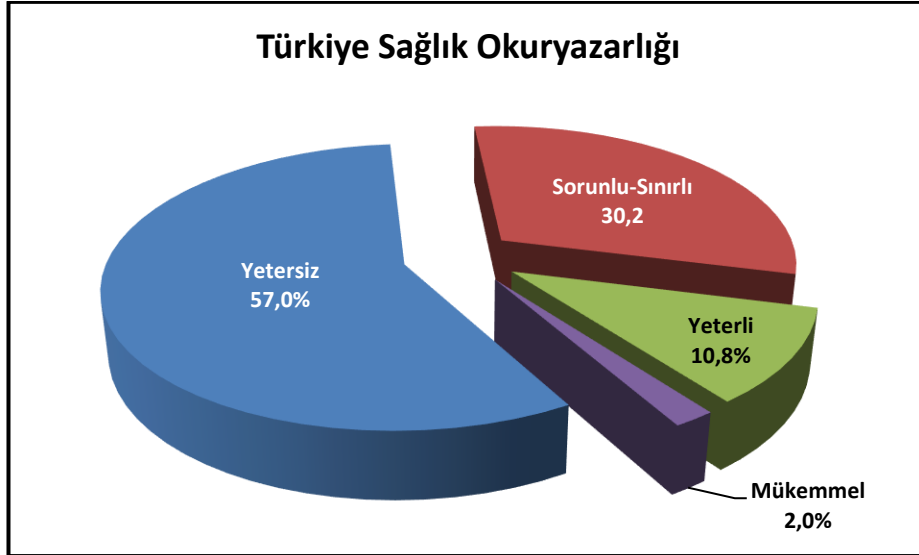
		n (%)
Okuma alışkanlığı	Düzenli okurum	81 (19,8)
	Hiç okumam	175 (42,8)
	Nadiren okurum	153 (37,4)
Sağlıkla ilgili konuda bilgi edinme kaynağı	Yazılı kaynaklar	43 (10,5)
	İnternet	195 (47,7)
	Televizyon	154 (37,7)
	Sağlık Çalışanı	214 (52,3)
	Diğer	39 (9,5)
Kronik Hastalık	Evet	196 (47,9)
	Hayır	213 (52,1)
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	204 (49,9)
	Hayır	205 (50,1)
Anne, baba veya kardeşlerde halen tedavi gördüğü kronik hastalık olan var mı?	Evet	299 (73,1)
	Hayır	110 (26,9)
Sigara kullanımı	Bıraktım	64 (15,6)
	Evet, kullanıyorum	146 (35,7)
	Hayır, kullanmıyorum	199 (48,7)
Alkol kullanımı	Bıraktım	23 (5,6)
	Evet, kullanıyorum	56 (13,7)
	Hayır, kullanmıyorum	330 (80,7)
Hastaneye bir yılda başvurma sıklığı	2 veya daha az	99 (24,2)
	3-5 Kez	139 (34)
	6-8 Kez	66 (16,1)
	9 veya daha fazla	105 (25,7)
Hane halkı içerisinde veya Yakın çevrede (akraba, arkadaş) sağlık çalışanı	Evet	153 (37,4)
	Hayır	256 (62,6)
Vakit bulunduğu anda aktivite yapma	Hayır	212 (51,8)
	Evet	197 (48,2)
İstenilen zamanda internete erişim imkânı	Evet	344 (84,1)
	Hayır	65 (15,9)
Günde ortalama internette dolaşma süresi	1 saatten az süre	135 (33)
	1-3 saat arası süre	142 (34,7)
	3-5 saat süre geçirme	73 (17,8)
	5 saatten fazla süre	59 (14,4)
TV karşısında günde ortalama kaç geçirilen süre	1 saatten az izleme	123 (30,1)
	1-3 saat arası izleme	163 (39,9)
	3-5 saat izleme	73 (17,8)
	5 saatten fazla izleme	50 (12,2)

4.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Özellikleri

Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanların sınıflaması incelendiğinde; %57'sinin (n=233) yetersiz, %30,2'sinin (n=124) sorunlu-sınırlı, %10,8'inin (n=44) yeterli, %2'sinin (n=8) mükemmel sağlık okuryazarlığı olduğu görülmüştür (Tablo 5, Şekil 2).

Tablo 5. Türkiye SOY Toplam Puan Sınıflarının Dağılımı

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı	n (%)
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı (0-25 puan)	233 (57,0)
Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı (>25-33 puan)	124 (30,3)
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı (>33-42 puan)	44 (10,8)
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı (>42-50 puan)	8 (2,0)



Şekil 2. TSOY-32 Ölçeği Toplam Puan Sınıflamasının Dağılımı

Araştırmaya katılanların TSOY-32 Ölçeği **Tedavi ve Hizmet** temel boyutundan aldıkları ortalama puanlar değerlendirildiğinde; “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma” alt boyut ortalama 18,71±11,97 puan, “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama” ortalama 20,78±12,07 puan, “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme” ortalama 18,97±10,69 puan, “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama” ortalama 30,32±11,14 puandır. Katılımcıların Tedavi ve Hizmet ana boyutundan aldıkları toplam puanlar ortalama 22,20±10,48’dir. Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği **Hastalıklardan Korunma** temel boyutundan aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde; “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma” alt boyut ortalama 20,97±10,79 puan, “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama” ortalama 23,84±11,27 puan, “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme” ortalama 20,91±10,90 puan, “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama” ortalama 24,83±9,92 puandır. Katılımcıların Hastalıklardan Korunma ana boyutundan aldıkları toplam puanlar ortalama 22,64±9,96’dir. Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanla ortalama 22,42±9,82’dir (Tablo-6).

Tablo 6. TSOY-32 Ölçeği İç Tutarlılıklarının İncelenmesi

	Soru Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Tedavi ve Hizmet			
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	4	18,71±11,97	16,7 (0-50)
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	4	20,78±12,07	20,8 (0-50)
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	4	18,97±10,69	16,7 (0-50)
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	4	30,32±11,14	33,3 (0-50)
Tedavi ve Hizmet Toplam Puan	16	22,20±10,48	22,9 (0-50)
Hastalıklardan Korunma			
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	4	20,97±10,79	20,8 (0-45,8)
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	4	23,84±11,27	25 (0-50)
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	4	20,91±10,90	20,8 (0-50)
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	4	24,83±9,92	25 (0-45,8)
Hastalıklardan Korunma Toplam Puan	16	22,64±9,96	22,9 (0-44,8)
Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Toplam Puan	32	22,42±9,82	22,7 (0-45,3)

4.3. Sağlık Okuryazarlığı Genel-Alt Boyut Ölçek İndeks Puanlarının Sosyo-Demografik Değişkenlerle Karşılaştırması

Katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması Tablo 7 ve Tablo 8’da verilmiştir.

Tablo 7. TSOY-32 Ölçeğinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

		Tedavi ve Hizmet		Hastalıklardan Korunma		Toplam Puan	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Cinsiyet	Kadın					22,1	(0-
		22,32±10,34	22,4 (0-46,9)	22,51±10,03	20,8 (0-44,8)	22,41±9,83	44,8)
	Erkek					22,9	(0,5-
		22,14±10,57	22,9 (0-50)	22,7±9,94	23,6 (0-43,8)	22,42±9,83	45,3)
<i>p</i>		^a 0,870		^a 0,855		^a 0,996	
Öğrenim durumu	İlkokul ve altı	16,68±8,68	16,7 (0-38,5)	17,52±8,56	17,2 (1,4-36,5)	17,10±8,10	17 (0,7-33,3)
	Ortaokul	22,03±7,76	22,9 (1-39,6)	22,27±7,48	21,9 (7,6-40,6)	22,15±7,25	21,9 (9,7-36,5)
	Lise	25,96±7,69	28,1 (3,1-39,6)	25,76±7,28	27,1 (5,2-39,6)	25,86±6,80	27,1 (4,2-38)
	≥Üniversite	31,48±8,11	31,8 (0-50)	31,34±7,63	32,3 (0-44,8)	31,41±7,35	31,3 (0-45,3)
<i>p</i>		^b 0,001**		^b 0,001**		^b 0,001**	
Gelir	Asgari ücret	19,11±10,28	19,8 (0-39,6)	19,84±9,65	19,8 (0-37,5)	19,48±9,59	19,3 (0-37)
	<Asgari ücret						17,7 (0,5-
		16,69±9,62	15,6 (1-34,4)	18,06±9,02	17,7 (0-36,5)	17,38±8,82	33,3)
	>Asgari ücret				27,1 (1,4-		27,1 (3,3-
		26,05±9,38	27,6 (3,1-50)	25,97±9,31	44,8)	26,01±8,9	45,3)
<i>p</i>		^b 0,001**		^b 0,001**		^b 0,001**	
Sağlık güvencesi	Evet					23,6	(0-
		22,86±10,41	22,9 (0-50)	23,28±9,82	23,3 (0-44,8)	23,07±9,71	45,3)
	Hayır					19,5	(0,5-
		19,54±10,41	19,8 (1-38,5)	20,05±10,15	20,8 (0-39,6)	19,8±9,89	38)
<i>p</i>		^a 0,010*		^a 0,008**		^a 0,007**	
Medeni durum	Bekar					29,2	(0-
		27,61±8,55	29,5 (0-43,8)	27,5±8,71	28,1 (0-44,8)	27,55±8,15	42,7)
	Dul/Boşanmış				18,2 (1,4-		15,4 (2,3-
		15,20±9,66	15,6 (1-32,3)	18,01±9,28	36,5)	16,60±8,97	31,8)
	Evli					21,4	(0,5-
		21,55±10,43	21,9 (0-50)	21,91±9,91	20,8 (0-44,8)	21,73±9,78	45,3)

	<i>p</i>	^b 0,001**		^b 0,001**		^b 0,001**	
Çocuk varlığı	Evet	20,24±10,14	20,1 (0-50)	21,01±9,66	20,8 (0-42,7)	20,62±9,49	20,6 (0,5-45,3)
	Hayır	28,15±9,21	29,2 (0-46,9)	27,61±9,19	28,1 (0-44,8)	27,88±8,77	29,2 (0-44,8)
	<i>p</i>	^a 0,001**		^a 0,001**		^a 0,001**	

^aStudent-t Test ^bOne-Way ANOVA Test & Dunn-Bonferroni Test
 ***p*<0,01 **p*<0,05

Cinsiyetlere göre;

Cinsiyetlerine göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet”, “Hastalıklardan Korunma” alt boyutundan aldıkları puanlar ve TSOY-32 ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

Öğrenim durumlarına göre;

Öğrenim durumlarına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (*p*=0,001; *p*<0,01). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilkokul mezunu olanların alt boyuttan aldıkları puanlar, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri mezunlarından anlamlı düşüktür (*p*=0,001; *p*<0,01). Üniversite mezunlarının alt boyuttan aldıkları puanlar, lise ve ortaokul mezunlarından anlamlı yüksektir (*p*=0,001; *p*<0,01).

Öğrenim durumlarına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Hastalıklardan Korunma” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (*p*=0,001; *p*<0,01). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilkokul mezunu olan katılımcıların alt boyuttan aldıkları puanlar ortaokul, lise, üniversite ve üzeri mezun olanlardan anlamlı düşüktür (*p*=0,001; *p*<0,01). Üniversite mezunlarının alt boyuttan aldıkları puanlar, lise ve ortaokul mezunlarından anlamlı yüksektir (*p*=0,001; *p*<0,01).

Öğrenim durumlarına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (*p*=0,001; *p*<0,01). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda;

ilkokul mezunu olan katılımcıların alt boyuttan aldıkları puanlar ortaokul, lise, üniversite ve üzeri mezun olanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p<0,01$). Üniversite mezunlarının alt boyuttan aldıkları puanlar, lise ve ortaokul mezunlarından anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$).

Gelir durumlarına göre;

Gelir durumlarına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; asgari ücretin üstünde geliri olanların alt boyuttan aldıkları puanlar, asgari ücret ve altında alanlardan anlamlı yüksek çıkmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Gelir durumlarına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Hastalıklardan Korunma” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; asgari ücretin üstünde geliri olanların alt boyuttan aldıkları puanlar, asgari ücret ve altında alanlardan anlamlı yüksek çıkmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Gelir durumlarına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; asgari ücretin üstünde geliri olanların alt boyuttan aldıkları puanlar, asgari ücret ve altında alanlardan anlamlı yüksek çıkmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Sağlık güvencesine göre;

Sağlık güvencesi olan katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet”, “Hastalıklardan Korunma” alt boyutundan aldıkları puanlar ve ölçekten aldıkları toplam puanlar, sağlık güvencesi olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,010$; $p=0,008$; $p=0,007$; $p<0,05$).

Medeni durumlarına göre;

Medeni durumlarına göre TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet” alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; bekâr olanların alt boyuttan aldıkları puanlar, dul-boşanmış ve evli olanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Evli olanların aldıkları puanlar dul-boşanmış olanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,005$; $p<0,01$).

Medeni durumlarına göre TSOY-32 Ölçeği “Hastalıklardan Korunma” alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; bekâr olanların alt boyuttan aldıkları puanlar, dul-boşanmış ve evli olanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Evli olanların aldıkları puanlar, dul-boşanmış olanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,006$; $p<0,01$).

Medeni durumlarına göre TSOY-32 Ölçeğinden alınan toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; bekâr olanların alt boyuttan aldıkları puanlar, dul-boşanmış ve evli olanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Evli olanların aldıkları puanlar, dul-boşanmış olanlardan anlamlı yüksektir ($p=0,019$; $p<0,05$).

Çocuk varlığına göre;

Çocuğu olmayan katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet”, “Hastalıklardan Korunma” alt boyutundan aldıkları puanlar ve ölçekten aldıkları toplam puanlar, çocuğu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 8. TSOY-32 Ölçeğinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması-2

		Tedavi ve Hizmet		Hastalıklardan Korunma		Toplam Puan	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Okuma akışkanlığı	Düzenli	26,60±9,42	28,1 (1-43,8)	26,68±8,46	27,1 (6,6-44,8)	26,64±8,46	28 (6,8-42,7)
	Hiç	18,01±10,03	17,7 (0-44,8)	19,10±10,03	17,7 (0-44,8)	18,55±9,59	18,1 (0,5-44,8)
	Nadiren	24,66±9,82	25 (0-50)	24,54±9,30	25 (0-43,8)	24,60±9,18	25,5 (0-45,3)
	<i>p</i>	^b 0,001**		^b 0,001**		^b 0,001**	
Kronik hastalık	Evet	18,89±10,5	18,8 (0-43,8)	19,52±9,81	19,8 (0-44,8)	19,21±9,74	19,3 (0,5-42,7)
	Hayır	25,24±9,53	25 (0-50)	25,50±9,22	26 (0-44,8)	25,37±8,94	27,1 (0-45,3)
	<i>p</i>	^a 0,001**		0,001**		0,001**	
Sigara	Bırakmış	22,35±10,46	22,4 (2,1-42,7)	22,14±10,22	21,9 (1,4-39,6)	22,24±10,04	22,1 (1,7-39,6)
	Evet	21,83±10,27	21,9 (0-50)	22,06±9,44	20,8 (0-44,8)	21,94±9,41	21,4 (0-45,3)
	Hayır	22,42±10,69	24 (0-45,8)	23,22±10,25	24,3 (0-44,8)	22,82±10,07	24,5 (0,5-44,8)
	<i>p</i>	^b 0,869		^b 0,514		^b 0,709	
Alkol	Bırakmış	20,88±9,63	21,5 (0-37,5)	21,48±9,95	20,8 (1,4-36,5)	21,18±9,47	21,4 (0,7-36,5)
	Evet	23,75±9,03	23,4 (0-40,6)	23,51±9,09	21,9 (0-44,8)	23,63±8,64	24,6 (0-42,7)
	Hayır	22,02±10,77	22,9 (0-50)	22,57±10,11	22,9 (0-44,8)	22,3±10,03	22,7 (0,5-45,3)
	<i>p</i>	^b 0,433		^b 0,688		^b 0,533	
Hastaneye bir yılda başvurma sıklığı	≤2	24,44±10,41	25 (0-45,8)	24,78±10,25	23,3 (0-44,8)	24,61±9,88	25,2 (0-44,8)
	3-5 kez	22,94±10,26	24 (1-46,9)	23,11±9,28	24 (1,4-44,8)	23,02±9,33	24 (2,3-44,8)
	6-8 kez	20,68±10,52	22 (0-40,6)	21,95±9,99	20,8 (1,4-41,7)	21,31±9,93	21,9 (0,7-41,1)
	≥9	20,05±10,42	20,8 (0-50)	20,42±10,16	20,8 (0-40,6)	20,24±9,92	21,2 (0,5-45,3)
	<i>p</i>	^b 0,011*		^b 0,015*		^b 0,009*	
Yakın çevrede sağlık çalışanı	Evet	27,18±9,80	28,1 (0-50)	26,33±9,50	28,1 (0-44,8)	26,76±9,27	28,1 (0-45,3)
	Hayır	19,22±9,74	19,8 (0-40,6)	20,43±9,57	19,8 (0-42,7)	19,82±9,22	19,7 (0,5-39,6)
	<i>p</i>	^a 0,001**		^a 0,001**		^a 0,001**	
Vakit bulunduğunda aktivite yapma	Hayır	17,34±9,62	16,7 (0-40,6)	18,24±9,36	17,7 (0-42,7)	17,79±9,02	17,4 (0,5-39,6)
	Evet	27,42±8,72	28,1 (0-50)	27,37±8,27	28,1 (0-44,8)	27,40±8,05	28,1 (0-45,3)
	<i>p</i>	^a 0,001**		^a 0,001**		^a 0,001**	
Günde ortalama internette dolaşma süresi	<1 saat	16,2±11,16	13,5 (0-43,8)	17,48±10,92	16,7 (0-41,7)	16,84±10,68	15,6 (0,5-42,2)
	1-3 saat	24,16±9,03	25 (0-46,9)	24,25±8,21	24 (0-41,7)	24,2±8,16	25 (0-43,2)
	3-5 saat	26,65±8,61	26 (7,6-50)	26,49±8,82	27,1 (9-44,8)	26,57±8,15	26,6 (12,2-45,3)
	>5 saat	25,67±8,04	27,1 (3,1-42,7)	25,79±7,99	27,1 (5,2-44,8)	25,73±7,57	27,1 (4,2-42,7)
	<i>p</i>	^b 0,001**		^b 0,001**		^b 0,001**	
TV karşısında günde ortalama kaç geçirilen süre	<1 saat	26,75±8,95	27,1 (0-46,9)	26,71±8,65	27,1 (0-44,8)	26,73±8,43	27,6 (0-43,2)
	1-3 saat	21,87±10,08	21,9 (0-50)	22,45±9,51	20,8 (2,1-44,8)	22,16±9,29	20,8 (2,1-45,3)
	3-5 saat	19,64±10,54	21,9 (1-42,7)	20,45±9,86	20,8 (1,4-39,6)	20,05±9,85	19,8 (1,2-39,6)
	>5 saat	15,81±10,61	14,6 (0-39,6)	16,42±10,42	16,7 (0-35,4)	16,11±10,11	15,5 (0,5-35,9)
	<i>p</i>	^b 0,001**		^b 0,001**		^b 0,001**	

^aStudent-t Test ^bOne-Way ANOVA Test & Dunn-Bonferroni Test

**p<0,01

*p<0,05

Okuma alışkanlığına göre;

Okuma alışkanlığına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; hiç okumayanların alt boyuttan aldıkları puanlar, düzenli okuyanlardan ve nadiren okuyanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Okuma alışkanlığına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Hastalıklardan Korunma” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; hiç okumayanların alt boyuttan aldıkları puanlar, düzenli okuyanlardan ve nadiren okuyanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Okuma alışkanlığına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; hiç okumayanların alt boyuttan aldıkları puanlar, düzenli okuyanlardan ve nadiren okuyanlardan anlamlı düşüktür ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Kronik hastalık varlığına göre;

Kronik hastalığı olmayanların TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet”, “Hastalıklardan Korunma” alt boyutundan aldıkları puanlar ve ölçekten aldıkları toplam puanlar, kronik hastalığı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Sigara kullanma durumuna göre;

Sigara kullanma durumuna göre TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet”, “Hastalıklardan Korunma” alt boyutundan aldıkları puanlar ve ölçekten aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Alkol kullanma durumuna göre;

Alkol kullanma durumuna göre TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet”, “Hastalıklardan Korunma” alt boyutundan aldıkları puanlar ve ölçekten aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hastaneye bir yılda başvurma sıklığına göre;

Hastaneye bir yılda başvurma sıklığına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2 kez ve daha az başvuranların alt boyuttan aldıkları puanlar, 9 kez ve daha fazla başvuranlardan anlamlı yüksektir ($p=0,016$; $p<0,05$).

Hastaneye bir yılda başvurma sıklığına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Hastalıklardan Korunma” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2 kez ve daha az başvuranların alt boyuttan aldıkları puanlar, 9 kez ve daha fazla başvuranlardan anlamlı yüksektir ($p=0,010$; $p<0,05$).

Hastaneye bir yılda başvurma sıklığına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2 kez ve daha az başvuranların alt boyuttan aldıkları puanlar, 9 kez ve daha fazla başvuranlardan anlamlı yüksektir ($p=0,009$; $p<0,05$).

Yakın çevrede sağlık çalışanı olma durumuna göre;

Yakın çevrede sağlık çalışanı olan katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet”, “Hastalıklardan Korunma” alt boyutundan aldıkları puanlar ve ölçekten aldıkları toplam puanlar, sağlık çalışanı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Vakit bulunduğunda aktivite yapma durumuna göre;

Vakit bulunduğunda aktivite yapan katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet”, “Hastalıklardan Korunma” alt boyutundan aldıkları puanlar ve ölçekten aldıkları toplam puanlar, aktivite yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Günde ortalama internette dolaşma süresine göre;

Günde ortalama internette dolaşma süresine göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 saatten az internette dolaşanların alt boyuttan aldıkları puanlar, 1-3 saat arası, 3-5 saat arası ve 5 saatten fazla internette dolaşanlardan anlamlı düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Günde ortalama internette dolaşma süresine göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Hastalıklardan Korunma” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 saatten az internette dolaşanların alt boyuttan aldıkları puanlar, 1-3 saat arası, 3-5 saat arası ve 5 saatten fazla internette dolaşanlardan anlamlı düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Günde ortalama internette dolaşma süresine göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 saatten az internette dolaşanların alt boyuttan aldıkları puanlar, 1-3 saat arası, 3-5 saat arası ve 5 saatten fazla internette dolaşanlardan anlamlı düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

TV karşısında günde ortalama geçirilen süreye göre;

TV karşısında günde ortalama geçirilen süreye göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 saatten az TV karşısında vakit geçirenlerin alt boyuttan aldıkları puanlar, 1-3 saat arası, 3-5 saat arası TV karşısında vakit geçirenlerden anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). 5 saat ve üzeri TV karşısında vakit geçirenlerin alt boyuttan aldıkları puanlar, 1-3 saat arası TV karşısında vakit geçirenlerden anlamlı düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

TV karşısında günde ortalama geçirilen süreye göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeği “Hastalıklardan Korunma” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 saatten az TV karşısında vakit geçirenlerin alt boyuttan aldıkları puanlar, 1-3 saat arası, 3-5 saat arası TV karşısında vakit geçirenlerden anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

TV karşısında günde ortalama geçirilen süreye göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bu farkın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 saatten az TV karşısında vakit geçirenlerin alt boyuttan aldıkları puanlar, 1-3 saat arası, 3-5 saat arası TV karşısında vakit geçirenlerden anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). 5 saat ve üzeri TV karşısında vakit geçirenlerin alt boyuttan aldıkları puanlar, 1-3 saat arası TV karşısında vakit geçirenlerden anlamlı düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

TSOY-32 Ölçeğinin Yaş, BKİ ilişkisi Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. TSOY-32 Ölçeği ile Yaş, BKİ ilişkisi

	Yaş		BKİ	
	r	p	r	p
Tedavi ve Hizmet	-0,412	0,001**	-0,280	0,001**
Hastalıklardan Korunma	-0,392	0,001**	-0,294	0,001**
Toplam Puan	-0,417	0,001**	-0,302	0,001**

r: Spearman Correlation Test

***p<0,01*

Yaş için;

Katılımcıların yaşları ile TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel olarak zayıf ilişki bulunmuştur ($r=-0,412$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Katılımcıların yaşları ile TSOY-32 Ölçeği “Hastalıklardan Korunma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel olarak zayıf ilişki bulunmuştur ($r=-0,392$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Katılımcıların yaşları ile TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel olarak zayıf ilişki bulunmuştur ($r=-0,417$; $p=0,001$; $p<0,01$).

BKİ değerleri için;

Katılımcıların BKİ değerleri ile TSOY-32 Ölçeği “Tedavi ve Hizmet” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel olarak zayıf ilişki bulunmuştur ($r=-0,280$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Katılımcıların BKİ değerleri ile TSOY-32 leği “Hastalıklardan Korunma” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel olarak zayıf ilişki bulunmuştur ($r=-0,294$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Katılımcıların BKİ değerleri ile TSOY-32 leğinden aldıkları toplam puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel olarak zayıf ilişki bulunmuştur ($r=-0,302$; $p=0,001$; $p<0,01$).



5. TARTIŞMA

Bu bölümde aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri ve bu seviyelere etki eden faktörler literatür verileriyle tartışılmıştır.

Çalışmamız, anketi gönüllü olarak cevaplayan 409 katılımcı üzerinde yapılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $42,86 \pm 14,09$ olarak tespit edildi. Katılımcıların %67,2'si (n=275) kadındı. Bunun sebebini aile sağlığı merkezlerine genelde kadınların başvurusu ile kadınların erkeklere oranla bu tarz çalışmalarda daha fazla gönüllü olmasıyla açıklayabiliriz. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında %38,4'ü ilkokul mezunu ve altı (n=157), %19,8'i ortaokul mezunuydu (n=81). Bu sonucun ortaya çıkmasında ise araştırmanın yapıldığı eğitim aile sağlığı merkezinin bulunduğu yerin sosyo-kültürel ve demografik özelliklerinden kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların sağlık okur yazarlığı puan ortalaması $22,42 \pm 9,82$ 'dir. Katılımcıların %57'si (n=233) yetersiz, %30,2'si (n=124) sorunlu-sınırlı, %10,8'i (n=44) yeterli, %2'si (n=8) mükemmel SOY seviyesine sahiptir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında %12'si yetersiz SOY gösterdi ve neredeyse 2 kişiden 1'i yaklaşık %47'sinin sınırlı (sorunlu) sağlık okuryazarlığına, %36'sının yeterli ve %16'sının ise mükemmel SOY'a sahip olduğu ortaya çıkmıştır (6). Williams ve arkadaşlarının acil servise başvuran, 1892 İngilizce konuşan ve 767 İspanyolca konuşan, toplam 2659 hasta ile yaptıkları çalışmada kişilerin 1106'sı (%41.6) aç karnına iken ilaç alma talimatlarını anlayamadığı, 1582'si (%59.5) bir sonraki randevunun ne zaman planlandığına ilişkin bilgileri anlayamadığı belirtilmiş olup İngilizce konuşan 1892 hastanın toplam 665'i (%35.1) ve İspanyolca konuşan 767 hastanın 473'ü (%61.7) yetersiz fonksiyonel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (53).

Şangay'da 1360 kişi ile yapılmış bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı yaygınlığı %84,49 olarak hesaplanmıştır (54). Almanya'da da yapılmış iki ayrı çalışmada ise sırasıyla katılımcıların sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %54,3'ü ile %38,11 olarak hesaplanmıştır (55,56).

Katalonya’da (İspanya) 2059 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada ise diğer çalışmalardan farklı olarak katılımcıların %84,6’sının yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu görülmüştür (57). İngiltere’de 1042 katılımcı ile yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %48’i yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu görülmüştür (58).

Ülkemizde, Tanrıöver ve arkadaşlarınca 2014 senesinde 4.924 kişiyle gerçekleştirilen Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini (SOYA-AB-Q47) kullanarak yaptıkları Türkiye SOY Çalışmasında, katılımcıların %24,5’nin yetersiz ve %40,1’inin ise sorunlu SOY kategorisinde olduğunu bildirilmiştir (27). Okyay ve Abacıgil’in 2016 yılında TSOY-32 ölçeği kullanılarak 400 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada toplam indeks puanı 29,5 (Güven aralığı: 28,8-30,3) olup katılımcıların %27,2’sinin yetersiz ve %42,2’sinin sınırlı SOY kategorisinde bulunmuştur (48).

2019 yılında yapılan bir başka araştırmada sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında yetersiz ve sınırlı olanların toplam nüfusun yaklaşık 2/3’ünü oluşturduğu (%30,9’unun yetersiz, %38,0’inin sınırlı), yeterli ve mükemmel kategorisinde olanların daha düşük (%23,4’ünün yeterli, %7,7’sinin mükemmel) SOY seviyesinde olduğu tespit edilmiştir (59). Ersin ve Şahan’ın yaptıkları araştırmalarında katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi sırasıyla %96,1 ile %86,9 yetersiz-sorunlu gelmiştir (60,61). Bu yönüyle çalışmamız yurtdışında yapılan bazı çalışmalarla (53,54) ve yurtiçinde yapılan çalışmalarla (27,48,59-61) uyumlu çıkmıştır. Yurtdışında yapılan bazı çalışmalardan farklı çıkmıştır (55-57). Bu farklılığın sebebi çalışmaların yapıldığı ülkelerin sosyo-kültürel ve demografik farklılıklarıyla açıklanabilir.

Düşük sağlık okuryazarlığının, ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın sadece ülkemizde değil, dünya genelinde bir sorun olduğu dikkat çekmektedir.

Çalışmaya katılanların yaşları 18-65 arasında değişmekte olup, ortalama yaş $42,86 \pm 14,09$ ’dur. Katılımcıların yaşları ile TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel olarak zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. Katılımcıların yaşları yükseldikçe, SOY düzeyleri azalmaktadır. Berens ve arkadaşlarının 2014 senesinde, Almanya’da 1946 kişiyle yaptıkları araştırmada yaşın arttıkça, yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığının daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir (62).

Coman ve ark.'nın Romanya'nın Kuzey-Batı Bölgesi'nde 2019 senesinde, 1.622 katılımcı üzerinde yapılan çalışmada yaşlıların daha düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını bildirmişlerdir (63). Yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında ülkemizde ve yurt dışında yapılan birçok çalışmada aralarında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (6,27, 64).

Yaş artışıyla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyindeki azalma, yaşa bağlı bilişsel fonksiyonlarda azalmaya ve unutkanlığa bağlı olabilir. Ayrıca ileri yaş grubunun eğitim seviyesinin düşük olması da etki etmiş olabilir.

Çalışmamızda cinsiyetlerine göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Literatürde cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde Türkiye'de yapılan bir çalışmada, toplam TSOY düzeyleri açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (48). Çin'de yapılmış araştırmada cinsiyetler arasında fark olmadığı tespit edilmiştir (54). Çalışmamızdan farklı olarak Temel Bayık ve Çimen'in çalışmasında cinsiyet ile SOY ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında fark saptanmış, kadınların SOY puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (65). Literatürlerde SOY düzeylerinin erkeklerde yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (27,66).

Literatürde cinsiyet ve SOY seviyeleri karşılaştırmalarının farklı sonuçlar vermesi, kadın veya erkek cinsiyet ile SOY seviyeleri arasındaki ilişkinin değişken olduğunu düşündürmektedir. Ülkemizde yapılan Türkiye SOY araştırmalarında (27, 67) kadınların SOY seviyesinin erkeklere göre düşük olması, kadınların okuma yazma ve eğitim düzeylerinin daha düşük olması ile açıklanabilir. Yaptığımız çalışma gibi kadın ve erkek katılımcıların benzer düzeyde eğitim aldığı çalışmalarda cinsiyet ve SOY seviyeleri açısından anlamlı bir fark olmaması da bu sonuçları desteklemektedir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça SOY ortalama puanları da artmaktaydı. Eğitim ile SOY arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yine çalışmamıza benzer şekilde ülkemizde ve yurtdışında yapılan birçok araştırmada eğitim düzeyiyle SOY seviyesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (6,27, 48, 68, 69).

Shi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da çalışan eğitimli bireylerin SOY düzeyleri yüksek çıkmıştır (70).

Yaprak ve Çaylan'ın Edirne'de yürüttükleri çalışmanın sonucuna göre; eğitim düzeyi arttıkça SOY seviyesi de artmaktadır (71). Aynı şekilde, Tiraki ve Yılmaz'ın beraber yürüttüğü çalışmanın sonuçlarına göre; kadınların yaşı ilerledikçe, SOY seviyeleri düşmektedir (72). Uluslararası literatürde ise; Paasche Orlow tarafından yürütülen SOY çalışmasında, okul seviyeleri ile düşük SOY seviyeleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (73).

Sağlık okuryazarlığının, okuryazarlıkla ve bilişsel fonksiyonlarla birebir ilişkili bir kavram olduğu düşünüldüğünde, eğitim düzeyi yükseldikçe SOY seviyesinin de yükselmesi beklenen bir sonuçtur. Eğitim düzeyi yükseldikçe kişiler sağlıkları ile ilgili merak ettikleri bilgiye daha iyi ulaşip anlayabildiği için eğitim arttıkça SOY düzeyinin artması beklenen bir sonuçtur.

Gelir durumlarına göre katılımcıların TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; asgari ücretin üstünde olanların, geliri asgari ücret (5500 TL) ve altında alanlardan anlamlı yüksek çıkmıştır (74).

Çin'de yapılan bir çalışmada (75) ve Güven'in çalışmasında (76) gelir düzeyi arttıkça SOY seviyelerinin arttığı istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Yine Heijmans ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise gelir durumu ile SOY arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (77). Duman, Nacar ve ark. araştırmalarında da aile ve katılımcıların gelir düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlığı seviyelerinin arttığı tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. (78,79). Maricic ve ark.'nın yaptıkları çalışmada geliri az olan bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerini daha düşük olarak bildirmiştir (80). Garcia Codina ve ark.'nın 2433 kişiyle sağlık okuryazarlığının belirleyicilerini ölçtükleri çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olanların SOY düzeylerini daha düşük olarak bildirmiştir (57). Araştırmamızın sonuçları mevcut çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Gelir düzeyi düşük olan bireylerin, sağlık imkanlarına erişimleri, bu imkanlardan faydalanma durumları ve sağlıkla ilgili bilgi alabilecekleri kaynakları kısıtlı olduğundan SOY seviyelerinin düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda sağlık güvencesi olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Şen Uğur ve Erbay Dünder'in, Ayaz Alkaya ile Öztürk'ün çalışmalarında da bizim çalışmamıza benzer şekilde sağlık güvencesi olanların SOY düzeyi daha yüksek bildirilmiştir (81,82). Doğan ve Koçak'ın yaptıkları bir çalışmada sağlık güvencesi olmayanların TSOY-32 toplam ölçek puanların daha yüksek olduğu bildirilmiştir (83). Doğan ve Koçak'ın çalışmasındaki bu farklılık sağlık güvencesinin alt gruplarıyla, yeşil kart sahiplerinin ayrı birer grup olarak değerlendirilmesinden ve yeşil kartlıların gelir düzeyinin düşük olmasından kaynaklanmış olabilir.

Sosyal güvencenin olması sağlık hizmetlerine ulaşmayı ve sağlık hizmetlerinden yararlanımı kolaylaştıran bir faktör olarak düşünülebilir. Bu nedenle sosyal güvencesi olan bireylerin SOY seviyesinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Katılımcıların %75,3'ü evli, %17,8'i bekar, %6,8'i boşanmış olarak bulundu. Bekarların sağlık okuryazarlığı ortalamaları, evlilerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kaya'nın yürüttüğü çalışmanın sonucuna göre; bekar bireylerin SOY düzeyi, evli olan bireylerin SOY düzeyinden daha yüksek bulunmuştur (84). Naser Ghasemi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bu çalışmaya benzer olarak evli bireylerin SOY puanı düşük olarak bulunmuştur (85). Temel Bayık ve Çimen'in çalışmasında evli katılımcıların SOY puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (65).

Bu sonucun ortaya çıkmasında bekarların evli olanlara göre daha düşük yaş ortalamasına sahip olmasının etkili olduğu düşünülebilir. Tamamlanan bu çalışma ile, literatürde incelenen diğer çalışmaların sonuçlarının birbiri ile örtüştüğü görülmüştür.

Çalışmamızda çocuğu olmayan evli bireylerin SOY puan ortalamaları çocuğu olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda, katılımcıların çocuk sayısı arttıkça SOY indeksi değerleri azalmıştır. Ankara’da emziren annelerin sağlık okuryazarlığı seviyelerini ölçmek için yapılan bir araştırmada, bir çocuk sahibi annelerin SOY puanlarının, 2 ve daha çok çocuk sahibi olan annelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (86). Manisa’da Aile Sağlığı Merkezi’ne başvuranlar arasında yapılan araştırmada, üç ve daha fazla çocuğu olanların genel SOY ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur (87).

Bu durum yeni evli bireylerin yaşlarının daha düşük olmasıyla açıklanabilir. Henüz çocuk sahibi olmayan bireylerin günümüz teknoloji çağında özellikle internette sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma kolaylığı, sağlık okuryazarlığını etkiliyor olabilir.

Katılımcıların kronik hastalıklarının bulunup bulunmamasına göre sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu durumda, kronik hastalığı bulunmayanların sağlık okuryazarlığı ortalamaları, kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık okuryazarlığı ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kronik hastalıkların varlığıyla sağlık okuryazarlığı sonuçları ile ilgili pek çok sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, Yaprak ve Çaylan’ın Edirne ilinde yürüttükleri araştırmada; kronik hastalık sayısının artmasıyla, SOY düzeyinin düştüğü bulunmuştur (72). Uluslararası literatürde ise, Davis’in yürüttüğü bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığının kronik hastalıklarla ilişkili olduğu, Sadeghi tarafından yürütülen bir çalışmada; kronik hastalığa sahip olan bireylerin SOY düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir (41, 88). Heijmans ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada kronik hastalık sayısı arttıkça SOY puanı düşmektedir (77). Ülkemiz genelinde ve Erzurum’da yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlık seviyesi düşük bulunmuştur (59, 89).

Yaşam tarzına bağlı gelişen, önlenabilir kronik hastalıkların, doğru sağlık bilgisine ulaşma ve ulaştığı bilgiyi kullanma, değerlendirmesiyle önlenileceği göz önünde bulundurulduğunda, kronik hastalık varlığıyla yüksek SOY düzeyi arasındaki olağan ilişkiyi ortaya koyduğu düşünülmektedir.

Bu durum, herhangi bir kronik hastalığı olmayan bireylerin yaşlarının daha küçük ve eğitim seviyesinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Katılımcıların sigara kullanımları incelendiğinde; %48,7'sinin hiç içmediği, %35,7'sinin halen içtiği, %15,6'sının içip bıraktığı belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. SOY seviyesi düştükçe, sigara kullanma gibi riskli sağlık davranışı sergileme olasılığı artmaktadır. Tütün ürünlerinin kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiye bakıldığı bir çalışmada; sigara kullanan bireylerin, kullanmayan bireylere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (90). Yine sigara kullanımı ile sağlık okuryazarlığı seviyeleri kıyaslandığında Kendir ve arkadaşları (38), Atay ve arkadaşları (91) ile Çaylan ve arkadaşları (92) yaptıkları araştırmalarda SOY seviyeleriyle sigara tüketme durumu arasında herhangi bir ilişki saptamadıkları belirtilmiştir. Yunanistan'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada, sigara ve SOY seviyeleri arasında negatif bir ilişki bulunmuş (93).

Araştırmamızda ise sigara içme durumu ile SOY seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Farklı sonuçların çıkması çalışmanın yapıldığı katılımcı grupların ve çalışma yapılan bölgelerin sosyo-kültürel ve demografik farklılıkları sonuçları etkilemiş olabilir.

Katılımcıların alkol kullanımları incelendiğinde; %80,7'sinin hiç içmediği, %13,7'sinin halen içtiği, %5,6'sının içip bıraktığı belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Çaylan ve ark. toplum üzerine yaptıkları bir çalışmada katılımcıların SOY seviyeleriyle sigara, alkol kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (92). ABD'de yaşlı popülasyon üzerinde yapılan bir araştırmada sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz olan katılımcılardan sigara ve alkol kullanmayanların sıklığı sağlık okuryazarlığı seviyeleri yeterli olan gruba göre yüksek olduğu belirtilmiş ve istatistiki olarak aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur (94).

Çalışmamız Çaylan ve ark. çalışmaları ile benzerlik göstermekte, Wolf ve ark. çalışmasıyla farklılık göstermektedir.

Avrupa’da yapılan SOY araştırmasında ise alkol tüketimi SOY seviyeleriyle ilişkili bir risk faktörü olarak gösterilmiştir. Alkol tüketmeyen 3/4’ü, az miktarda alkol tüketen 1/3’ü yeterli-mükemmel SOY seviyesindedir. Bulgaristan, Yunanistan ile Polonya’da alkol tüketme ile yapılan korelasyon anlamlı çıkmış (95). Japonya’da yapılan bir araştırmada yeterli sağlık okuryazarlığı olan kişilerin %56.2’si hiç alkol tüketmezken, sadece %4.0’ı ağır düzeyde alkol tüketmektedir (96).

Bu durum araştırma grubunun gelir düzeyi, yaş, bölgesel ve sosyokültürel farklılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Katılımcıların, sağlık kurumlarına başvuru sayılarına bakıldığında; %34’ü yılda 3-5 kez herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğu, bunu sırasıyla %25,7 oranında 9 veya daha fazla kez başvuru, %24,2 oranında 2 kez veya daha az başvuru ve %16,1 oranında 6-8 kez başvuru sayılarının izlediği saptanmış olup hastaneye bir yılda başvurma sıklığına göre katılımcıların 2 kez ve daha az başvuranların sağlık okuryazarlık düzeyi, 9 kez ve daha fazla başvuranlardan anlamlı yüksek çıkmıştır. Yetersiz SOY düzeyinin koruyucu sağlık hizmetlerine katılımın düşmesine, bunun yanında tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanımda artışa ve dolayısıyla hem sağlık sisteminde gereksiz yüke hem de sağlık bakım maliyetlerinin artmasına neden olduğu bilinmektedir (97).

Düşük SOY pek çok farklı çalışmada gereksiz sağlık kurumlarına başvuruları ve kaçırılan randevu sıklığında artış ile ilişkilendirilmektedir (6,7,95).

Yetersiz SOY sonucu tedaviye uyumda azalma ve tedavide gecikme sonucunda sağlık kurumlarına başvuru sayısının artması kaçınılmazdır.

Aile bireyleri arasında sağlık çalışanı olması, sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi ve farkındalığı artırabilir. Çalışmamızda, yakın çevresinde (hane içerisinde veya akraba, arkadaş) sağlık çalışanı olan katılımcıların okuryazarlık düzeyi, sağlık çalışanı olmayanlardan daha yüksek saptanmıştır. Bir araştırmanın sonucuna göre ailesinde sağlık personeli olduğunu ifade eden kişilerde SOY seviyesinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (98).

Kavuncuoğlu'nun yaptığı çalışmada ailesinde sağlık profesyoneli olanların genel sağlık okuryazarlık seviyesi, yeterli-mükemmel olanların sıklığı (%49,8) ailesinde sağlık profesyoneli olmayanlara göre (%42,5) daha yüksek çıkmış ve katılımcıların hane içinde sağlık profesyoneli bulunma durumuna göre genel SOY seviyesi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmiştir (89). Güven'in bir çalışmasında ev içerisinde sağlık çalışanı bulunan katılımcıların sağlık okuryazarlık indeks puan ortalamaları, bulunmayan katılımcılara göre yüksek bulunmuş ve sonuçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (76). Araştırmamız literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Bu durum, bireylerin sağlık çalışanı olanlarla aynı evi/ortamı paylaşmaları sonucu sağlık konuları konuşuldukça zamanla ilgili konuda farkındalığın arttığı bunun da sağlık okuryazarlık seviyesini olumlu etkilediği şeklinde açıklanabilir.

Ayrıca bireylerin bilgiye ulaşmak için aile ve arkadaşlarından yararlanmaları, bu kişilerin toplumumuzda sosyal ağın önemli bir parçası olması ve genelde önemli bir bilgi alışverişi kaynağı olarak rol oynamaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların vakit bulduğunda herhangi bir aktivite (tiyatro/sinemaya gitmek, kitap okumak, konsere katılmak, resim veya görsel sanat sergisi gezmek, müze veya tarihi eser gezmek) yapanların sağlık okuryazarlık düzeyi, yapmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca katılımcıların okuma alışkanlıkları sorgulandığında düzenli veya nadiren kitap okuyanların, hiç kitap okumayanlara göre sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Düşük SOY, insanların sağlığını ve kişisel, sosyal ve kültürel gelişimini sınırlar, ayrıca bireysel SOY seviyesinin artmasını da doğrudan engelleyebilir (67).

Türkiye SOY seviyesiyle ilgili bir araştırmada son bir sene içerisinde en az bir kitap okuma durumlarına göre SOY seviyelerine bakıldığında kitap okuyanların SOY düzeylerinin yeterli-mükemmel olma oranının (%47,9) kitap okumayanlara (%21,9) göre daha yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (39).

TÜİK'in Zaman Kullanım Araştırması'na göre ülke genelinde 10 yaş ve üzeri bireyler, eğitim seviyelerine, aktivite ve gün içinde geçirdikleri süreye göre incelendiğinde birçok farklılık gözlemlendi. Sosyal hayat ve eğlence için geçirilen süre, öğrenimini tamamlamamış olanlar için 2 saat 24 dakika iken, ilkökul mezunları için bu süre 1 saat 51 dakika, ortaokul mezunları için 1 saat 44 dakika, lise mezunları için bu süre 1 saat 36 dakika, yüksekokul, fakülte, yüksek lisans/ doktora mezunları için ise 1 saat 29 dakika olarak saptanmış (99).

İstanbul'da veliler üzerinde yapılan bir çalışmada kitap okuma alışkanlığı olan velilerde olmayanlara göre SOY seviyesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (78). Chen ve ark. Eczacılık Fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmalarında müfredata eklenen sosyal ve kültürel faaliyetlerin her yıl düzenli uygulanmasının öğrencilerin SOY düzeylerini yükselttiği belirtilmiştir (100). Çalışmamız literatür bulgularıyla uyumluluk göstermektedir.

Sosyal ve kültürel aktivite yapma durumu yüksek gelir düzeyiyle ve yüksek eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu düşünüldüğünde vakit bulunduğunda herhangi bir aktivite yapanların sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek çıkması beklenebilir.

Katılımcıların TV karşısında günde ortalama geçirilen süreye göre, 1 saatten az TV karşısında vakit geçirenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi, 1-3 saat arası, 3-5 saat arası TV karşısında vakit geçirenlerden anlamlı yüksek çıkmıştır. Yine, 5 saat ve üzeri TV karşısında vakit geçirenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi, 1-3 saat arası TV karşısında vakit geçirenlerden anlamlı düşük saptanmış. Yapılan bir çalışmada ülkemizde dergi okuma yüzdesi %4; gazete okuma yüzdesi %22, televizyon izleme yüzdesi %94; radyo dinleme yüzdesi %25'lerde seyredirken kitap okuma yüzdesi % 4,5 olarak gerçekleşmektedir (101). Uğurlu'nun bir araştırmasında ise hastaların %75,2' sinin sağlık içerikli bilgilere radyo/TV'den eriştikleri belirlenmiştir (102). Bu durum, radyo ve televizyonun günlük haberler, siyasi ve sosyal olaylar hakkındaki bilgilerinin yanı sıra sağlık bilgilerinin de toplum genelinde yaymadaki işlevini göstermektedir.

RTÜK'ün 2006'da Kamuoyu, Yayın Araştırmaları ve Ölçme Dairesi Başkanlığı, "Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması – 1" adlı araştırmanın sonucuna göre düşük öğrenimliler orta öğrenimlilere göre, orta öğrenimliler de yüksek öğrenimlilere kıyasla daha çok TV izlemektedir. Bu çalışmada, radyo ve televizyon aracılığıyla günlük haberlere, siyasi ve sosyal olaylara ilişkin bilgilere "her zaman" erişen bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin, bu kaynakları daha az kullananlara ("çok az" ya da "hiçbir zaman" seçeneğini işaretleyenler) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (103). TÜİK tarafından 2015 senesinde yapılan Zaman Kullanım Araştırması'na göre bireylerin son 1 ay içinde boş zamanlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları serbest zaman ve kültürel etkinliklerin dağılımına bakıldığında; 10 yaş ve üzeri çocukların en çok yaptıkları etkinliklerin %94,6 ile televizyon izleme, %69,9 ile akraba ziyareti ve %55,7 ile arkadaş ziyareti olduğu görülmüştür (99).

Televizyon izleme oranının eğitim seviyesiyle ters orantılı olduğu düşünüldüğünde günlük televizyon başında geçirilen ortalama sürenin arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin düşmesi beklenen bir sonuçtur.

Katılımcıların günde ortalama internette dolaşma süreleri değerlendirildiğinde; 1 saatten az internette dolaşanların sağlık okuryazarlık düzeyi, 1-3 saat arası, 3-5 saat arası ve 5 saatten fazla internette dolaşanlardan anlamlı düşük saptanmıştır. Kobayashi ve ark. yaptığı kohort çalışmasında devamlı internet kullanan katılımcıların zaman içinde SOY puanlarındaki azalma kullanmayanlara göre daha az olduğu belirtilmiştir (43). Benzer tasarıma sahip kesitsel araştırmalarda, düşük sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip katılımcıların internet kullanım miktarlarının, yeterli sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip olanlara göre daha az olduğu gözlemlenmiştir (104, 105). Çalışmamız literatür bulgularıyla uyumluluk göstermektedir.

Teknolojideki hızlı gelişmeler, internetin popüleritesi ve buna paralel olarak kullanım oranlarındaki artış nedeniyle internet üzerinden sağlık bilgilerine erişimin hızlanması ve sağlık bilgileri dahil her türlü bilgiye kolay erişim, bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların BKİ değerleri ile TSOY-32 Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak zayıf bir negatif korelasyon bulunmuştur. Yetersiz SOY ve artmış BKİ konusunda yapılan bir çalışmada SOY ile Beden Kitle İndeksi (BKİ) arasında ilişki saptanmış olup sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça BKİ'nin azaldığı belirlenmiştir (105). Yapılan bir başka çalışmada SOY düzeyi yüksek olan kişilerin hayatları boyunca daha sağlıklı seçimler yaptıkları ve sağlıklı beslenmeye daha fazla önem verdikleri söyleniyor. (106).

Adewole ve ark. (2021)'nin adolesanlarla yaptıkları çalışmada obeziteli adolesanların obeziteye sahip olmayanlara göre daha düşük sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarına sahip oldukları bulunmuştur (108). Soylar ve Kadioğlu'nun yetişkin bireylerle yaptıkları çalışmaya göre; BKİ ve SOY düzeyi arasında belirgin bir ilişki mevcut olup, yetersiz düzeydeki sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireylerin BKİ'leri hafif kilolu ve obez olarak tespit edilmiştir (109).

Sağlıksız beslenme ve sedanter yaşam tarzının sonuçlarından biri olan obezite ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki, bu çalışma dahil, birçok çalışmayla ortaya konulmuştur.

Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler, daha sık sağlıksız seçimler yapıp, daha riskli davranışlar sergilendiği düşünüldüğünde, sağlık okuryazarlığının BKİ ile negatif yönlü ilişki içerisinde bulunması beklenen bir sonuçtur.

5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Araştırmamızda örneklemimizin sadece il sınırları içerisinde ve bir eğitim araştırma hastanesi eğitim aile sağlığı merkezinde yürütülmesi sebebiyle ülkemize genelleyebilmemiz açısından kısıtlılık göstermektedir.

Araştırmanın kesitsel yönünün kısıtlılığı dikkate alındığında ve koruyucu sağlık hizmeti almanın bir sağlık okuryazarlığı becerisi olduğu düşünüldüğünde, bu çalışmanın sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.

Güçlü Yönleri:

Çalışmamızda gündemde olan ve toplum sağlığını etkileyecek önemli bir konu ele alınmıştır.

Çalışmamız aile sağlığı merkezinde yapıldığından, sonuçlar aile hekimliği hasta popülasyonunu iyi yansıtmaktadır.

Tanımlayıcı yönü ile ülkemizdeki sağlık okuryazarlığı seviyesi, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ile ilgili literatüre katkı sağlayacaktır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

- ✓ Araştırmaya katılan 409 kişiden %67,2'si kadın, %32,8'i erkekti.
- ✓ Katılımcıların yaş ortalaması 42,86 olup yaş aralığı 18-65 arasında değişmektedir.
- ✓ Katılımcıların %75,3'ü evlidir.
- ✓ Katılımcıların %46,2'si çalışmamaktadır.
- ✓ Katılımcıların %47,9'unun kronik hastalığı vardır.
- ✓ Katılımcıların %41,8'i lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptir.
- ✓ Katılımcıların %25,7'si sağlık kurumuna yılda 9 defa veya daha fazla başvurmaktadır.
- ✓ Katılımcıların sadece %19,8'i düzenli kitap okuduğunu ifade etti.
- ✓ Katılımcıların günde 3 saatten fazla %30'u TV izlediğini ve %32,2'si internette dolaştığını ifade etti.
- ✓ Araştırma sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı puan ortalaması $22,42 \pm 9,82$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %57'si yetersiz(n=233), %30,2'si sorunlu- sınırlı(n=124), %10,8'i yeterli(n=44), %2'si mükemmel(n=8) sağlık okuryazarlığına sahiptir.
- ✓ Katılımcıların yaşları arttıkça, sağlık okuryazarlığı düzeyleri azalmaktadır.
- ✓ Katılımcıların eğitim düzeyi yükseldikçe, sağlık okuryazarlığı düzeyleri de yükselmektedir.
- ✓ Katılımcıların gelir düzeyi arttıkça, sağlık okuryazarlığı düzeyleri de artmaktadır.
- ✓ Sosyal güvence sahibi olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır.
- ✓ Bekar katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi, evli katılımcıların düzeyinden yüksektir.
- ✓ Çocuk sahibi olmayan evli bireylerin, evli çocuk sahibi olanlara göre sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır.
- ✓ Katılımcıların sağlık kurumuna başvuru sayısı arttıkça, sağlık okuryazarlık düzeyi azalmaktadır.

- ✓ Katılımcıların beden kitle indeksi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi azalmaktadır.
- ✓ Sosyokültürel herhangi bir aktiviteye katılan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır.
- ✓ Ev içinde veya yakın çevresinde sağlık çalışanı olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır.
- ✓ İnternette daha fazla süre geçiren katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır.
- ✓ Televizyon başında daha az süre geçiren katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır.
- ✓ Yaş, medeni durum, sağlık güvencesi durumu, öğrenim durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, beden kitle indeksi, çocuk varlığı, okuma alışkanlığı, vakit bulunduğunda aktivite yapma durumu, hanede veya yakın çevresinde sağlık çalışanı olma durumu, hastaneye başvuru sıklığı, günde ortalama internette dolaşma süresi ve televizyon karşısında günde ortalama geçirilen süreler gibi değişkenlerle sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiye bakıldığında bu değişkenlerle sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark bulunmuştur.
- ✓ İleri yaştakilerin, evlilerin ve çocuk sahibi olanların, düşük eğitim seviyesine sahip olanların, kronik hastalığı olanların, gelir düzeyi düşük olanların, sosyal güvencesi olmayanların, hiç kitap okumayanların veya herhangi bir aktivite yapmayanların, TV karşısında uzun süre geçirenlerin, internette az dolaşanların, kilolu olanların sağlık okuryazarlığı indeks puanı istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşük bulunmuştur.
- ✓ Cinsiyet, sigara ve alkol kullanma durumları gibi değişkenlerle sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiye bakıldığında ise bu değişkenlerle SOY arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

ÖNERİLER

1. Bireylere ve topluma sunulan sağlık eğitimi ile yaşam boyu öğrenme hedeflenmeli çocukluktan itibaren başlanarak toplumun sağlık bilincinin ve sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi toplum için çok önemlidir.
2. Sağlığı geliştirmek için tedavinin öneminin yanı sıra hastalıklardan korunmanın da önemini anlatan eğitimler ve seminerler düzenlenmelidir.
3. Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin internete erişimle yükseldiği gözlemlenmiştir. Hızlı ve kolay sağlık bilgisine ulaşmak için özellikle internete erişim sağlayamayan bireylerin internete erişimleri konusunda gerekli alt yapı hizmetleri sunulmalıdır.
4. Düzenli kitap okuma ve kültürel faaliyetler teşvik edilmelidir. Bu amaçla başta liseler, üniversiteler olmak üzere belediyelerce halkın rahatça ulaşabileceği kütüphane hizmetleri geliştirilmeli, kültürel etkinlikler planlanmalı ve spor alanları düzenlenmelidir.
5. Hastaya verilen tedavinin anlaşılıp anlaşılmadığının tespiti adına verilen tedavi hastaya tekrar ettirilmelidir.
6. Halkın genel sağlığı ve hayat kalitesi üzerinde sağlık okuryazarlığının etkisi inkâr edilemez düzeydedir. Bu yüzden sağlık okuryazarlığını arttırmak amacıyla Sağlık Bakanlığı ile MEB'in ortak çalışmalarıyla sağlık kurumları, medya, eğitim kurumları üzerinden halkı ve özellikle öğrencileri bilgilendirici çalışmalar yapılması etkili olabilir. Bu amaçla sağlık kurumları ve eğitim kurumlarında belli aralıklarla seminerler düzenlenebilir.

7. Medya ayağında ise toplu taşımalarda bulunan ekranlar, televizyonlarda kamu spotları, sinema ve konser gibi toplu bulunulan yerlerde kısa konuşmalarla eğitici faaliyetlerde bulunulabilir.
8. Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için ulusal politikalar geliştirilmelidir.

Sağlık Bakanlığının 2013-2017 senelerini içeren stratejik planında yer alan hedeflerden biri; bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini artırarak, kendi sağlıkları ile ilgili kararlara katılmalarını artırmaktır. Bu amacın hayata geçirilmesi için; toplum içinde sağlık okuryazarlık seviyesini belirleme, takip etme ve artırma uygulamasının gerçekleştirilmesi planlanmaktadır (110). Bu planlanan maddelerden bazıları şu şekildedir:

- Sağlık okuryazarlığı düzeyinin takibi amacıyla sürveyans uygulanması,
- Topluma, güvenilir sağlık bilgisine nasıl ulaşılacağı konusunda bilgilendirici sempozyumlar düzenlemek,
- Bireyler adına düzenlenen broşürleri daha anlaşılır ve net olması için yenilemek,
- Kurumlar arası iş birliği yapılması,
- Bireylerin sağlıkları ile ilgili kararlara katılımının artırılması amacıyla eğitim seviyelerinin artırılması,
- Millî Eğitim Bakanlığı ile ilk ve orta öğretimde sağlık okuryazarlığının ders programına eklenmesi için faaliyetler uygulamaktır (111).

7.KAYNAKLAR

- 1 Simonds SK. Health Education as Social Policy. 1974;2(1_suppl):1-10.
- 2 Dünya Sağlık Örgütü. Sağlık Okuryazarlığını Geliştirme Eylemleri. <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy> 10 Ocak 2023.
- 3 Nutbeam D. Health promotion glossory. Health Promotion International, 1998, 13(4):349-367. doi:10.93/Heapro/13.4.349.
- 4 Önsüz MF. Sağlık Okuryazarlığı ve Medya. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2017;2(2):46-53.
- 5 Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. Health Policy. 2016;120(9):1087–94.
- 6 Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLSEU). European journal of public health. 2015;25(6):1053-8 url: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043> Erişim: 06.09.2022.
- 7 Ozkan S, Dikmen AU, Tuzun H, Karakaya K. Prevalence and Determines of Health Literacy in Turkey. European Journal of Public Health. 2016;26(1).
- 8 Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası. <https://www.who.int/about/governance/constitution> 12.05.2022.
- 9 Dünya Sağlık Örgütü. Sağlığın Geliştirilmesi Programları. [Health Promotion \(who.int\)](https://www.who.int/health-promotion). 07 Ocak 2023.
- 10 Türk Dil Kurumu. (Erişim) <https://sozluk.gov.tr> , 05.01.2023.

- 11 Güneş F, Öğretimi O-Y, Teknolojisi B. Ocak Yayınları. Ankara; 1997.
- 12 Sørensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models, BMC Public Health, 2012. URL: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- 13 Track 2: Health literacy and health behaviour: World Health Organization; 2009 [Health Promotion \(who.int\)](http://www.who.int) 11 Aralık 2022.
- 14 Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Jama. 1999;281(6):552-7.
- 15 Jessup RL, Osborne RH, Beauchamp A, Bourne A, Buchbinder R. Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Health Services Research. 2017;17(52):1–12.
- 16 Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(4)
- 17 Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international. 2000;15(3):259-67.
- 18 Avcı E, Özkan S. Dünyada ve türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler, Türkiye Klinikleri, 2019, 16-21.

- 19 Bilişli Y. Medya ve sağlık arasındaki sınırları keşfetmek: eleştirel medya sağlığı okuryazarlığı bağlamında sağlık haberlerine yaklaşım, Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 2019, 5(2):197-219.
- 20 Rubin LD, Parmer J, Freimuth V, Kaley T, Okundaye M. Associations between older adults spoken interactive health literacy and selected health care and health communication outcomes, Journal Of Health Communication, 2011, 16(3):191-204.
- 21 Thompson TL, Parrott R, Nussbaum JF. The Routledge handbook of health communication: Routledge New York, NY; 2011.
- 22 Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. İLETİ-Ş-İM. 2013:73-92.
- 23 Wang SM, Zou JL, Gifford M, Dalal K. Young students knowledge and perception of health and fitness: a study in shanghai, china. Health Education Journal, 2013, 73(1):20-27. doi:10.1177/0017896912469565
- 24 Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(4):321–6.
- 25 Health literacy program. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/amafoundation/our-programs/public-health/health-literacy-program.page>, (Erişim), 09.11.2022.
- 26 Paasche-Orlow MK. Bridging the international divide for health literacy research. Patient Education And Counseling, 2009, 75(3):293-294, doi:10.1016/J.Pec.2009.05.001.
- 27 Durusu-Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. [8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf \(sagliksen.org.tr\)](https://sagliksen.org.tr/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf) 7 Kasım 2023.

- 28 Levin-Zamir D, Peterburg Y. Health literacy in health systems: Perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promotion International*. 2001;16(1):87–94.
- 29 Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship Of Functional Health Literacy To Patients' Knowledge Of Their Chronic Disease: A Study Of Patients With Hypertension And Diabetes. *Arch Intern Med*. 1998;158(2):166– 72.
- 30 Ad Hoc Committee On Health Literacy For The Council On Scientific Affairs Ama. Health Literacy: Report Of The Council On Scientific Affairs. *Jama*. 1999;6(281):552–7.
- 31 World Health Organization Regional Office For Europe. Health Literacy The Solid Facts. Kickbusch I, M. Pj, Apfel F, Tsouros Da, Editors. 2013. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf?sequence=1&isallowed=Y> Erişim Tarihi: 19.09.2022
- 32 Committee On Health Literacy Board On Neuroscience And Behavioral Health Institute Of Medicine. Health Literacy: A Prescription To End Confusion. Nielsen-Bohlman L, Panzer Am, Kindig Da, Editors. Washington, D.C; 2004. <https://nap.nationalacademies.org/catalog/10883/Health-Literacy-A-Prescription-To-End-Confusion> Erişim Tarihi: 12.10.2022.
- 33 Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health Literacy And The Risk Of Hospital Admission. *J Gen Intern Med*. 1998;13(12):791–8.
- 34 Safeer RS, Keenan J. Health Literacy: The Gap Between Physicians And Patients. *Am Fam Physician*. 2005;72(3):463–8.

- 35 Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. *Taf Prev Med Bull.* 2016;15(1):69–74.
- 36 T.C. Sağlık Bakanlığı. İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. Akdağ R, Editor. Ankara, Türkiye; 2008. 65–66 p.
<https://www.halksagligiokulu.org/kitap/downloadebook/605a34a3-9531-46d6-9e9a-99ca39776f6f> Erişim Tarihi: 15.11.2022
- 37 Health Promotion Glossary. World Health Organization. Genava; 1998.
<https://www.who.int/publications/i/item/who-hpr-hep-98.1> Erişim Tarihi: 12.01.2022
- 38 Copurlar C, Kartal M. What Is Health Literacy? How To Measure It? Why Is It Important? *Turkish J Fam Med Prim Care.* 2016;10(1):45–6.
- 39 Ankara ili Sincan ilçesi birinci basamak sağlık personelinde sağlık okuryazarlığı ile ilgili eğitim programı geliştirmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Yayın No: 1085, Ankara, 2018.
- 40 T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar_ist/v9s_NCD.kohort_27.10.2021.pdf 22.08.2022.
- 41 Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *Copd.* 2013;10(1):72-8.
- 42 Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. *Arch Public Health.* 2014;72(1):10-.

- 43 Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Prev Med.* 2014;61(100):100-5.
- 44 Lee S-Y, Tsai T-I, Tsai Y-W. Accuracy in self-reported health literacy screening: A difference between men and women in Taiwan. *BMJ open.* 2013;3:e002928.
- 45 Greaney ML, Wallington SF, Rampa S, Vigliotti VS, Cummings CA. Assessing health professionals' perception of health literacy in Rhode Island community health centers: A qualitative study. *BMC Public Health.* 2020;20:1-10.
- 46 Bilir N. Sağlık Okuryazarlığı/Health Literacy. *Turkish Journal of Public Health.* 2014;12(1):8.6.
- 47 Abacıgil F, Harlak H, Okyay P, Kiraz DE, Turan SG, Saruhan G, Et Al. Validity And Reliability Of The Turkish Version Of The European Health Literacy Survey Questionnaire. *Health Promot Int.* 2019;34(4):658–67.
- 48 T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. 1st Ed. Okyay P, Abacıgil F, Editors. Ankara; 2016. 57– 79 P. <https://Toad.Halileksi.Net/Sites/Default/Files/Pdf/Avrupa-SaglikOkuryazarligi-Olcegi-Toad.Pdf> Erişim Tarihi: 13.08.2022
- 49 U.S. Department Of Health And Human Services O Of Dp And Hp. National Action Plan To Improve Health Literacy. Washington, D.C.; 2010. 13–48 P.
- 50 Fertman CI, Allensworth DD. Sağlığı geliştirme programları teoriden pratiğe, T.C. Sağlık Bakanlığı, Birinci Baskı, Ankara, 2012.

- 51 Erdağ GÇ, Yıldırım F, Keser A, Sağlık Okuryazarlığı, Ankara Üniversitesi Yayın No:455, Ankara, 2015.
- 52 Örneklem Büyüklüğü için:
<https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm> . Erişim: 10.09.2022.
- 53 Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, et al. Inadequate Functional Health Literacy among Patients at Two Public Hospitals. JAMA. 1995 Dec 6;274(21):1677-82. PMID: 7474271.
- 54 Wu Y, Wang L, Cai Z, Bao L, Ai P, Ai Z. Prevalence and risk factors of low health literacy: A community-based study in Shanghai, China. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(6):628-38.
- 55 Ehmann AT, Groene O, Rieger MA, Siegel A. The relationship between health literacy, quality of life, and subjective health: Results of a cross-sectional study in a rural region in Germany. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(5):1683-95.
- 56 Schaeffer D, Berens EM, Vogt D. Health literacy in the German population- Results of a representative survey. Deutsches Arzteblatt International. 2017;114(4):53–60
- 57 Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, et al. Determinants of health literacy in the general population: Results of the Catalan health survey. BMC Public Health. 2019;19(1):1-12.
- 58 Estacio EV, Whittle R, Protheroe J. The digital divide: Examining socio-demographic factors associated with health literacy, access and use of internet to seek health information. Journal of Health Psychology. 2019;24(12):1668–75

- 59 T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması; Ankara 2018. s. 78.
- 60 Ersin E, Acar T. Akılcı Antibiyotik Kullanımı ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi; Ankara 2022.
- 61 Şahan M, Şensoy N. 15-49 Yaş Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığı ve Kontrasepsiyon Tercihlerinde Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Afyonkarahisar 2022.
- 62 Berens EM, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health Literacy Among Different Age Groups In Germany: Results Of A Cross-Sectional Survey. BMC Public Health. 2016;16(1):1–8.
- 63 Coman MA, Forray AI, Van Den Broucke S, Chereches RM. Measuring Health Literacy In Romania: Validation Of The Hls-Eu-Q16 Survey Questionnaire. Int J Public Health. 2022;67(February):1–9.
- 64 Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for education statistics. 2006.
- 65 Temel Bayık A, Çimen Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017; 33(3):105-125. URL: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/eghehemsire/issue/33737/332345>

- 66 Toçi E, Burazeri G, Kamberi H, et al. Socio-economic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. *Public Health*. 2014;128(9):842-48.
69. Zhang Y, Zhang F, Hu P, et al. Exploring Health Literacy in Medical University Students of Chongqing, China: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 2016;11(4).
- 67 Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research*. 2010;25(3):464-77.
- 68 Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005;20(2):175-84.
- 69 Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2015;15(1):678.
- 70 Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R et al. Association between Health Literacy and Hypertension Management in a Chinese Community: a Retrospective Cohort Study. *Internal and Emergency Medicine*, 2017; 12(6), 765–776.
- 71 Yaprak B, Çaylan A. Üçüncü Basamağa Başvuran Hastaların Birinci Basamak Hizmetlerinden Haberdarlığına Sağlık Okuryazarlığının Etkisi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2020.
- 72 Tiraki Z, Yılmaz M. Cervical cancer knowledge, self-efficacy, and health literacy levels of married women, *Journal Of Cancer Education*, 2018, doi:10.1007/S13187-017-1242-3.

- 73 Paasche-Orlow, Michael K, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*, 2007, 31(1):19-26.
- 74 Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığında Asgari Ücret Tespit Komisyonu Kararı. 01.01.2022.
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/07/20220701M1-1.htm> Erişim: 04.09.2022.
- 75 Liu YB, Liu L, Li YF, et al. Relationship between Health Literacy, HealthRelated Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(8):9714-25.
- 76 Güven A. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2016.
- 77 Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient education and counseling*. 2015;98(1):41-8.
- 78 Duman A. Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamlarında Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Belirleme. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2017.
- 79 Nacar E. İnönü Üniversitesi Öğrencilerinde Aşılar Bakış Açısı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya, 2018.
- 80 Maricic M, Stojanovic G, Pazun V, Stepović M, Djordjevic O, Macuzic IZ, Et Al. Relationship Between Socio-Demographic Characteristics, Reproductive Health Behaviors, And Health Literacy Of Women In Serbia. *Front Public Heal*. 2021;9(April):1–10.

- 81 Şen Uğur VY, Erbay Dünder P. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi; Manisa. 2016.
- 82 Doğan N, Koçak HS. Kadınlarda Sağlık Okuryazarlığının Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Diyabet Riskine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep. 2022.
- 83 Ayaz-Alkaya S, Ozturk FO. Health Literacy Levels Of Women And Related Factors In Turkey. J Nurs Res. 2021;Publish Ah(0):1–7.
- 84 Kaya ŞD, Uludağ A. Relationship between the health and media literacy-sağlık ve medya okuryazarlık arasındaki ilişki. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017, 9(22):194-206.
- 85 Naser Ghasemi A, Peyman N, Tehrani H, Tavakoly Sany SB, Tajfard M, Esmaily H, et al. The Relationship of Health Literacy with Hypertension Self-Efficacy and General Self-Efficacy Among Schoolteachers, Mod Care J. 2018; 15(4):e82983. doi: 10.5812/modernc.82983
- 86 Avcı E, Ozkan S. Annelerin anne sütü ile ilgili sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirme aracı geliştirme, sağlık okuryazarlık düzeylerini ve etkileyen faktörleri saptama. Gazi Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2013, Ankara.
- 87 Şen Uğur V, Dundar P. Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. Celal Bayar Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016, Manisa.

- 88 Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*. 1993, 25(6):391-5.
- 89 Kavuncuoğlu D. Erzurum İl Merkezinde Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkili Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2020.
- 90 Kaya Şenol D, Düzalan Ö, Sarıkaya, S, Özen B. Kronik hastalığı olan menopoz dönemindeki kadınların sağlık okur-yazarlık durumlarının belirlenmesi, *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 2019, doi: 10.21763/Tjfmpe.428217.
- 91 Atay E, Göktaş S, Emiral GÖ, Dağtekin G, Zencirci SA, Aygar H, et al. The health literacy level and eating behaviours of the teachers working at the city center of Eskisehir Turkey. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2017;6(1):27-34.
- 92 Çaylan A, Yayla K, Oztora S, Dagdeviren HN. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research*. 2017;28(15).
- 93 Vozikis A, Drivas K, Milioris K. Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health*. 2014;72(1):15.
- 94 Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health Literacy and Health Risk Behaviors Among Older Adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007;32(1):19-24.
- 95 Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. HLS-EU CONSORTIUM (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU, Online Publication: <http://www.health-literacy.eu>

- 96 Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. Patient Educ Couns. 2009; 75: 411-417.
- 97 Baran Aksakal FN. Sağlık okuryazarlığı halk sağlığının temeli. Türkiye Klinikleri, 2019:1-5
- 98 İkinci S, Eser S, Piyal B, et al. Sağlık ön lisans programı öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumu (Ankara Üniversitesi Örneği), 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, s 674-676, 2-6 Ekim 2012, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- 99 TÜİK, Zaman Kullanım Araştırması. 2014-2015
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Zaman-Kullanim-Arastirmasi-2014-2015-18627>. Erişim 20.12.2022
- 100 Chen AMH, Cailor SM, Wicker E, et al. Integrating Health Literacy and Cultural Competency Concepts Across the Doctor of Pharmacy Curriculum. American Journal of Pharmaceutical Education. 2020;84(10).
- 101 Kültür ve Turizm Bakanlığı, Kütüphaneler ve Yayımlar Genel Müdürlüğü, (2011). Erişim: [http://sgb.kulturturizm.gov.tr/TR,50930/istatistikler.html] Erişim Tarihi: 23/11/2022.
- 102 UĞURLU, Z. (2011). Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.
- 103 Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, (2006). Kamuoyu, Yayın Araştırmaları ve Ölçme Dairesi Başkanlığı, Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması – 1. Erişim: [http://www.rtuk.org.tr/sayfalar/default.aspx]. Erişim Tarihi: 24.11.2022

- 104 Echt KV, Burridge AB. Predictors of Reported Internet Use in Older Adults with High and Low Health Literacy: The Role of Socio-Demographics and Visual and Cognitive Function. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. 2011;29(1):23-43.
- 105 Wister AV, Malloy-Weir LJ, Rootman I, et al. Lifelong educational practices and resources in enabling health literacy among older adults. *J Aging Health*. 2010;22(6):827-54.
- 106 Michou M, Demosthenes BP, Vassiliki C. (2018). Low health literacy and excess body weight: A systematic review. *Central European Journal of Public Health*: 26(3): 234-241. DOI: 10.21101/cejph.a517.
- 107 Speirs, KE. (2012). Health literacy and nutrition behaviors among low-income adults. *Journal Health Care for the Poor and Underserved*: 23(3): 1082-91. DOI: 10.1353/hpu.2012.0113
- 108 Adewole, KO., Ogunfowokan, AA., Olodu, M. (2021). Influence of health literacy on health promoting behaviour of adolescents with and without obesity. *International Journal of Africa Nursing Sciences*: 15(7): 100342. DOI: 10.1016/j.ijans.2021.100342
- 109 Soylar P, Kadioğlu BU. Yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ve obeziteyle ilişkili bazı davranışlarının incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi / Sakarya Med J.*, 2020, doi:10.31832 smj.700979.
- 110 Utma S. Sağlık okuryazarlığı kavramı ve sağlık haberlerini doğru okumak. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*. 2019; 5:223–31.
- 111 T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017, Ankara, 2012.

8. EKLER

EK-1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

Boy: Kilo: BKİ:

1- Cinsiyetiniz?

☐ Kadın, ☐ Erkek

2- Yaşınız? (Bitirmiş olduğunuz yaşı belirtiniz):

3- Öğrenim durumunuz?

☐ İlkokul ve altı, ☐ Ortaokul, ☐ Lise, ☐ Üniversite ve üzeri

4- Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?

☐ Asgari ücret altı

☐ Asgari ücret

☐ Asgari ücret üstü

5- Çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emekli

6- Sağlık güvencesine sahip misiniz? ☐ Evet, ☐ Hayır

7-Medeni durumunuz? ☐ Evli, ☐ Bekar, ☐ Dul

8- Çocuğunuz var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

9- Cevabınız evet ise kaç çocuğunuz var?.....

10- Okuma alışkanlığınızı nasıl tariflersiniz?

☐ Hiç okumam, ☐ Nadiren okurum, ☐ Düzenli okurum

11- Sağlıkla ilgili konularda bilgi edinme kaynağı olarak hangisini tercih edersiniz?

☐ Yazılı Kaynaklar (Kitap, Gazete, Dergi...), ☐ İnternet, ☐ Televizyon, ☐ Sağlık Çalışanı ☐ Diğer.....

12-Kronik Hastalığınız var mı? ☐ Evet, ☐ Hayır (Cevabınız hayır ise 14.soruya geçiniz)

13- Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı? ☐ Evet, ☐ Hayır

14- Anne, baba veya kardeşlerde halen tedavi gördüğü kronik hastalığı olan var mı?

☐ Evet
☐ Hayır

15- Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Evet, kullanıyorum
☐ Hayır, kullanmıyorum
☐ Bıraktım

16- Alkol kullanıyor musunuz?

☐ Evet, kullanıyorum
☐ Hayır, kullanmıyorum
☐ Bıraktım

17--Hastaneye bir yılda hangi sıklıkta başvurursunuz?

☐ 2 veya daha az, ☐ 3-5 Kez, ☐ 6-8 Kez, ☐ 9 veya daha fazla

18- Hane halkı içerisinde veya Yakın çevrenizde (akraba, arkadaş) sağlık çalışanı var mı?

☐ Evet
☐ Hayır

19- Vakit bulduğunuzda aşağıdakilerden hangilerini yaparsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Kitap okumak
- ☐ Tiyatroya/ Sinemaya gitmek
- ☐ Konsere katılmak
- ☐ Resim, Görsel sanatlar sergisi gezmek
- ☐ Müze veya tarihi eserleri gezmek
- ☐ Hiçbiri

20- İsteddiğiniz zaman internete erişim imkânınız var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

21-Günde ortalama kaç saat internette dolaşırsınız?

- ☐ 1 saatten az
- ☐ 1-3 saat arası
- ☐ 3-5 saat
- ☐ 5 saatten fazla

22- TV karşısında günde ortalama kaç saat geçirirsiniz?

- ☐ 1 saatten az
- ☐ 1-3 saat arası
- ☐ 3-5 saat
- ☐ 5 saatten fazla

EK-2. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

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

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