



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ OKMEYDANI SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ERİşKİN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYİNİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİ
KULLANIMI ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Ömer Faruk AKPINAR

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2019



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ OKMEYDANI SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ERİŞKİN HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DÜZEYİNİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİ
KULLANIMI ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Ömer Faruk AKPINAR

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Seçil ARICA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2019

1. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin başından itibaren gerek akademik gerek sosyal hayatla ilgili değerli bilgi, birikim ve tecrübelerini içtenlikle benimle paylaşan, yol gösteren kıymetli hocam Prof. Dr. Seçil Günher ARICA' ya,

Bu süreçte eğitimime katkıda bulunan Okmeydanı E.A.H klinik hocalarım, uzmanlarım, asistan arkadaşlarım ve saygıdeğer sağlık çalışanlarına,

Bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan; destek ve dualarını her daim hissettiren, üzerimde sonsuz hakları bulunan annem, babam ve kardeşim başta olmak üzere tüm aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ömer Faruk AKPINAR

SİMGELER VE KISALTMALAR

DM	:Diabetes Mellitus
EASM	:Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
HEALS	:Health Literacy Scale
HLS-EU	: Health Literacy in Europe
HLSQMs	:Health Literacy Screening Question Methodologies
METER	:Medical Term Recognition Test
NVS	:Newest Vital Sign
SOY	:Sağlık Okuryazarlığı
REALM	:Rapid Assesment of Adult Literacy in Medicine
SAHLSA	:Short Assesment of Health Literacy for Spanish Adults
SILS	:Single Item Literacy Screen
TSOY 32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlık leği 32
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults
WHO	:World Health Organisation
WRAT	:Wide Range Achievement Test

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLO LİSTESİ.....	V
ŞEKİL LİSTESİ.....	VII
ÖZET.....	VIII
ABSTRACT.....	X
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER	2
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI NEDİR?	2
SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ.....	4
SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BİLEŞENLERİ	5
SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KAVRAMSAL MODELLERİ	6
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ	9
SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	12
SAĞLIK OKUR YAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ	12
Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA)	13
Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Assessment of Adult Literacy in Medicine, REALM).....	14
En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (NVS)	15
Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU).....	15
Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği 32 (TSOY-32).....	16
SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BİRİNCİ BASAMAKLA İLİŞKİSİ	17
GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
ARAŞTIRMANIN TİPİ VE EVRENİ.....	19

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ	19
ÇALIŞMA YÖNTEMİ	19
İSTATİSTİKSEL ANALİZ	21
ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	21
BULGULAR	22
TARTIŞMA	39
SONUÇ	47
KAYNAKLAR	48
ÖZGEÇMİŞ	53
EKLER	55
EK-1 KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAY YAZISI	55
EK-2 ARAŞTIRMA ANKET SORULARI	56

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri ve Hedefler	10
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	23
Tablo 3. Katılımcıların hasta olduklarında ne yaptıkları, hangi sağlık kuruluşuna başvurduklarını ve en sık başvuru nedenini gösteren tablo	25
Tablo 4. Katılımcıların aile hekimine başvurma ve kanser taramalarından faydalanma durumlarının değerlendirilmesi	27
Tablo 5. Katılımcıların TSOY 32 ve yaş değerlerinin istatistiksel değerlendirilmesi.....	28
Tablo 6. Katılımcıların TSOY 32 puan derecelendirmesi.....	28
Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik ve hastalık davranış özellikleriyle sağlık okuryazarlık düzeyinin karşılaştırması-1	30
Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik ve hastalık davranış özellikleriyle Sağlık okuryazarlık düzeyinin karşılaştırması-2.....	31
Tablo 9. 50 yaş üzerindeki katılımcıların GGK testi yaptırma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyinin karşılaştırılması	32
Tablo 10. Son 1 yıl içinde aile hekimine kontrol ve tetkik amaçlı başvurma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyinin karşılaştırılması	33
Tablo 11. Mamografi çekirme durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyinin karşılaştırılması.....	33
Tablo 12. 21-65 yaş arası kadınların papsmear yaptırma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyinin karşılaştırılması	34
Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik ve hastalık davranış özellikleriyle TSOY 32 puan ortalamalarının karşılaştırılması-1	35
Tablo 14. Katılımcıların sosyodemografik ve hastalık davranış özellikleriyle TSOY 32 puan ortalamalarının karşılaştırılması-2.....	36
Tablo 15. Katılımcıların kronik hastalık durumları ile TSOY 32 puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 16. Katılımcıların yaş gruplarıyla TSOY32 puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	37

Tablo 17. Katılımcıların yaş ortalamalarıyla sağlık okuryazarlık düzeylerinin karşılaştırılması..... 38



ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli (Sorensen ve ark. 2012)..... 8
- Şekil 2.Hasta olduklarında ilk ne yaptıklarını gösteren pasta grafiği 26
- Şekil 3. Sağlık kuruluşuna en sık başvuru nedenini gösteren pasta grafiği 26



2. ÖZET

AMAÇ: Aile Hekimi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü hekimdir. Aile hekiminin bu hizmetleri etkin bir şekilde sağlamasında, kendisine başvuran popülasyonun sağlık okuryazarlığı düzeyi önem arz etmektedir.

Biz bu çalışmada Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezimize kayıtlı 18 -80 yaş aralığındaki okuma yazma bilen, sağlık profesyoneli olmayan hastaların Türkiye Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği -32(TSOY 32) ölçeği kullanılarak ölçülen sağlık okur yazarlık düzeylerinin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamızda Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 242 hastaya iki aşamalı anket uygulandı. Birinci kısımda hastalara sosyodemografik özellikleri içeren sorularla beraber birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanım durumlarıyla alakalı sorular soruldu. İkinci kısımda ise katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerini ölçen TSOY 32 ölçeği kullanılarak SOY düzeyleri belirlendi. Bu veriler katılımcıların sosyodemografik özellikleri, birinci basamak hizmetlerini kullanım durumlarıyla karşılaştırılarak gruplandı.

BULGULAR: Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması $47,12 \pm 16,59$ yılıdır. Sağlık okur yazarlık düzeyi ortalama puanları $29,77 \pm 5,36$ 'ydı. Eğitim durumuna göre kıyaslandığında üniversite grubunda SOY yeterli düzeyde olanların oranı %49 gelmiş ve en yüksek grubu oluşturmuştur. Hasta olduğunuzda ilk ne yaparsınız sorusuna acil servise başvururum diyenlerde yeterli sağlık okuryazarlık oranı %11,8 tespit edilmiş diğer gruplara oranla en düşük oranda saptanmıştır.

SONUÇ: Birinci basamakta kronik hastalara diğer basamaklardan daha fazla vakit ayırma imkanı olan aile hekimleri kronik hastalığı olan bireylere her klinik vizitte kendi hastalıklarıyla ilgili bilgiler vererek onların SOY düzeyini arttırabilir. Ayrıca hastaları birinci basamak da yapılan kanser taramaları hakkında sözel ve görsel olarak aile sağlığı merkezlerinde bilgilendirmek onların bu konu hakkındaki farkındalıklarını arttıracak ve tarama programlarına katılmalarını sağlayacaktır.

**ANAHTAR KELİMELER: sağlık okur yazarlığı, sağlık hizmeti kullanımı,
birinci basamak**



3. ABSTRACT

THE EFFECT OF HEALTH LITERACY LEVEL ON THE USE OF PRIMARY HEALTH SERVICES IN ADULT PATIENTS

AIM: The Family Physician is the physician who is obliged to provide comprehensive and continuous care services for each person, regardless of age, sex and illness, as well as preventive health services and primary care diagnosis, treatment and rehabilitative health services. The health literacy level of the population applying to it is important for the family physician to provide these services effectively.

In this study, we aimed to find the relationship between the health literacy level measured levels of health literacy Health Literacy Scale Turkey 32 and the use of primary health care services for the patients aged 18-80, who are literate, who are registered to Okmeydanı Training and Research Hospital Hürriyet Education Family Health Center.

PATIENTS AND METHODS: In our study, 242 patients admitted to Hürriyet Education Family Health Center, underwent a two-stage questionnaire. In the first part, the patients were asked questions about sociodemographic characteristics as well as the use of primary health care services. In the second part, Health Literacy levels were determined by using TSOY 32 scale which measures the health literacy levels of the participants. These data were grouped by comparing the sociodemographic characteristics of the participants with their use of primary care services.

RESULTS: The mean age of the patients was 47.12 ± 16.59 years. The mean scores of health literacy levels were 29.77 ± 5.36 . When compared with the educational level, the ratio of those with sufficient level of SOY in the university group was 49% and it was the highest group. The rate of adequate SOY was 11.8% in patients who were first told to go to the emergency department when they were sick, and was the lowest among the other groups.

CONCLUSION: In primary care, family physicians, who have the opportunity to devote more time to chronic patients than other levels, can increase their SOY levels by providing information about their illnesses at each clinical visit to individuals with

chronic disease. In addition, verbally and visually informing patients about primary cancer screenings at primary level will increase their awareness about this issue and enable them to participate in screening programs.

KEY WORDS: health literacy, use of health care, primary care



4. GİRİŞ VE AMAÇ

Okuryazarlık bireyin bilgi ve potansiyelini geliştirmede, amaçlarına ulaşmada sosyal ve iş yaşamındaki fonksiyonlarını sürdürmede, problemlerini çözmede yeterli düzeyde okuma, yazma, konuşma ve bilgiyi işleme yeteneği olarak tanımlanır.

Günümüz dünyasında gelişen teknolojiyle beraber tıp alanındaki ilerleme ve gelişmeler büyük ivme kazanmıştır. Bu sebepten bireylerin doğru zamanda doğru ve yeterli sağlık hizmetini alması için okuryazarlığının olmasından ziyade yeni bir kavram olan sağlık okuryazarlığı kavramı ön plana çıkmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez Scott Simonds tarafından (1974) ‘‘Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika’’ adlı bir makalede kullanılmıştır (1)

Sağlık okuryazarlığı kişinin sağlığını koruyucu, sağlığıyla ilgili problemleri ve bozulan sağlığını iyileştirici Şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, bu bilgilere nasıl ulaşacağını bilme, edindiği bilgileri yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanabilir.

Sağlık Bakanlığının 2017 Ocak Ekim dönemine ait yayınlamış olduğu istatistiklerde branşlara ait başvuru sayılarında görünmektedir ki acil tıp muayene sayısı 76.834.439 iken aile hekimliği muayene sayısı 2.369.540 olarak tespit edilmiştir.(2)

Bu kapsamda sağlık okur yazarlığı seviyesinin birinci basamak sağlık hizmetlerini etkin kullanımı üzerine etkisini ön plana çıkarmaktadır.

Aile hekimliği kliniği olarak birinci basamak sağlık hizmeti verdiğimiz Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Okmeydanı Sağlık Uygulama Araştırma Merkezine (SUAM) bağlı ‘‘Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Hürriyet Eğitim Aile Merkezi’’ ne kayıtlı erişkin hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile aile hekimliği birimindeki sağlık hizmetlerini kullanım durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçladık.

5. GENEL BİLGİLER

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI NEDİR?

Sağlık okuryazarlığından bahsetmeden önce okuryazarlığın tanımını yapmak gerekir. Okuryazarlık; bireylerin diğer kişileri anlamak ve onlarla iletişim kurmak için yeterli düzeyde okuma ve yazma becerisine sahip olması anlamına gelmektedir.(3)

Okuryazarlığı kapsamlı tanımlayacak olursak bireyin okuma, yazma ve sayıları kullanma, bilgiyi elde etme, fikir ve düşüncelerini ortaya koyma ile karar verme ve problem çözme becerisi olarak tanımlayabiliriz .(4) UNESCO'ya göre de okuryazarlık; farklı türdeki yazılı ve basılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, iletişim kurma ve işleme yeteneğidir ve bu yetenek bireylerin topluma tamamen katılımını sağlamakta, bilgisini ve gücünü geliştirerek kişisel hedeflerine ulaşmasına olanak vermekte ve sürekli öğrenmeyi içermektedir.(5)

Sağlık okuryazarlığına gelecek olursak bu durum tamamen sağlık sisteminin bir parçası olan hastanın kendisini doğrudan ilgilendirmektedir. Bireyin olası bir hastalık durumunda, vereceği kararları okuryazarlığından ziyade sağlık okuryazarlığı etkilemektedir. Hastalar tarafından alınan kararlar daha çok sağlıkla ilgili becerileri, kapasiteleri ve bilgileri neticesinde oluşmaktadır. Bu durum literatürde “sağlık okuryazarlığı” olarak adlandırılmaktadır. Sağlık okur-yazarlığı bir terim olarak ilk kez Scott Simonds tarafından 1974 yılında “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” başlıklı makalede yer almıştır. (1) Bu tarihten sonra bu kavram farklı kişiler ve kuruluşlar tarafından ele alınmış ve tanımlanmıştır.

Nutbeam sağlık okuryazarlığını bireyin sağlığını sağlamaya teşvik eden ve koruyacak şekilde bilgiye erişme, anlama ve kullanma bilgisini ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerini temsil eder şeklinde tanımlamıştır.(6) Bu tanım aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü'nün de (WHO) kabul ettiği tanımdır.

Australian Bureau of Statistics (2008) tarafından yapılan tanımlamada sağlık okuryazarlığı "Uyuşturucu, alkol, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, iş güvenliği ve iş kazalarından korunma, ilk yardım, acil durumlar ve genel sağlık durumunun korunması gibi sağlık konularıyla ilgili bilgileri anlamak ve kullanmak için gerekli bilgi ve beceriler bütünü" olarak tanımlanmaktadır.(7)

Tıp Enstitüsü (IOM) sağlık okuryazarlığını, bireylerin uygun sağlık kararlarını almada gereksinim duydukları sağlıkla ilgili temel bilgileri okuyabilme, anlayabilme, işleme ve davranışa geçirebilme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır.(8)

Nancy Berkman ve arkadaşları tarafından yayınlanan “Sağlık okuryazarlığı nedir?” çalışmasında sağlık okuryazarlığı, “bireylerin bilinçli sağlık kararları almak için gereken sağlık bilgilerini edinebilme, işleyebilme, anlayabilme ve iletişim kurabilme yetenekleri” olarak tanımlanır.(9)

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde ise sağlık okuryazarlığı “sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması için gerekli temel becerilerin ötesinde, bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlanmaktadır.(10)

HLS-EU(Health Literacy in Europe) Konsorsiyumunun geliştirdiği çalışma tanımına göre sağlık okur yazarlığı ; genel okuryazarlık ile ilişkilidir ve hayat boyunca yaşam kalitesini sürdürmek veya geliştirmek için sağlık hizmetleri, hastalığın önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili günlük hayatta kararların alınması ve yargılara varılması için sağlık bilgisine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamada insanların bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliklerini gerektiren bir kapsama ve çerçeveye sahiptir.(11)(12) Sağlık okuryazarlığı karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik düşünme ve karar verme becerisini ve bu beceriyi sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi de içermektedir.(13)Görüldüğü gibi sağlık okuryazarlığı farklı kişiler ve kurumlarca ele alınıp tanımlanmış ve önemine vurgu yapılmıştır.

Bireylerin muhatap oldukları eğitim sistemi, kültürel ve toplumsal faktörler ve sağlık sistemi potansiyel olarak sağlık okuryazarlığını etkilemekte ve şekillendirmekte, bu faktörler ise nihayetinde sağlık sonuçlarını ve maliyetlerini etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı; bireylerin kişisel yeteneklerinin sağlık ortamları, sağlık sistemi, eğitim sistemi, aile, iş ve toplumdaki sosyal ve kültürel faktörler ile etkileşmesi ile şekillenmektedir.(8)

Tüm bu tanımlamalardan sonra genel anlamda ele alırsak ; sağlık okur-yazarlığı; okuryazarlığa bağlı olan ve bireylerin hayatları boyunca yaşam kalitelerini

iyileştirmeleri, hastalıkları önlemeleri ve sağlıklarını geliştirmeleri konusunda gereken kararları alabilmeleri ve yargıda bulunabilmeleri için gereken sağlık bilgilerine erişmeleri, bu bilgileri anlamaları, değerlendirmeleri ve uygulamaları hakkında kişilerin bilgisini, motivasyonunu ve becerisini gerektiren bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır.(14)

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ

Sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan araştırmalarda bu konunun önemini ortaya koyan çeşitli problemlerin varlığı ele alınmıştır. Bu problemlerin başında sağlığın iyilik halinin bozulması, bundan etkilenen kişi sayısının fazlalığı, artan kronik hastalıklar ve bunların yüksek tedavi maliyetleri sıralanabilir.(15)

Okuryazarlık düzeyi eğitim, etnik köken ve yaşla ilişkilidir. Yapılan birçok araştırmada sınırlı okuryazarlık düzeyinin kötü sağlık sonuçları, ilaç kullanım hataları, hastalıkların ve tedavilerinin anlaşılabilmesi gibi sorunlar için bağımsız bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur.(16)

Sağlık okuryazarlığının önemi kronik hastalıkların yönetiminde de kendini hissettirmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre tüm yaş gruplarındaki ölümlerin %60 gibi büyük bir oranı kronik hastalıklar nedeniyle meydana gelmektedir. Bu ölümlerin %30'luk kısmının ise kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Kanseri, kronik solunum sistemi rahatsızlıkları ve diyabet gibi hastalıklar diğer önemli ölüm nedenidir.(17)

Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıklarda öz yönetim konusunda hayati rol oynamaktadır. Kronik hastalıkların kontrolü için bireylerin sağlık bilgisini anlayabilmesi ve değerlendirebilmesi ile gerektiğinde sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacağını bilmesi gereklidir. Bu alanlardaki bilgi ve becerilerin eksikliği, birçok hastanın hastalığı üzerinde kendi kendine etkili bir öz yönetim kurmasına engel olur.(15)

Bireyler ve toplumlar üzerindeki birçok olumsuz etkisi olan sınırlı sağlık okuryazarlığının çeşitli ekonomik etkileri de bulunmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada, sınırlı sağlık okuryazarlığının ülkeye maliyetinin yıllık yaklaşık 73 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. 2009 yılında sınırlı sağlık okuryazarlığının

Kanada’da toplam sağlık bütçesinin %3 ile %5 arasında bir oranına tekabül eden 8 milyar dolarlık bir mali yükünün olduğu tespit edilmiştir. (18)

Sınırlı sağlık okuryazarlığının ekonomik etkileri üzerine yapılan çalışmalarda okuryazarlık düzeyleri düşük olan kişilerin, acil servisleri kullanım oranlarının yüksek olduğu, hastanede kalma oranlarının arttığı, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları ve daha yüksek sağlık harcamalarına maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır.(19)

Yapılan çeşitli çalışmalarda, ABD’de yaşayan ve düşük okuryazarlık düzeyine sahip Afrika kökenli vatandaşların, bebek ölümleri de dâhil olmak üzere, doğumda beklenen yaşam süresi, kanser, kalp rahatsızlıkları, ölüm oranı gibi hemen hemen tüm sağlık göstergelerinde toplumun büyük çoğunluğundan daha kötü durumda oldukları belirlenmiştir. Toplumdaki düşük eğitim ve gelir seviyesindeki kişilerin daha yüksek hastalık ve ölüm oranlarına sahip olduğu da görülmektedir.(20)(21)

Tüm bu durumlar göz önüne alındığında görülmektedir ki; sağlık okuryazarlığı kötü sağlık sonuçları, etkilenen kişi sayısının fazlalığı, giderek artan kronik hastalık oranları, sağlık hizmet maliyetleri, sağlık bilgisine olan ihtiyaç gibi kavramları doğrudan etkilemekte ve ülkelerin sağlık politikalarını belirleyici derecede önem arz etmektedir.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BİLEŞENLERİ

Sağlık okuryazarlığı sağlık sistemi ile bağlantı kurmak ve sağlıkla ilgili kararlar almak için gerekli becerilerden oluşmaktadır. Sağlık okuryazarlığı üç bileşeni içerir. Bunlar yazılı, sözel ve sayısal sağlık okuryazarlığı olarak üçe ayrılır.(22)

Yazılı sağlık okuryazarlığı, okuma, yazma ve yazı dilini anlama yeteneğidir. Bu tür okuryazarlık sağlık okuryazarlığının en çok araştırılmış boyutudur.(23) Yeterli yazılı okuryazarlığa sahip olan bireylerin daha iyi sağlık sonuçlarını elde ettikleri saptanmıştır.(24) Düşük yazılı sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler basılı sağlık bilgilerinden örneğin broşürlerde yer alan bilgilerden daha az faydalanmak eğilimindedirler. Bu grup insanlar karmaşık tıbbi bilgileri yönlendirmede zorluk yaşamaktadırlar. Yazılı sağlık okuryazarlığı özellikle kronik hastalıklara sahip olan kişiler için önemlidir.(25)

Sözlü sağlık okuryazarlığı ise literatürde işitsel sağlık okuryazarlığı olarak da anılan, sözlü sağlık bilgilerini kavrayabilme yeteneğidir.(26) Sağlık okuryazarlığının önemli etki alanı olan sözlü okuryazarlık yüz yüze konuşma fırsatı yarattığı için basılı kaynaklara göre daha çok tercih edilmektedir. Sağlık davranışları ve sözlü sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmaktadır. Düşük sözlü sağlık okuryazarlığına sahip olanlarda, sağlık bakımı yöntemi açısından hatalı tercih ve kullanım yüksek oranda görülmektedir.(27)

Sayısal sağlık okuryazarlığına gelecek olursak; sayısal, nicel, grafiksel, biyoistatistiksel ve olasılıksal sağlık bilgilerini etkili sağlık kararları için değerlendirme, yorumlama, iletme ve yönlendirme derecesidir. Sayısal okuryazarlık, hastaların sayısal bilgileri sağlık hizmetleri bağlamında kullanmaları ve yorumlamaları için gerekli olan becerileri kapsayan karmaşık bir yapıdır.(28)

Sayısal okuryazarlık kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi için önemlidir. Bu tür hastalıklarda sağlık ile ilgili çeşitli faaliyetler örneğin, risk veya yarar bilgilerini, gıda etiketlerini, ağırlık yönetimini, kan şekerini ve kan basıncı düzeylerini yorumlama sayısal becerilere bağlıdır.(29)

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KAVRAMSAL MODELLERİ

Sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili bilgileri okuma ve anlama becerilerinin yanı sıra farklı kavramları ve boyutlarıyla ele alınması gereken bir kavram olduğundan; araştırmacılar tarafından bu konuyla ilgili birçok kavramsal model ve boyut tanımlaması yapılmıştır.

Nutbeam , sağlık okuryazarlığı kavramını klinik yaklaşımda risk faktörü ve halk sağlığı yaklaşımında bireysel kazanç/yarar faktörü olmak üzere iki şekilde kavramsallaştırmıştır.(30) Nutbeam'ın risk yaklaşımı modeli, sağlık okuryazarlığını kişilerin okuma yazma ve bilgi birikimleri gibi bireysel kapasitesini oluşturan özelliklerle birlikte, hasta ve sağlık çalışanları arasındaki iletişim, sağlık eğitimi ve sağlıkla ilgili mesajlar gibi sağlık hizmetini oluşturan öğeler açısından klinik bağlamda ele almaktadır.

Bireysel kazanç olarak bakıldığında sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkları ve sağlığın kişisel, sosyal ve çevresel belirleyicileri üzerinde daha fazla kontrol oluşturmalarına imkân vermek için bir araç olarak görülmektedir. (30)

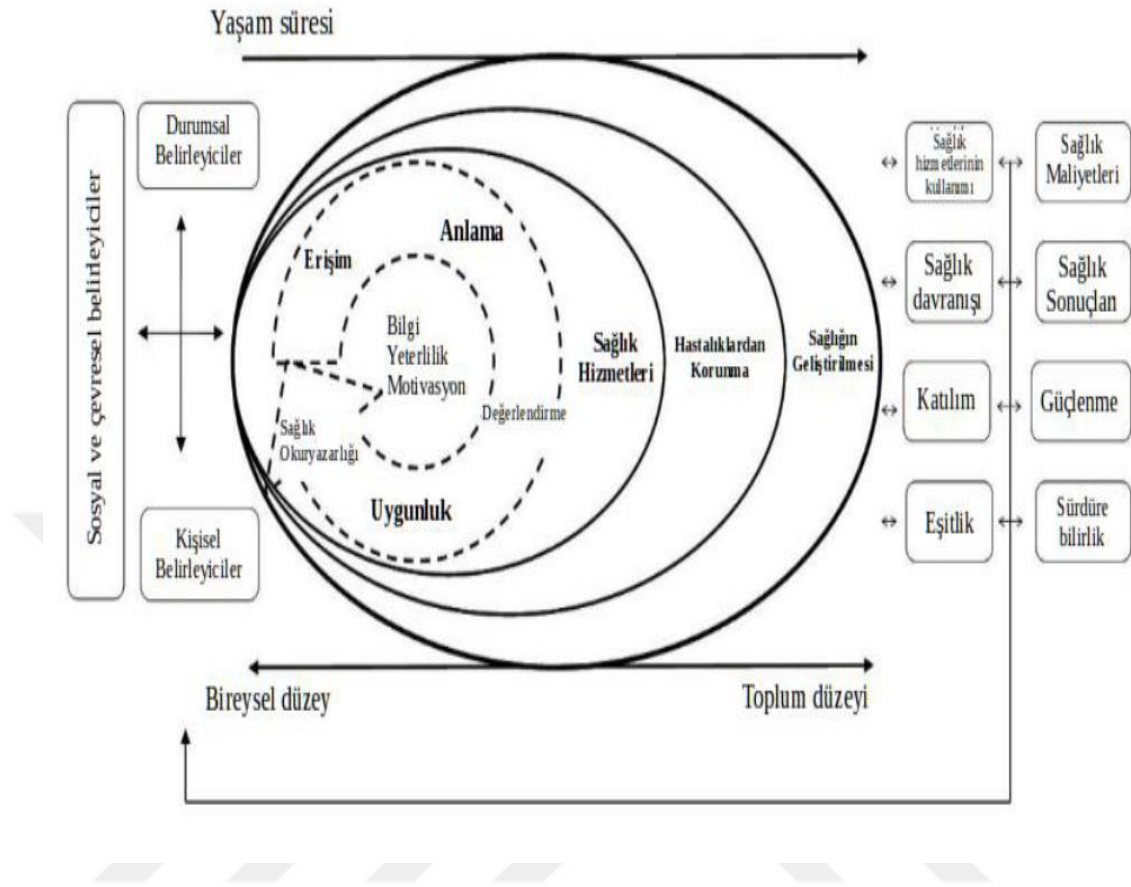
Bu konunun öncülü Don Nutbeam'den sonra kavramsal model olarak farklı yıllarda Arozullah, İnstitute of Medicine, Zarcadoolas Pleasent ve Greer , Speros, Paasche-Orlow ve Wolf, Mancuso, Manganello ve Freedman farklı kavramsal modeller ortaya koymuşlardır.(31)

Sorensen ve arkadaşları, sağlık okuryazarlığının kavramsallaştırılmasıyla ilgili birçok model sunulmasına rağmen bu modellerin hiçbirinin gelişen sağlık okuryazarlığı tanımları ve yetkinlikleri bakımından yeteri kadar kapsamlı olmadığını düşünmektedirler. Sağlık okuryazarlığı kavramı farklı boyutlardaki birçok bilgiyi gerektirirken, mevcut modellerin çoğu statik bir yapıya sahiptir ve bu modeller sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisine erişme, anlama ve kullanma gibi sıralı adımları içeren bir süreç olduğunu açık bir şekilde ortaya koymamaktadırlar. (14)

Aynı şekilde bu kavramsal modellerin çoğu, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri belirlerken ve bu faktörlerin sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık maliyetleri ve sağlık sonuçları üzerindeki etkilerinden bahsederken sağlık okuryazarlığı ile bağlantılı diğer konular ve bunların öncesi ve sonuçları yeterince açık bir şekilde ortaya koymamaktadır. (14)

Mevcut kavramsal modellerden çok azının deneysel olarak doğrulandığını düşünen Sorensen ve arkadaşları , yukarıda bahsettikleri tüm bu eksikliklerin giderilmesi için mevcut kavramsal modellerin ana ölçülerini de yansıtan bütüncül bir model sunmuşlardır.(14)

Model sağlık okuryazarlığının temel boyutlarını özetleyerek ve sağlık okuryazarlığı ile bağlantılı konuların yanı sıra sağlık okuryazarlığı üzerinde etkisi olan yakın ve uzak bütün faktörleri göstererek bir kavramsal modelin niteliklerini ortaya koymaktadır.(32)



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli (Sorensen ve ark. 2012)

Modelin merkezinde sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama ile ilgili yeterlilik bulunmaktadır. Bu süreç dört tip yeterlilik gerektirmektedir. Sağlık bilgisini bulma ve elde etme yeteneği, ulaşılan sağlık bilgisini anlama yeteneği, ulaşılan sağlık bilgisini çevirme, filtreleme, karar verme ve değerlendirme yeteneği ve elde edilen bilginin sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için karar verme aracı olarak kullanma yeteneğidir. Tüm bu yeterliliklerin her biri sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu sunmaktadır.(33)

Bu model sayesinde sağlık okuryazarlığının “tıbbi” kavramsallaştırılması ile “halk sağlığı” perspektifi bütünleştirilmiştir. Ayrıca Sorensen ‘in bu modeli Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Projesi (HLS-EU) kapsamında geliştirildiğinden literatürde Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Modeli olarak da adlandırılmakta ve geniş kabul görmektedir.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ

Kapsamlı ve doğru eğitim ile yeterli sağlık politikaları sayesinde belirli bir yetkinlik düzeyine ulaşması beklenen bireylerin, kendi sağlık durumlarının yanı sıra toplumun sağlığını koruma ve geliştirme açısından da önemli işlevleri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık sorunlarının önlenmesi, erken tanı, uygun tedavi ve kaybedilen yetilerin kazandırılması bireyin sağlık okuryazarlığının düzeyiyle doğrudan ilişkilidir.

Sağlık okuryazarlığı alanında öncü isimlerden biri olan Nutbeam sağlık okuryazarlığını temel, interaktif ve kritik olmak üzere üç düzeyde ele almaktadır.(34)

Temel işlevsel sağlık okuryazarlığı: Tıbbi durumları da kapsayacak şekilde günlük hayatta gereken temel okuma ve yazma becerileri.(34)

İletişimsel (interaktif) sağlık okuryazarlığı: Fonksiyonel sağlık okuryazarlığının ötesinde daha gelişmiş sosyal becerileri ifade eder; (günlük hayata aktif katılmak için gereken sosyal becerilerle verilen bilgileri anlama ve bu bilgilere göre farklı iletişim şekilleri kullanarak değişen durumlara uyum sağlama becerileri bütünüdür). Bir başka tanımla ise, bireylerin sağlık sunucularıyla iletişim kurabilmesi için gereken sosyal ve bilişsel becerilere sahip olmasıdır. (34)

Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Bireylerin edindikleri bilgileri yorumlayabilme ve kullanabilme becerilerini ifade eder. Sağlık okuryazarlığının bu boyutunun, sağlığa yön veren sosyal ve politik durumları anlama ve bu durumların sonuçlarını değerlendirme gibi yönleri de vardır. Bu düzeyde sağlık okuryazarlığını geliştirmek üzere sağlık eğitimi; sağlığın ana belirleyicilerini sorgulama becerileri kazandırmayı hedefler.(34)

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri ve Hedefler

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Eğitim Hedefi	İçerik	Bireysel Fayda	Toplumsal Fayda	Eğitimsel Aktivite Örneği
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı : Bilginin doğru aktarımı	Sağlık riskleri ve sağlık hizmeti kullanımı üzerine doğru bilgilerin aktarılması	Sağlık riskleri ve sağlık hizmetleri ve öngörülen durumlarla ilgili uyumun geliştirilmesi/ iyileştirilmesi	Toplum sağlığı programlarına katılımın artırılması (bağışıklama taraması)	Mevcut kanallar aracılığıyla bilgi aktarımı, fırsatçı kişilerarası iletişim ve mevcut medya
İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı : Kişisel yeteneklerin geliştirilmesi	Önceki hedeflere ek destekleyici bir ortamda hastanın becerilerini geliştirme	Kendine güven, motivasyon ve bilgide bağımsız hareket edebilme kabiliyetlerinin geliştirilmesi	Sosyal normları etkilemek için geliştirilmiş Kapasite ve sosyal gruplarla karşılıklı etkileşim	İhtiyaca özel sağlık iletişimi, toplum sağlığı ve sosyal destek gruplarının kolaylaştırılması ; iletişim için farklı kanalları birleştirilmesi
Kritik Sağlık Okuryazarlığı : Toplumsal ve bireysel güçlendirme	Önceki hedeflere ek sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri hakkında bilgi sağlanması ve sağlık politikalarına ulaşma	Sosyal ve ekonomik güçlülere karşı dayanıklılık kazanma	Sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri üzerinde harekete geçme kapasitesini arttırmak ve toplumun güçlendirilmesi	Toplum eylemlerini desteklemek için teknik tavsiyelerin sağlanması, toplumun geliştirilmesi için toplumu n ileri gelen liderleri ve politikacılarla iletişimin geliştirilmesi

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

Sınıflandırmada farklı okuryazarlık düzeylerinde belirtilen özellikler arasındaki ayırım, kademeli mantık yaklaşımıyla üst basamakta daha fazla bağımsızlık

ve kişisel yetkilendirmeyi ortaya koyar. Düzeyler arasındaki ilerleme sadece eğitim yoluyla bilişsel gelişmeye bağlı değil, aynı zamanda farklı bilgilerle, mesajlarla karşılaşma pratiğine de dayalıdır. Günlük yaşamdaki deneyimlerde kişilerin beceri kapasitelerinin artmasına olanak sağlayabilmektedir. Bu pratiklerdeki iletişim kurma biçimi, kişilerarası iletişimi yönetme becerisi gibi deneyimler de düzeyler arasındaki gelişimi ortaya çıkarmaktadır.

Bireylerin sağlık okuryazarlık becerilerinin gelişimi için, medya yoluyla sunulan sağlık bilgisine erişim, anlama ve uygulamanın önemine değinen Manganello Nutbeam'ın yaptığı fonksiyonel, interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı sınıflandırmasına ek olarak, medya mesajlarının eleştirel olarak değerlendirilme kabiliyeti olan medya okuryazarlığına da yer vermiştir.(35)

Sağlık okuryazarlığına ilişkin başka bir sınıflandırmada sağlık okuryazarlığı; temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olmak üzere 4 temel alanda ele alınmıştır. Temel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı için kilit öneme sahiptir; okuma, yazma, konuşma, sayılarla işlem yapma becerilerini içermektedir. Bilimsel okuryazarlık, bilim ve teknolojiyi anlama ve kullanma ile ilgili becerileri tanımlamaktadır. Yurttaşlık okuryazarlığı, kamusal konuların farkında olma, bu konularla ilgili ciddi tartışmalara dâhil olma ve karar verme süreçlerine katılma becerilerini ve yeteneklerini ifade etmektedir. Kültürel okuryazarlık ise bilgiyi yorumlama ve bu bilgiden yola çıkarak harekete geçme sürecinde farklı bireylerin sosyal kimliklerini, âdetlerini, kolektif bilinçlerini fark etme, anlama ve kullanma becerilerini içermektedir.(36)

Nutbeam ile Zarcadoolas ve diğerlerinin sağlık okuryazarlığı sınıflandırmalarına bakıldığında, kavramlara vermiş oldukları isimler farklı olsa da konuya bakış açıları aynıdır. Bununla beraber Zarcadoolas ve diğerlerinin yapmış olduğu sınıflandırmanın, daha geniş ve geliştirilmiş olduğu görülmektedir. Zarcadoolas ve diğerlerinin yapmış olduğu sınıflandırmada, bir alandaki okuryazarlık becerisinin başka yetkinlikler gerektiren diğer bir alandaki okuryazarlık eksikliğini telafi edebildiği; aynı zamanda sahip olunan yetkinliklerin, diğer okuryazarlık becerilerinin geliştirilmesine katkıda bulunabileceği de belirtilmektedir.(37)

SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Kişilerin bireysel becerileri sağlık okuryazarlığının önemli bir parçasıdır. Ancak sağlık okuryazarlığı sadece bireysel becerilerden ibaret değildir. Sağlık okuryazarlığı; sağlık sistemlerinin ve sağlık profesyonellerinin, sağlık bilgilerini ve sağlık hizmetlerini ne kadar anlaşılabilir ve uygulanabilir yaptıklarını da yansıtır. Sağlık profesyonelleri, medya, resmi ve özel sektör kuruluşları sağlık bilgilerini çoğunlukla anlaşılması ve uygulanması zor şekilde sunabilmektedirler. Sağlık profesyonelleri ile bunların dışındaki kişilerin etkileşimi bireysel ve toplumsal sağlık okuryazarlığını etkilemektedir.(38)

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin bireysel becerilerinin sağlık ortamları, sağlık sistemi, eğitim sistemi ve aile, iş ve toplumdaki sosyal ve kültürel faktörler ile etkileşmesi ile şekillenmektedir.(8)

Bireylerin aile ve arkadaş yapısı, çevresel ve politik ortamı, yaşadığı coğrafi bölge, konuştukları dil ve yaşadıkları ülkede göçmenlik durumları gibi etmenler sağlık okuryazarlığını etkileyen kültürel faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar, ABD’de yaşayan ve İngilizce dışında başka bir dil konuşan bireylerin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Aynı araştırmada gelir seviyesi düşük olanlarda, siyahilerde ve ileri yaşlarda olanlarda düşük sağlık okuryazarlık oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (39)

Levin-Zamir ve arkadaşlarının İsrail’de yaptıkları bir çalışmada, bireylerin dini inançlarının da sağlık okuryazarlık düzeylerini etkilediği belirlenmiştir.(40)

Yapılan tüm bu araştırmalarda görülmüştür ki bireylerin sağlık okuryazarlığı; eğitim seviyesi ,yaş, yaşadığı ülkedeki konuşulan anadili ne kadar bildiği, gelir durumu, bireysel yetenekleri, algılama gücü, geçirilmiş hastalıklar ,sayısal ve sözel yetenek, ülkenin sağlık politikaları, sağlık profesyonellerinin açıklamaları, coğrafi konum, dini inanç, medyadaki sağlık bilgileri, kişinin göçmenlik durumu ve etnik yapısı gibi bir çok faktörden etkilenmekte ve şekillenmektedir.

SAĞLIK OKUR YAZARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık okuryazarlığının, kişinin kapasitesi, yazılı okuryazarlığı, sözel okuryazarlığı ile sağlık sisteminin kişiye sunduğu aktiviteleri yönetmesi gibi farklı boyutlarda değişik çıkış noktaları ile tanımlanması ölçüm araçlarının da farklılık

oluşturacağına açıkça işaret etmektedir. Bu sebepten dolayıdır ki zamanla birçok ölçek geliştirilmiştir.

En sık kullanılan ölçüm araçları ise “Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini” (Rapid Estimate Of Adult Literacy in Medicine [REALM]), “Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçümü” (Test of Functional Health Literacy in Adults [TOFHLA]) ve “En Yeni Yaşamsal Bulgu” (Newest Vital Sign [NVS])’dır (Baker, 2006). REALM ve TOFHLA’ nın kısa versiyonları olan REALM-R ve S-TOFHLA’ da sık kullanılan testlerdendir.(41) Ancak sağlık bilgisine ulaşma bilgiyi anlama değerlendirme ve kullanma süreçlerini değerlendiren sorulardan oluşan HLS-EU sağlık okuryazarlığı en geniş kapsamlı sağlık okuryazarlığı ölçeği olarak kullanılmaktadır ve Türkçe validasyonu mevcuttur.(42)

Tüm bu testlerin dışında Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (Single Item Literacy Screen), Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Tahmini Ölçeği (Brief Estimate of Health Knowledge and Action.), Tıbbi Formları Kendi Kendinize Doldurma Konusunda Ne Kadar iyisiniz? (How confident are you filling out medical forms by yourself?), Geniş Aralıklı Ulaşım Testi(WRAT- Wide Range Achievement Test) Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Public Health Literacy Scale) SOS Kısaltması (SOS Mnemonic), Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri (HLSQMs - Health Literacy Screening Question Methodologies),e- Sağlığı Okuryazarlık Ölçeği (eHEALS- eHealth Literacy Scale) , Tıbbi Terim Tanıma Testi (METER- Medical Term Recognition Test), İspanyol Yetişkinler için Sağlık Okuryazarlığı Kısa Değerlendirilmesi(SAHLSA-Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults) Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirilmesi(ABLE -Adult Basic Learning Examination), Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirilmesi (LAD -Literacy Assessment for Diabetes), Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS- Health Activities Literacy Scale),Sağlık Okuryazarlık Becerileri Enstrümanı(Health Literacy Skills Instrument) isimlerinde bir çok ölçek geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur.

Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA)

Okuma akıcılığını ölçen TOFHLA, sağlık hizmetleri ile ilgili okuma, yazma ve sayısal becerilerin ölçülmesi için Baker ve arkadaşları tarafından ABD’de geliştirilen

bir testtir.(43). Bu test özellikle sözel ve sayısal anlama becerileri üzerine yönelmektedir. Bir başka deyişle, nesnel ölçüt olarak kelime algılama, temel sayısal ve okuma anlayışı becerilerini ölçmektedir.(8) 50 sorudan oluşan sözel test bölümüyle hastanın, sağlık sisteminde var olan doğru materyallerle kısa yazıları okuması sağlanmakta, ayrıca bunların sonucun da hastanın okuduğu metni hangi ölçüde anlayabildiği ortaya koymaktadır.(44) Metinler, sağlıkla ilgili bazı temel yönergelerden; hasta hakları ve yükümlülüklerini kapsayan bilgilerden; standart ve tıbbi hastanelere ait bilgi formlarından oluşmaktadır. TOFHFLA' nın 17 sorudan oluşan sayısal test bölümüyle, hastanın doktoru tarafından kendisine verilen sayısal verileri ne düzeyde anladığı ve uyguladığı belirlenecektir. İngilizce, İspanyolca ve İbranice versiyonları mevcuttur. Diğer diller için uygun değildir ve uygulama süresi 22 dakikadır. TOFHFLA puanlamasına göre, okuryazarlık düzeyi üç kategoriye ayrılmaktadır.(45)

1. Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-59 puan);
2. Düşük düzey sağlık okuryazarlığı (60-74 puan);
3. Yeterli sağlık okuryazarlığı (75-100 puan).

Testin uzun zaman alması sebebiyle kısaltılmış şekli olarak Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (The Short Test of Functional Health Literacy in Adults, S-TOFHFLA) 1998 yılında geliştirilmiştir. S-TOFHFLA da aynı yetenekleri ölçer, toplam 7 dakika sürmektedir. S-TOFHFLA puanlaması ise aşağıdaki gibidir:

1. Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-16 puan);
2. Düşük düzey sağlık okuryazarlığı (17-22 puan);
3. Yeterli sağlık okuryazarlığı (23-36 puan).(45)

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Assessment of Adult Literacy in Medicine, REALM)

Koruyucu sağlık hizmetlerinde sınırlı okuma becerilerine sahip yetişkinlerin belirlenmesi konusunda doktorlara yardımcı olması için ABD'de geliştirilen bir ölçektir.(46) Bireylerin sağlık eğitim materyallerini okuyup anlamayla ilgili durumlarını ortaya koymak için tasarlanmış en yaygın ve eski kullanılan testtir. 66

maddelik bir sözcük tanıma ve telaffuz testidir. 66 tıbbi kelimeyi yüksek sesle okumayı kapsar. Bireyler verilen 66 kelimeyi tıbbi terimlerin listesi yüksek sesle okunur. (26)Basit kelimelerden başlar ve giderek zorlaşır. İngilizce dışında diğer diller için uygun değildir. Test sırasında anlamını bilmediği kelimeler için kişilere müdahalede bulunulmaz. Anlama ve sayısal becerileri ölçmez. Uygulama süresi 2-3 dakika arasında değişmektedir. REALM puanlamasına göre, okuryazarlık düzeyi üç kategoriye ayrılmaktadır.(47)

1. Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-44 puan);
2. Düşük sağlık okuryazarlığı (45-60 puan);
3. Yeterli sağlık okuryazarlığı (61-66 puan).

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Gözden Geçirilmiş (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine Revised REALM-R) ise, REALM testinin daha kısa uyarlanmış versiyonudur. Kısa bir zamanda gerçekleştirilebilmesi olumlu yönü olarak kabul edilirken, anlamayı ölçmemesi, sadece kelimeleri tanıma üzerine odaklanması dezavantajlı yön olarak belirtilmektedir. 8 kelimedenden oluşan testin uygulama süresi 2 dakikadır.(48)

En Yeni Yaşamsal Bulgu Testi (NVS)

En Yeni Hayati İşaret (Newest Vital Sign, NVS) testinin İngilizcesi ve İspanyolcası mevcuttur. NVS' nin tamamlanması yaklaşık 3 dakika sürmektedir. 6 sorudan oluşan ölçek bireyin bir besin üzerinde bulunan etiketini okuma ve anlamasını ölçer. NVS sınırlı okuma kapasitelerine sahip bireyleri teşhis etmek için demografik bilgileri kullanan bir testtir.(26)

Yaklaşık 3 dakika süren testte 0-1 puan yüksek ihtimalli sınırlı sağlık okuryazarlığını, 2-3 puan düşük ihtimalli sınırlı sağlık okuryazarlığını, 4-6 puan ise yeterli sağlık okuryazarlığını ifade eder.(49)

Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU)

Avrupa Birliği, sağlık okuryazarlığı araştırmasında kullanılmak üzere ölçek geliştirilmesi için; Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya'dan oluşan sekiz AB ülkesi bir araya gelerek HLS-EU Konsorsiyumunu oluşturdu.(31)

HLS-EU Konsorsiyumu; Sorensen ve arkadaşları tarafından belirlenen sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli ile sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanlarında, sağlık bilgisine ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerindeki bir işlevin zorluk ya da kolaylık derecesini değerlendiren soruları ilişkilendirilerek HLS-EU anketini geliştirdi. Bu anket Avrupa'daki en geniş kapsamlı sağlık okuryazarlığı çalışmasının ölçeği olarak kullanılmış ve valide edilmiştir.(31)

Testte bireylerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için, “çok kolay, kolay, zor, çok zor” ve “fikrim yok” seçeneklerinin olduğu 5’li likert ölçeği kullanılarak sorulan 47 soru bulunmaktadır. Halk sağlığı temelli HLS-EU, sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere üç alan açısından bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini değerlendirerek sağlık okuryazarlığını ölçer.(11)

Bu anketin Türkçe versiyonu bulunmaktadır ve bu anket 2014 yılında Sağlık Sen tarafından Türkiye genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmek için kullanılmıştır.(41)

Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği 32 (TSOY-32)

Ülkemizde Sağlık Okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik bir ölçek geliştirilmesi ile ilgili iş birliği önerisi Eylül 2013 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına getirilmiştir.

Bu tarihten sonra tarafların ortak çalışma kararı alınarak ilki 2013 yılındaki Ulusal Halk Sağlığı kongresi olmak üzere daha sonra sağlık okuryazarlığı ölçek geliştirme çalışmayı olmak üzere toplantılar düzenlenmiş ve “The European Health Literacy Survey (HLS-EU)” (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) çalışmasında geliştirilen çerçevenin kullanılmasına karar verilerek Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) geliştirilmiştir.(50)

Çalıştay sonrasında, Türkçe uyarlaması yapılmış olan ASOY-TR'nin maddelerinin sahada nasıl işlediğinin görülmesinin, yeni bir ölçek geliştirilmesi öncesinde faydalı olacağına karar vermiş ve çalışma düzenlenmiştir. Bu çalışma

sonrasında ölçeğin SOY’u genel olarak ölçtüğü ancak “tedavi ve hizmet”, “hastalıklardan korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” boyutlarını ayrı ayrı tanımlama sıkıntısı görülmüştür. Bu nedenle, yeni likert ölçeği için kavramsal çerçevede bir değişikliğe gidilmiş; ülkemiz özelinde kavramsal çerçevenin “hastalıklardan korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” boyutlarının birleştirilerek birlikte değerlendirilmesine karar verilmiştir. Bu amaç doğrultusunda çalıştayda önerilen maddelerin kullanılması ile 32 maddelik bir likert ölçek geliştirilmiştir. (50)

Geliştirilen ölçek, haliyle, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) olarak adlandırılmıştır. Geçerliliği ve güvenilirliği çalıştay tarafından yapılan analizlerle ortaya konmuştur. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma açısından 32 soru içeren ölçeğin değerlendirilmesi HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için şu formül kullanılmıştır. İndeks = (ortalama-1) x (50/3)

Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. 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): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı

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

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ BİRİNCİ BASAMAKLA İLİŞKİSİ

Sağlık okuryazarlığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sağlık eğitiminin birincil hedefi, erken çocukluk döneminden itibaren tüm yaş gruplarında toplumun sağlık bilincini yükseltmeye ve sağlık okuryazarlık düzeyini artırmaya yönelik bir araçtır. Bununla birlikte mobil hizmetler ve sağlık taramaları, kaçırılan sağlık eğitimi uygulamaları için bir fırsat olarak değerlendirilir.(51)

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmet sunumunda en önemli rol aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına düşmektedir. Toplumda uygun sağlık davranışlarının geliştirilmesi, ihtiyaç duyulan hizmetlere erişim, sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı ve sağlık bakımının her aşamasında yapılan bilgilendirmelerin bireylere sağlanması bakımından, aile hekimlerinin sağlık okuryazarlığı konusunda hem farkındalık hem de yetkinlik sahibi olması önemlidir. Aile hekimleri, kapsamlı ve tekrarlayan görüşmelerle, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirleyerek, sağlık okuryazarlık düzeyine uygun etkin müdahaleler ile hem bireysel hem de toplumsal sağlığın geliştirilmesine katkı sağlar.(52)

Yapılan çeşitli araştırmalar sınırlı sağlık okuryazarlığının çeşitli ekonomik etkilerinin olduğunu, düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlık hizmetleri etkin kullanmadığını ve daha yüksek tıbbi maliyetlere maruz kaldığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı üzerine önemini her geçen gün arttırmaktadır.

6. GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN TİPİ VE EVRENİ

Araştırmanın evrenini 26/11/2018-26/02/2019 tarihleri arasındaki S.B.Ü Okmeydanı E.A.H Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18-80 yaş aralığındaki hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı Kasım 2018 Şubat 2019 tarihleri arasında Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı 10207 hasta mevcuttu bunların 7128'i 18-80 yaş arasında bulunmaktaydı.

Çalışmaya kabul edilme kriterleri: S.B.Ü. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurmuş olmak, 18-80 yaş arasında olmak, araştırma gönüllük esasına dayandığından, hastaların çalışmaya katılmayı kabul ediyor olması, okur yazar olmak. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastaları, 18 80 yaş aralığının dışındaki hastaları, okuma yazma bilmeyenleri ve sağlık çalışanı olanlar alınmamıştır.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırma planlanırken Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İyi Klinik Uygulamalar kılavuzu okunmuştur ve bu çerçevede bilgilendiğimiz beyan edilmiştir. Dünya Tabipleri Birliğinin İnsanlar Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarla İlgili Etik İlkeleri konusunda Helsinki Bildirgesi okunmuş ve bu çerçevede bilgilendiğimiz beyan edilmiştir.

Araştırma planımız ve beyanlarımız ile 04.12.2018 tarihinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş 1051 sayılı karar ile etik açıdan çalışılması uygun bulunmuştur.

ÇALIŞMA YÖNTEMİ

Bu çalışmadaki veriler Okmeydanı E.A.H Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların poliklinikte geliş şikayetleriyle ilgili tanı tedavi işlemlerinin tamamlanmasının ardından, hastaların kendi rızaları alınarak yüz yüze görüşme yöntemiyle iki aşamalı anket uygulanarak elde edilmiştir.

Araştırma kesitsel tipte analitik bir araştırmadır. Katılımcılara araştırma hakkında kısaca bilgi verildikten sonra kendilerinden yazılı ve sözlü olarak onamları alınmıştır. Araştırmada kullanılan anket iki aşamalı olup birinci kısımda katılımcılara sosyodemografik özellikleri varsa mevcut kronik hastalıkları, hastalandıklarında ilk olarak ne yaptıkları, aile hekimine ne sıklıkta başvurdukları, birinci basamaktaki sağlık hizmetlerinden ne şekilde faydalandıklarını araştıran sorular yöneltildi. Araştırmanın ikinci kısmında ise Türkiye Sağlık Okuryazarlığı 32 ölçeği kullanılarak hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri tespit edilmeye çalışıldı.

Araştırmada kullanılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 (TSOY 32) sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve bu bilgiyi kullanma açısından hastayı sorgulayan 32 sorudan oluşmaktadır. Her bir sorudaki durumla ilgili 5 seçenek olup kişinin bu soruyla ilgili çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok şeklindeki yanıtlarından alınan puanla sağlık okuryazarlığı düzeyi tespit edilmeye çalışıldı.

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

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

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

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.

Araştırmanın %95 güven aralığı ve %5 hata payının hesaplanması sonucunda 238 kişi üzerinde araştırmanın gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda çalışmamıza katılmayı kabul eden 242 kişi araştırmaya dahil edilmiştir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 21 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. İncelenen değişkenlerde tanımlayıcı istatistik yapıldı. Sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, ortanca değerleri, kategorik değişkenler için yüzde oranları hesaplandı. Ortalamalar karşılaştırılırken Student's t-testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HDS testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen verilerin ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testi kullanıldı. $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi. Elde edilen sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirildi.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın birinci derecede kısıtlılığını tek merkezli yapılmış olması oluşturur. Araştırmamızın sonuçları Okmeydanı E.AH. GOP Hürriyet EASM ye başvurabilen hastaların sonuçlarını yansıtmaktadır; dolayısıyla elde edilen verilerden genelleme yapılamaz.

Çalışmamız kısa bir dönemde kış mevsiminde uygulanmıştır, dolayısıyla bu dönemde başvuran hasta sayısının ve profilinin farklılık göstermesi çalışmayı sınırlandırmış olabilir.

Çalışmamıza aile sağlığı merkezine gelebilen hastalar dahil edilmiştir. Bu sebepten ötürü aile sağlığı merkezine gelemeyen evde bakım hastaları, bakıma muhtaç hastalar ve çalışma saatlerinin EASM ye gelmesi uygun olmayan bireyler çalışma dışında kalmıştır. Bu bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin ölçülebileceği farklı çalışmalar planlanabilir.

7. BULGULAR

Araştırmamıza 242 gönüllü hasta katıldı. Katılımcıların 118 kişi ile %48,8 i erkek 124 kişi ile %51,2 si kadındı. Araştırmamıza katılanların 182'si (%75,2) evli, 60'ı (%20,2) ise bekar kişilerden oluşmaktaydı. Eğitim durumuna göre dağılımlarına baktığımızda ilkokul mezunu 49 (%20,2) ortaokul mezunu 59 (%24,4) lise mezunu 79 (%32,6) yüksek okul mezunu 6 (%2,5) üniversite ve üzeri 49 (%20,2) kişiden oluşmaktaydı.

Katılımcıların mesleki dağılımı ise ev hanımı 78 (%22,4) işçi 55 (%22,7) emekli 52 (%21,5) öğrenci 10 (%4,1) memur 27 (%11,2) serbest meslek 20 (%8,3) olarak tespit edildi. Sağlık güvencelerine baktığımızda olmayan 5 kişi (%2,1) SGK 232 kişi (%95,9) diğer sigortalar ise yine 5 kişi (%2,1) olarak tespit edildi. (Tablo 2)

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n	Total N %
Cinsiyet	Erkek	118	48,8%
	Kadın	124	51,2%
Medeni durum	Evli	182	75,2%
	Bekar	60	24,8%
Eğitim	İlkokul	49	20,2%
	Ortaokul	59	24,4%
	Lise	79	32,6%
	Yüksek okul	6	2,5%
	Üniversite ve üzeri	49	20,2%
Meslek	Ev hanımı	78	32,2%
	İşçi	55	22,7%
	Emekli	52	21,5%
	Öğrenci	10	4,1%
	Memur	27	11,2%
	Serbest meslek	20	8,3%
Sağlık güvencesi	Yok	5	2,1%
	SGK	232	95,9%
	Diğer	5	2,1%

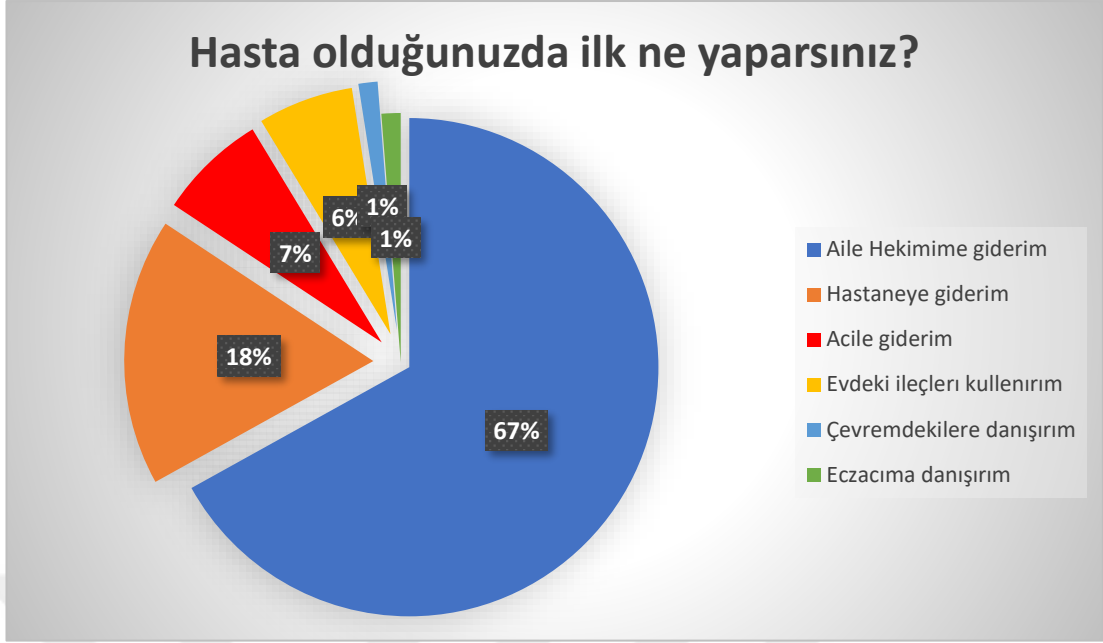
Katılımcıların hastalık durumlarında genelde ne yaptıklarını değerlendirilmesinde ise şu sonuçlar elde edildi. Hasta olduğunda ilk ne yaparsın sorusuna aile hekimime giderim diyenler 162 kişi (%66,9) ile çoğunluktaıdı. Hastaneye giderim diyenler 42 (%17,4), acile giderim diyenler 17 (%7) evdeki ilaçları kullanırım 15 (%6,2), çevremdekilere danışırım 3 (%1,2) ve eczacıma danışırım 3(%1,2) kişi olarak tespit edildi.

Genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz sorusuna ise Aile Hekimliği diyenler 162 kişi (%66,9) ile yine ilk sırada yer aldı. Sonrasında ise Devlet Hastanesi 64 kişi (%2,5), Üniversite Hastanesi 6 kişi (%2,5), Özel Hastane 9 kişi (%3,7) ve diğer seğenekler 1 kişi (%0,4) olarak tespit edildi.

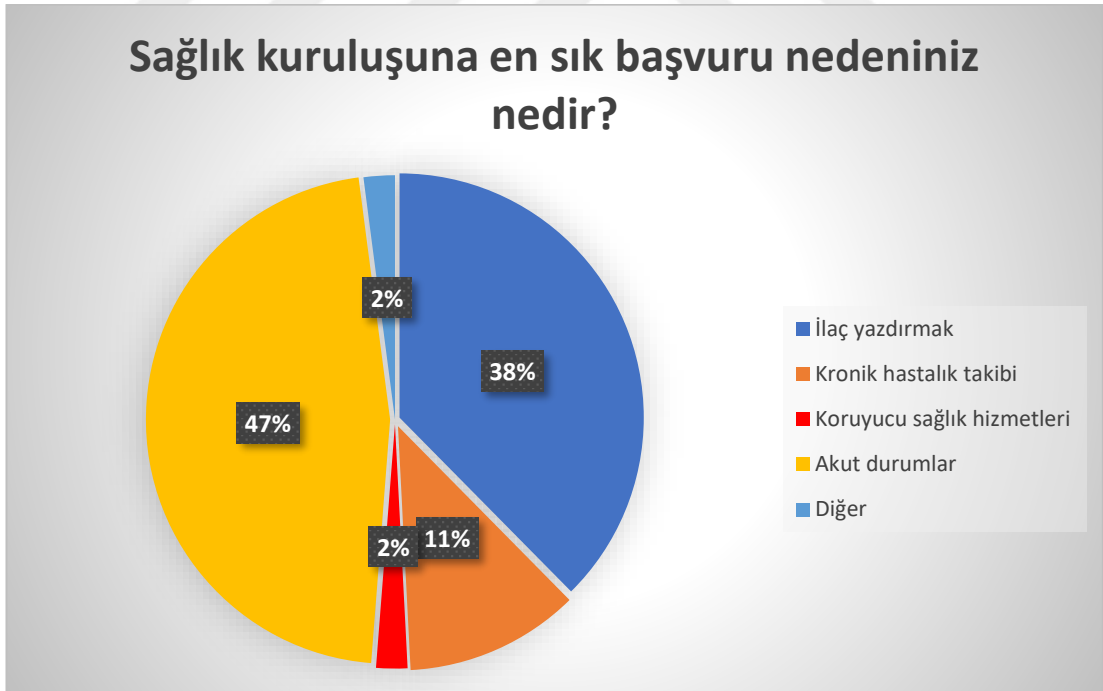
Sağlık kuruluşuna en sık başvuru sebebi sorgulandığında ise en sık akut durumlar 113 kişi (%46,7) ile ilk sırada yer aldı. Sonraki dağılım ise 91 kişi (%37,6) ilaç yazdırmak, 28 kişi (%11,6) kronik hastalık takibi, 5 kişi (%2,1) koruyucu sağlık hizmeti, 5 kişi (%2,1) diğer seğenekler olarak tespit edildi. (Tablo 3)

Tablo 3. Katılımcıların hasta olduklarında ne yaptıkları, hangi sağlık kuruluşuna başvurduklarını ve en sık başvuru nedenini gösteren tablo

		n	Total N %
Hasta olduğunuzda ilk ne yaparsınız?	Aile hekimime giderim	162	66,9%
	Hastaneye giderim	42	17,4%
	Acile giderim	17	7,0%
	Evdeki ilaçları kullanırım	15	6,2%
	Çevremdekilere danışırım	3	1,2%
	Eczacıma danışırım	3	1,2%
Genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?	Aile hekimliği	162	66,9%
	Devlet hastanesi	64	26,4%
	Üniversite hastanesi	6	2,5%
	Özel hastane	9	3,7%
	Diğer	1	0,4%
Sağlık kuruluşuna en sık başvuru nedeniniz nedir?	İlaç yazdırmak	91	37,6%
	Kronik hastalık takibi	28	11,6%
	Koruyucu sağlık hizmetleri	5	2,1%
	Akut durumlar	113	46,7%
	Diğer	5	2,1%



Şekil 2.Hasta olduklarında ilk ne yaptıklarını gösteren pasta grafiği



Şekil 3. Sağlık kuruluşuna en sık başvuru nedenini gösteren pasta grafiği

Katılımcıların aile hekimine başvurma ve kanser taramalarından faydalanma durumlarının sorgulandığında ise şu sonuçlar elde edildi: Katılımcıların son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu 178 kişi (%73,6) ile çoğunluğu oluştururken, başvurmayanlar ise 64 kişi (%26,4) olarak tespit edildi.

50 yaşını geçen katılımcıların dışkıda gizli kan taraması yaptırma durumları sorgulandığında 11 kişi (%9,8) 'nin yaptırdığı, 102 kişinin (%90,2) ise yaptırmadığı saptandı. 40 yaş üstü bayanlarda meme kanseri taraması için mamografi çektirenler 15 kişi (%19,2) ile tespit edilirken çektirmeyenler 63 kişi (%80,2) olarak çoğunlukta idi.

21-65 yaş arası bayanlarda son 3 yıl içerisinde serviks kanseri taraması (papsmear) 33 kişi (%32,6) iken tarama yaptırmayanlar 68 kişi (%67,4) olarak tespit edildi.(Tablo 4)

Tablo 4. Katılımcıların aile hekimine başvurma ve kanser taramalarından faydalanma durumlarının değerlendirilmesi

		N	Toplam N %
Son 1 yıl içinde aile hekimine başvurma durumu	Evet	178	%73,6
	Hayır	64	%26,4
Kolon kanseri taraması için dışkıda gizli kan testi yaptırdın mı?(50 yaş üstü)	Evet	11	%9,8
	Hayır	102	%90,2
Meme kanseri taraması için mamografi çektirdin mi?(40 yaş üstü)	Evet	15	%19,2
	Hayır	63	%80,2
Son 3 yıl içinde serviks kanseri testi(papsmear) yaptırdın mı?(21-65 yaş arası)	Evet	33	%32,6
	Hayır	68	%67,4

Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı 32 Ölçeğinden (TSOY 32) aldıkları puan ve yaş değerlerinin istatistiksel değerlendirilmesi ise şu şekilde tespit edilmiştir. En küçük yaştaki katılımcı 18 en büyük yaştaki katılımcı 80 yaşındadır, ortalama yaş $47,12 \pm 16,59$ yıl saptanmıştır. Katılımcıların TSOY 32'den aldıkları puanlar ise minimum 4 puan maksimum 46 puan şeklinde tespit edilmiş ortalama puan 29,77 olarak hesaplanmıştır. (Tablo 5)

Tablo 5. Katılımcıların TSOY 32 ve yaş değerlerinin istatistiksel değerlendirilmesi

	N	Min	Max	Ort.	Std, sapma
TSOY32P	242	4	46	29,77	5,36
Yaş	242	18	80	47,12	16,59

Katılımcıların TSOY 32 den aldıkları puanları incelediğimizde yetersiz sağlık okuryazarlığı tespit edilen %12,8 oranla 31 kişi, sınırlı sağlık okuryazarlığı tespit edilen %64,5 oranla 156 kişi, yeterli düzeyde tespit edilen %21,5 oranla 52 kişi, mükemmel tespit edilen ise %1,2 oranla 3 kişi olarak bulunmuştur. (Tablo 6)

Tablo 6. Katılımcıların TSOY 32 puan derecelendirmesi

	n	%
Yetersiz	31	12,8
Sınırlı	156	64,5
Yeterli	52	21,5
Mükemmel	3	1,2
Total	242	100,0

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi ile sosyodemografik özelliklerinin, hastalandıklarındaki davranış durumları kıyaslandığında erkek katılımcılardan 24'ünde (%20,3) sağlık okuryazarlığı yeterli saptanırken kadın katılımcıların 31 inde (%25) sağlık okuryazarlığı yeterli olarak tespit edilmiştir. İstatiksel olarak her iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Bekar katılımcılarda sağlık okuryazarlık düzeyi %41,7 (25 kişi) lik oranla evli katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi oranı olan %16,5 (30 kişi) dan fazla çıkmış olup bu oran istatiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir. (p=0,001)

Eğitim durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri kıyaslandığında ise üniversite mezunlarının %49 (24 kişi) luk oranla diğer gruplardan yeterlilik açısından yüksek çıktığı ve bunun istatiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi.

Meslek grupları arasında yapılan karşılaştırmada öğrencilerin %50 lik (5 kişi) ve memurların %59,3 (16 kişi) lük oranla diğer gruplara karşı yeterli sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğu saptandı ve bunun istatiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi.(p=0,001)

Hasta olduğunuzda ilk ne yaparsın sorusuna verilen cevaplarla sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişki kıyaslandığında; aile hekimime giderim diyenlerin %22,8'i (37 kişi), hastaneye giderim diyenlerin %26,2'si (11 kişi), acil servise giderim diyenlerin %11,8'i (2 kişi), evdeki ilaçları kullanırım diyenlerin %20 si (3 kişi), çevreme danışırım diyenlerin %33,3'ü (1 kişi) ve eczaneme danışırım diyenlerin %33,3'ü (1 kişi) sağlık okuryazarlığı açısından yeterli düzeyde tespit edilmiştir. İstatiksel olarak bu gruplar arasında anlamlı fark saptanamamıştır. (p=0,745)

Genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında; özel hastaneye giderim diyenlerde yeterli sağlık okur yazarlığı düzeyine sahip olanların oranı %66,7(6 kişi),üniversite hastanesine başvururum diyenlerde yeterli sağlık okur yazarlık düzeyine sahip olanların oranı %50 (3 kişi), aile hekimliğine başvururum diyenlerde bu oran %20,4 (33 kişi), devlet hastanesine başvururum diyenlerde bu oran %18,8 (12 kişi) ve diğer seçeneğini işaretleyen 1 kişide bu oran %100 tespit edilmiş olup sonuç istatiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir. İstatiksel olarak anlamlı farkı oluşturan özel hastaneye giderim diyenler olmuştur.

Sağlık kuruluşuna en sık başvuru nedenini sorguladığımızda; koruyucu sağlık hizmetlerini almak isteyenlerde yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olanların oranı %40 (2 kişi), akut durumlar nedeniyle başvuranlarda bu oran %26,5 (30 kişi) kronik hastalık takibine gelenlerde %25 (7 kişi), ilaç yazdırmaya gelenlerde %14,3 (13 kişi) ve diğer sebepler nedeniyle başvuranlarda bu oran %60 (3 kişi) tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı farkı oluşturanlar diğer seçeneğini oluşturanlar olmuştur. (Tablo 7,8)

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik ve hastalık davranış özellikleriyle sağlık okuryazarlık düzeyinin karşılaştırması-1

		Sağlık okuryazarlık düzeyi				P
		Yetersiz		Yeterli		
		N	Total N %	N	Total N %	
Cinsiyet	Erkek	94	79,7%	24	20,3%	0,387
	Kadın	93	75,0%	31	25,0%	
Medeni durum	Evli	152	83,5%	30	16,5%	0,001
	Bekar	35	58,3%	25	41,7%	
Eğitim durumu	İlkokul	45	91,8%	4	8,2%	0,001
	Ortaokul	56	94,9%	3	5,1%	
	Lise	56	70,9%	23	29,1%	
	MYO	5	83,3%	1	16,7%	
	Üniversite	25	51,0%	24	49,0%	
Meslek	Ev hanımı	64	82,1%	14	17,9%	0,001
	İşçi	45	81,8%	10	18,2%	
	Emekli	49	94,2%	3	5,8%	
	Öğrenci	5	50,0%	5	50,0%	
	Memur	11	40,7%	16	59,3%	
	Serbest meslek	13	65,0%	7	35,0%	

Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik ve hastalık davranış özellikleriyle Sağlık okuryazarlık düzeyinin karşılaştırması-2

		Sağlık okuryazarlık düzeyi				
		Yetersiz		Yeterli		
		N	Total N %	N	Total N %	
Hasta olduğunuzda ilk ne yaparsınız?	Aile hekimliği	125	77,2%	37	22,8%	0,745
	Hastane	31	73,8%	11	26,2%	
	Acil servis	15	88,2%	2	11,8%	
	Evdeki ilacı kullanırım	12	80,0%	3	20,0%	
	Çevreye danışırım	2	66,7%	1	33,3%	
	Eczaneye danışırım	2	66,7%	1	33,3%	
Genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?	Aile hekimliği	129	79,6%	33	20,4%	0,003
	Devlet hastanesi	52	81,3%	12	18,8%	
	Üniversite Hastanesi	3	50,0%	3	50,0%	
	Özel hastane	3	33,3%	6	66,7%	
	Diğer	0	0,0%	1	100,0%	
Sağlık kuruluşuna en sık başvuru nedeniniz nedir?	İlaç yazdırmak	78	85,7%	13	14,3%	0,033
	Kronik hastalık takibi	21	75,0%	7	25,0%	
	Koruyucu sağlık hizmetleri	3	60,0%	2	40,0%	
	Akut durumlar	83	73,5%	30	26,5%	
	Diğer	2	40,0%	3	60,0%	

50 yaş üzeri katılımcıların gaitada gizli kan testi yaptırıp yaptırmama durumuna göre sağlık okuryazarlık düzeylerini kıyasladığımızda şu sonuçları elde ettik: Gaitada gizli kan testi yaptırmış olanlarda yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olanlar %9,1 (1 kişi) oranında tespit edilirken yaptırmamış olanlarda bu oran %6,9 (7 kişi) olarak saptanmıştır ve bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. (Tablo 9)

Tablo 9. 50 yaş üzerindeki katılımcıların GGK testi yaptırma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyinin karşılaştırılması

50 yaş üstü katılımcıların GGK testi yaptırma durumu		Sağlık okuryazarlık düzeyi		Toplam	P
		Yetersiz	Yeterli		
Yaptırmış	N	10	1	11	0,584
	%	90,9%	9,1%	100,0%	
Yaptırmamış	N	95	7	102	
	%	93,1%	6,9%	100,0%	

Katılımcıların son 1 yıl içerisinde aile hekimine kontrol ve tetkik amaçlı başvuru durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde başvuru yapanlarda yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olanların oranı %20,2 ile 36 kişi olurken başvurmayanlarda bu oran %29,7 oranla 19 kişi olarak tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak her iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (Tablo 10)

Tablo 10. Son 1 yıl içinde aile hekimine kontrol ve tetkik amaçlı başvurma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyinin karşılaştırılması

Son 1 yıl içinde aile hekimine kontrol amaçlı başvurma durumu		Sağlık okuryazarlık düzeyi		Toplam	P
		Yetersiz	Yeterli		
Başvurmuş	N	142	36	178	0,121
	%	79,8%	20,2%	100,0%	
Başvurmamış	N	45	19	64	
	%	70,3%	29,7%	100,0%	

40 yaş üzerindeki bayan katılımcıların mamografi ile meme kanseri taraması yaptıran durumları ile sağlık okur yazarlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde şu sonuçları elde ettik: Mamografi taraması yaptıranlarda sağlık okur yazarlık düzeyi yeterli gelenlerin oranı %13,3 (2 kişi) saptanırken, tarama yaptırmamış olanlarda bu oran %9,5 saptanmıştır. İstatiksel olarak her iki grup arasında anlamlı fark tespit edilememiştir. (Tablo 11)

Tablo 11. Mamografi çektirme durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyinin karşılaştırılması

40 yaş üzerinde mamografi ile meme kanseri tarama durumu		Sağlık okuryazarlık düzeyi		Toplam	P
		Yetersiz	Yeterli		
Yaptırmış	N	13	2	15	0,662
	%	86,7%	13,3%	100,0%	
Yaptırmamış	N	57	6	63	
	%	90,5%	9,5%	100,0%	

21-65 yaş arasındaki bayan katılımcıların rahim ağzı kanser taraması amacıyla pap smear testi yaptırma durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde ise; Tarama testi yaptıranlar arasında yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olanların oranı %27,3 (9 kişi) saptanırken, yaptırmamış olanlarda yeterli düzeye sahip olanların oranı %25 (17 kişi) tespit edilmiştir. İstatiksel olarak her iki grup arasında anlamlı fark tespit edilememiştir. (Tablo 12)

Tablo 12. 21-65 yaş arası kadınların papsmear yaptırma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyinin karşılaştırılması

21-65 yaş arası smear yaptırma durumu		Sağlık okuryazarlık düzeyi		Toplam	P
		Yetersiz	Yeterli		
Yaptırmış	N	24	9	33	0,806
	%	72,7%	27,3%	100,0%	
Yaptırmamış	N	51	17	68	
	%	75%	25%	100,0%	

Katılımcıların sosyodemografik özellikleriyle hastalandıklarındaki davranış özelliklerinin TSOY 32 ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarını kıyasladığımızda bekar olanların ortalama puanlarının $32,63 \pm 5,10$ evli olanların ise ortalama puanlarının $28,82 \pm 5,11$ saptandığı ve bu farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi.

Katılımcıların eğitim durumuna göre kıyaslanmasında lise ve üniversite mezunlarının ortalama puanları sırasıyla $30,97 \pm 3,79$ ve $33,82 \pm 3,73$ tespit edilmiş olup ilkökul ve ortaokul mezunlarına göre puan ortalamaları yüksek saptandı lise ve üniversite mezunlarının ortalama puan yüksekliği istatiksel olarak anlamlı tespit edildi.

Meslek grupları arasındaki kıyaslamada ise memurların ortalama puanı $34,19 \pm 2,69$ olup diğer gruplardan yüksek saptandı ve bunun istatiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi. Ev hanımı, işçi ve emekli olanların ortalama puanları diğer gruplara göre düşük tespit edildi ve bunun istatiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. (Tablo 13)

Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik ve hastalık davranış özellikleriyle TSOY 32 puan ortalamalarının karşılaştırılması-1

		TSOY32P			p
		n	Ort.	St. sapma	
Cinsiyet	Erkek	118	29,69	5,27	0,973*
	Kadın	124	29,85	5,47	
Medeni durum	Evli	182	28,82	5,11	0,001*
	Bekar	60	32,63	5,10	
Eğitim durumu	İlkokul	49	26,14	6,46	0,001**
	Ortaokul	59	27,49	4,31	
	Lise	79	30,97	3,79	
	MYO	6	32,83	5,04	
	Üniversite	49	33,82	3,73	
Meslek	Ev hanımı	78	28,53	5,81	0,001**
	İşçi	55	30,15	4,44	
	Emekli	52	27,79	5,32	
	Öğrenci	10	33,40	3,50	
	Memur	27	34,19	2,69	
	Serbest meslek	20	30,95	5,13	

Hasta olduğunuzda ilk ne yaparsınız sorusuna verilen yanıtlarda çevreme danışırım diyenlerin ortalama puanı $31 \pm 5,29$ olup diğer gruplardan yüksek saptansa da bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz sorusuna özel hastaneye giderim diyenlerin ortalama puanı $33,56 \pm 3$ olup diğer gruplardan yüksek saptansa da istatistiksel olarak diğer gruplarla arasında anlamlı fark bulunamadı.

Sağlık kuruluşuna en sık başvuru nedeni sorgulandığında diğer sebepler seçeneğini işaretleyenlerin ortalama puanı $37,60 \pm 5,32$,akut durumlar seçeneğini işaretleyenlerin ortalama puanı $30,87 \pm 3,85$ ve ilaç yazdırmak diyenlerin ortalama puanı $28,36 \pm 5,56$ saptanmış her ne kadar puan ortalaması diğer sebepleri işaretleyenlerin yüksek çıksa da istatistiksel olarak anlamlı farkı oluşturan akut durumlar seçeneğini işaretleyenler olmuştur ve yine istatistiksel olarak ilaç yazdırmak için gelenlerin ortalama puanları diğer gruplara göre anlamlı düşük saptanmıştır.(Tablo 14)

Tablo 14. Katılımcıların sosyodemografik ve hastalık davranış özellikleriyle TSOY 32 puan ortalamalarının karşılaştırılması-2

		TSOY32P			p
		n	Ort.	St.sapma	
Hasta olduğunuzda ilk ne yaparsınız?	Aile hekimliği	162	29,85	5,10	0,842**
	Hastane	42	29,86	6,18	
	Acil servis	17	29,12	4,62	
	Evdeki ilacı kullanırım	15	30,53	2,90	
	Çevreye danışırım	3	31,00	5,29	
	Eczaneye danışırım	3	22,67	15,50	
Genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?	Aile hekimliği	162	29,87	4,66	0,876**
	Devlet hastanesi	64	29,41	5,71	
	Üniversite Hastanesi	6	24,33	13,85	
	Özel hastane	10	33,56	3,00	
Sağlık kuruluşuna en sık başvuru nedeniniz nedir?	İlaç yazdırmak	91	28,36	5,56	0,001**
	Kronik hastalık takibi	28	28,36	7,76	
	Koruyucu sağlık hizmetleri	5	30,60	4,04	
	Akut durumlar	113	30,87	3,85	
	Diğer	5	37,60	5,32	

*Mann Whitney-U

**Kruskal Wallis

Katılımcıların kronik hastalık durumları ile TSOY 32’den aldıkları puanları kıyasladığımızda hiç hastalığı olmayan grubun ortalama puanlarının,, bir hastalığı olan grup veya birden fazla hastalığı olan gruba göre daha yüksek çıktığı bununda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Bu durumu kronik hastalığı olmayan gruptaki katılımcıların yaş ortalamasının daha küçük olması ve eğitim seviyesinin daha yüksek olması açıklayabilir. (Tablo 15)

Tablo 15. Katılımcıların kronik hastalık durumları ile TSOY 32 puan ortalamalarının karşılaştırılması

Kronik hastalık durumu	N	TSOY32 Ort.	Std. Sapma	Min	Max	P
Kronik hastalığı olmayan	114	31,52	4,05539	22,00	46,00	0,0001
1 kronik hastalığı olan	49	28,44	6,17475	4,00	42,00	
2 ve üzeri kronik hastalığı olan	79	28,05	5,73540	6,00	42,00	
Total	242	29,76	5,36047	4,00	46,00	

Katılımcıların yaş gruplarıyla TSOY 32 ‘den aldıkları puan ortalamalarının kıyaslanmasında 18-40 yaş arası genç grubun ortalama puanlarının diğer orta ve yaşlı gruba göre daha yüksek olduğu saptandı ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. (Tablo 16)

Tablo 16. Katılımcıların yaş gruplarıyla TSOY32 puan ortalamalarının karşılaştırılması

Yaş	N	TSOY32 Ort.	Std. sapma	Min	Max	P
18-40 yaş arası	88	32,72	4,52	12	46	0,0001
41-65 yaş arası	118	28,95	4,20	4	38	
65 yaş üstü	36	25,19	6,49	6	42	
Total	242	29,76	5,36	18	46	

Yaş gruplarıyla TSOY 32'den alınan puanların yeterlilik seviyesi kıyaslandığında; sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli oranı en yüksek olan grubun yine 18- 40 yaş arası gençler grubu olduğu belirlendi ve durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. (Tablo 17)

Tablo 17. Katılımcıların yaş ortalamalarıyla sağlık okuryazarlık düzeylerinin karşılaştırılması

		Sağlık okuryazarlık düzeyi		Toplam	P
		YETERSİZ	YETERLİ		
18-40 yaş arası	N	48	40	88	0,001
	%	54,5%	45,5%	100,0%	
41-65 yaş arası	N	104	14	118	
	%	88,1%	11,9%	100,0%	
65 yaş üstü	N	35	1	36	
	%	97,2%	2,8%	100,0%	
Total	N	187	55	242	

8. TARTIŞMA

SOY bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme, anlayabilme ve harekete geçme becerisi olarak ifade edilebilir. SOY, sağlıkla ilgili bilgileri okuma, dinleme analiz etme ve bunlarla ilgili çıkarımda bulunarak gerekli şekilde kullanmayı içermektedir.

Düşük SOY seviyesi, kişilerin sağlık hizmeti almalarının önünde kendilerinden kaynaklanan bir engeldir. SOY bireylere sağlık sistemi içinde kolaylıkla yön bulmalarını sağlamaktadır.

Sağlık okuryazarlığının düşük olduğu ülkelerde artan kötü sağlık sonuçlarının sıklığı, kronik hastalıkların yönetimindeki yetersizlik, artan sağlık hizmeti maliyetleri, gereksiz acil servis başvuruları gibi durumların sağlık okur yazarlığı yüksek olan ülkelere göre daha sık rastlanması sağlık okuryazarlığının önemi bir kez daha ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda EASM' deki aile hekimliği polikliniğimize başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi ile birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımı arasındaki ilişkiyi değerlendirdik. Çalışma kapsamında bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği 32 (TSOY-32) kullanılarak belirlendi. Ölçek 2016 yılında literatüre kazandırıldığından bu ölçek ile yapılmış çalışmalar kısıtlı olduğundan, farklı ölçeklerden elde edilen verilerde tartışma kısmında kullanıldı.

Çalışmamıza Okmeydanı EAH GOP Hürriyet EASM aile hekimliği polikliniğimize başvuran 18-80 yaş aralığındaki 242 hastayı dahil ettik. Çalışmamızda hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi TSOY 32 ölçeği aracılığıyla ölçüldü ve katılımcıların sosyodemografik özellikleriyle birinci basamak sağlık hizmeti kullanımları arasındaki ilişki incelendi.

Çalışmamıza katılanların 118'i erkek 124'ü kadındı, yaş ortalamaları 47,1 ±16,5 yıldı. Katılımcıların 182'si (%75,2) evli, 60'ı (%24,8) bekarđı; eğitim durumları ise 49'u (%20,2) ilkokul, 59'u (%24,4) ortaokul, 79'u(%32,6) lise, 6'sı (%2,5) yüksekokul ve 49'u (%20,2) üniversite mezunuydu. Çalışma durumları ise 78'i

(%32,2) ev hanımı, 55'i (%22,7) işçi, 52'si (%21,5) emekli, 10'u(%4,1) öğrenci, 27'si (%11,2) memur ve 20'si(%8,3) serbest meslek sahibiydi.

Çalışmamıza katılan bireylerin TSOY 32 ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $29,77 \pm 5,36$ ' idi. Bunların 31'i(%12,8) yetersiz, 156'sı(%64,5) sınırlı, 52'si(%21,5) yeterli ve 3'ü(%1,2) mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahipti. Okyay ve ark. yürüttüğü Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçekleri Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışmasında genel sağlık okuryazarlık puan ortalaması 29,5 bulunmuş olup bunların; yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi %27,2 sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %42,2 yeterli sağlık okuryazarlık düzeyi %24,8 ve mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyi %5,8 tespit edilmiştir.(50) Çalışmamızla genel sağlık okur yazarlığı ortalama puanı açısından neredeyse aynı çıkan çalışmada, yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyleri açısından çalışmamızla farklılık oluştursa da yeterli sağlık okuryazarlık düzeyi ve yeterli düzeyin altındaki toplam oran açısından sonuçlarımız yine benzer çıkmıştır.

Değerli ve ark. yaptığı ve TSOY 32'yi kullandığı bir başka çalışmada ortalama indeks puanı 28,8 bulmuştur.(53) TSOY 32'nin kullanıldığı bir başka çalışmada Berberoğlu ve ark. ortalama indeks puanları kadınlarda $25,0 \pm 9,3$ ve erkeklerde $24,8 \pm 9,5$ olarak bulmuştur. Ayrıca yetersiz sağlık okur yazarlık düzeyi oranı %51,7 sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi oranı %31,1 yeterli sağlık okuryazarlık düzeyi oranı %9,4 ve mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyi oranını %7,8 olarak tespit etmiştir.(54)

Yakar ve ark. TSOY 32'yi kullanarak yaptığı bir başka çalışmada ise anket puan ortalamasının 25,5 olduğu ve yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık oranının ise %75,7 olarak kendi çalışmalarında tespit etmişlerdir.(55)

Görüldüğü gibi TSOY 32 kullanılarak yapılan çalışmalarda ortalama indeks puanlar genelde benzer sonuçlardan oluşsa da, derecelendirmesindeki dağılımda farklılıklar tespit edilmiştir bunun sebebi de polikliniklere başvuran hastaların yaş, eğitim durumu ve bilişsel düzey farklılığı olabilir.

Durusu ve ark. TSOY 32'nin oluşturulmasında temel alınan HLS-EU CONSORTIUM (Health Literacy Survey-European Union Consortium) çalışmasındaki anketin Türkçe uyarlamasıyla yaptıkları çalışmada Türkiye'yi 12 bölgeye ayırarak toplam 23 ilden edilen verilerden yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlık Araştırmasında kişilerin %64,6'sının "yetersiz veya sorunlu" sağlık

okuryazarlığı düzeyine, %35,4'ünün "yeterli ve mükemmel" sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları bulunmuştur.(41)

Abacıgil ve ark. yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında kişilerin % 52.7'sinin "yetersiz veya sorunlu" sağlık okuryazarlığı düzeyine, % 47.3'ünün "yeterli veya mükemmel" sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları bulunmuştur.(50)

Özdemir ve ark. Bursa'da yapmış olduğu bir çalışmada kişilerin % 58.7'sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.(56) Yine farklı bir ölçek kullanarak Uğur ve ark. yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılan kişilerin Genel sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalaması 28.2 ± 6.9 olarak bulunmuştur bunların % 27.1'i yetersiz, % 48.8'i sorunlu, % 21.6'sı yeterli ve % 2.4'ü mükemmel düzey sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları tespit edilmiş olup sonuçlar açısından araştırmamızla benzer bulgular taşımaktadır.(57)

Görüldüğü gibi araştırmamızda kullanılan ölçekle yapılmış veya başka ölçeklerle yapılmış benzer araştırmalarda çok yakın sonuçlar elde edildiği gibi farklı sonuçlar elde edenlerde olmuştur bu araştırma yapılan bölgedeki toplumun eğitim düzeyi, bilişsel seviyesi ve yaş ortalamasıyla ilgili olabilir.

Sørensen ve ark. yapmış olduğu Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasında kişilerin %47,6'sının sorunlu ve yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine, %52,5'inin yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Bu çalışmada sorunlu veya yetersiz SOY oranı en yüksek % 62.1 ile Bulgaristan' da, en düşük % 28.6 ile Hollanda' saptanmış , yeterli ve mükemmel SOY oranı en yüksek % 71.4 ile Hollanda' da iken en düşük % 37.9 ile Bulgaristan' da saptanmıştır.(33)

Nakayama ve ark. Japonya'da yapmış olduğu bir çalışmada kişilerin % 85.4'ünün sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine, % 14.6'sının yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları bulunmuştur.(58)

Kutner ve ark. Amerika'da yapmış olduğu bir çalışmada kişilerin % 53'ünün orta düzey, % 12'sinin yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları bulunmuştur.(34). Barber ve ark. Avustralya'da yapılan bir çalışmada TOFHLA ölçeğine göre kişilerin % 93.2'si, REALM ölçeğine göre % 89.4'ü, NVS ölçeğine göre %74.0'ı yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları bulunmuştur.(59)

Yurt dışında yapılan bu çalışmalarda sağlık okur yazarlık düzeyinin bu denli yüksek olmasının sebebini yazarlar eğitilmiş nüfusun oran olarak yüksek olmasına bağlamışlardır.

Bizim çalışmamızdaki TSOY 32 ölçeğinin esaslarını aldığı HLS EU ölçeği kullanılarak yapılan Sørensen ve ark. yapmış olduğu Avrupa sağlık okuryazarlığı çalışmasında sağlık okuryazarlığı ortalaması 33.8 ± 8.0 (33), Duong ve ark Tayvan'da yapmış olduğu bir çalışmada 34.4 ± 6.6 (60) tespit edilmiş olup yaptığımız çalışma ve Türkiye'de yapılmış diğer çalışmalara oranla daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin eğitim durumları ve iş durumlarının SOY ile ilişkili olduğu tespit edildi. Katılımcıların üniversite mezunları arasında yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olanların oranı %49'du bu hem diğer gruplardan yüksekti hem de istatistiksel olarak anlamlıydı benzer şekilde öğrencilerde bu oran %50 memur grubunda ise %59,3'dü ve diğer meslek gruplarına göre hem yüksek hem de istatistiksel olarak anlamlıydı. Ayrıca çalışmamızda TSOY 32'den alınan puan ortalamalarına baktığımızda eğitim açısından ilkökul ve ortaokul grubu sırasıyla $26,14 \pm 6,49$ ve $27,49 \pm 4,31$ puanlarını alarak en düşük sırada yer alan gruplardı ve istatistiksel olarak bu durum anlamlıydı. Benzer şekilde ortalama puanlar karşılaştırmasında ev hanımları, işçiler ve emekliler en düşük puanları alan gruplardı ve bu istatistiksel olarak anlamlı tespit edildi.

Yaş aralığına göre baktığımızda 18-40 yaş arası gençler grubunda yeterli SOY düzeyi %45,5 41-65 yaş aralığındaki orta yaş grubunda yeterli SOY düzeyi %11,9 ve 65 yaş üzeri yaşlı grupta yeterli SOY düzeyi %2,8 saptanmış olup ileri yaşın düşük sağlık okuryazarlıkla ilişkili olduğu istatistiksel olarak anlamlı tespit edildi.

Konuyla ilgili yapılan benzer çalışmalara baktığımızda; Durusu ve ark. yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında genel sağlık okuryazarlık ölçek puanının yaş arttıkça azaldığı, 65 yaş ve altında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ölçek puanının, eğitim düzeyi ile doğrusal bir şekilde arttığı bulunmuştur. (41) Okyay ve ark. yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 çalışmasında sağlık okuryazarlığı indeks puanı ile yaş arasında ters yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı indeks puanı eğitim durumu düşük gruplarda anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. (50)

Özdemir ve ark. Bursa’da yapmış olduğu çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi kadınlarda, ilkokul düzeyinde eğitim alanlarda ve 45 yaş üzerinde olma ile ilişkili bulunmuştur. (56)

Sørensen ve ark. yapmış olduğu Avrupa Sağlık Okuryazarlığı çalışmasında da çalışmamızla benzer şekilde eğitim seviyesinin artması SOY düzeyi ile doğru orantılı bulunurken, yaş artışı ile ters orantılı olduğu tespit edilmiştir.(33) Von Wagner ve ark. Birleşik Krallık’ta yürüttüğü çalışmada sağlık okuryazarlığının sınırlı olma riskinin düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir düzeyi ve yaşla birlikte arttığını belirtmiştir.(61)

Sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık hizmetlerini kullanımı arasındaki ilişkiye baktığımızda bizim çalışmamızda Hasta olduğunuzda ilk ne yaparsınız sorusuna verilen yanıtlarda aile hekimine veya hastaneye giderim diyenlerin yeterli sağlık okuryazarlık oranı sırasıyla %22,8 ve %26,2 saptanmış olup diğer yanıtlara oranla yüksek bulunmuş, acil servise giderim diyenlerde ise yetersiz sağlık okuryazarlık oranı %88,2 bulunmuş olup diğer gruplara göre yüksek saptanmıştır. İstatiksel olarak anlamlı fark çıkmasa da ilk etapta acil servise başvurum diyenlerde yetersiz SOY oranının diğerlerine göre yüksek çıkması dikkat çekmiştir.

Sağlık kuruluşlarına en sık başvuru nedeni ile TSOY 32 ortalama puanları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde akut durumlar diyenlerin ortalama puanı $30,87 \pm 3,8$ gelmiş olup en yüksek puanı alırken en düşük puanı ise ilaç yazdırmak diyenler $28,36 \pm 5,5$ şeklinde almışlardır istatiksel olarak bu sonuçlar anlamlı bulunmuştur.

Bu duruma benzer şekilde yapılan çalışmalara baktığımızda Uğur ve ark. yaptığı çalışmada SOY ortalama puanlarıyla hastalandıklarında en sık başvuru alan sağlık kuruluşu kıyaslandığında Üniversite Hastanesi diyenlerin puanı $31,12 \pm 8,7$ tespit edilmiş olup diğerlerinden daha yüksek ve istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yine aynı çalışmada sağlık kurumlarına en sık başvuru nedeni ile SOY puan ortalaması karşılaştırmasında en yüksek puan $33,6 \pm 5,59$ ile koruyucu sağlık hizmeti diyenlerde olmuştur ve istatiksel olarak anlamlı çıkmıştır.(57) Bu kısma kadar çalışmamızla farklı sonuçlar elde edilmiş olsa da Uğur ve ark. yaptığı çalışmada en sık başvuru nedenine akut durumlar diyenlerin SOY ortalama puanları $30,57 \pm 6,5$ çıkararak neredeyse çalışmamızla aynı sonuçları içermiştir.

Bu çalışmada SOY puanı arttıkça kişinin bir üst basamağa başvurma durumunun artması kişinin kendi rahatsızlığının uzman branşlarca daha hızlı değerlendirilip daha doğru tedaviye ulaşabileceğini düşünmüş olmasından ileri gelebilir. Bizim çalışmamızda ise ilaç yazdırmak için gelenlerde anlamlı derecede SOY puanının düşük saptanması bu popülasyonun genelde ileri yaşa mensup kişilerden oluşmasından kaynaklanmaktadır.

Baker ve ark. Amerika'da 2004 yılında yürüttüğü bir çalışmada yetersiz ve sınırdaki sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip kişilere göre daha fazla acil servisi kullandığını tespit etmiştir.(62) Griffey ve ark. Amerika'da 13 hastanenin elektronik kayıtlarını kullanarak yapmış olduğu bir çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlığı ile daha fazla acil servis kullanımı arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir..(63) Bu çalışmalarda ve bizim çalışmamızda da görüldüğü üzere düşük sağlık okuryazarlık seviyesi ile acil servis başvuru sayısı bir biriyle ilişkili gözükmemektedir.

Çalışmamızda son bir yıl içerisinde aile hekimliğine kontrol ya da muayene amaçlı başvurma durumuyla SOY düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda başvurmuş olanlarda yeterli SOY oranı %20,2 iken başvurmamış olanlarda bu oran %29,7 çıkmıştır istatistiksel olarak anlamlı olmasa da başvurmamış olanlarda SOY yeterlilik oranının yüksekliği dikkat çekmiştir bunun sebebi polikliniğimize daha sık başvuran hasta popülasyonunun yaşlı nüfusun ağırlıkta olmasına bağlanabilir. Uğur ve ark. yapmış olduğu çalışmada son 1 yıl içerisinde aile hekimine 3veya daha az başvuranlarda SOY ortalama puanı $30,76 \pm 6,29$ iken 4 veya daha fazla başvuranlarda bu oran $26,74 \pm 7,44$ olarak saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş bizim çalışmamızda sonuçlar anlamlı çıkmasa da her iki çalışmada da bulgular benzer saptanmış başvurma durumu veya başvuru sayısının fazlalığında SOY ortalama puanının düştüğü tespit edilmiştir.(57)Bu durum SOY ortalama puanı yaşlı nüfusa oranla yüksek saptanan genç nüfusun mesai saatlerinden dolayı aile hekimine müracaat sayısının daha az olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamıza katılan 50 yaş üstü bireylerin GGK taraması ile SOY düzeyleri kıyaslandığında tarama yaptırmış olanlarda yeterli SOY düzeyine sahip olanların oranı %9,1 iken bu oran yaptırmamış olanlarda %6,9 olup istatistiksel olarak anlamlı tespit

edilmemiştir. Konuyla ilgili yapılmış çalışmalara baktığımızda Uğur ve ark. yapmış olduğu çalışmada GGK taraması yaptıranlarda SOY ortalama puanı yaptırmayanlara oranla yüksek saptanmış ve istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(57)

Terry ve ark. yaptığı bir çalışmada düşük sağlık okur yazarlık düzeyine sahip olan hastaların kolorektal kanser taraması olan GGK testini bilmediklerini ve yaptırmadıklarını tespit etmiştir.(64) Durusu ve ark. yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlığı araştırmasında 50 yaş üstünde kolorektal kanser taraması yaptıranların oranı sadece %8,5 bulunmuştur.(41)

Çalışmamıza katılan 40 yaş üzeri bayanlarda SOY yeterlilik düzeyine baktığımızda meme kanseri taraması için mamografi yaptırmış olanlarda SOY düzeyi yeterli olanların oranı %13,3 iken yaptırmemiş olanlarda bu oran %9,5 saptanmıştır. Yaptıranlarda yeterlilik düzeyi fazla çıksa da istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Benzer şekilde mamografi çektilme ile SOY ortalama puanlarını kıyaslayan Uğur ve ark. yapmış olduğu çalışmada yaptıranların ortalama puanı diğer gruba göre sadece 0.16 puan yüksek çıkmış ve istatiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.(57) Bu duruma 40 yaş üstü bayanların sayısının örnekleme analiz için yeterli sayıya ulaşmamış olması olabilir.

Berkman ve ark. yapmış olduğu bir derlemede düşük sağlık okuryazarlığı daha az mamografi taraması, genel sağlık durumunu kötü olması ve yüksek ölüm oranları ile ilişkili bulunmuştur.(65) Durusu ve ark. yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlık Araştırmasında ise tarama çağındaki kadınlarda mamografi çektilme oranı sadece %28,7 oranında kalmıştır.(41) Davis ve ark. Louisiana da yapmış oldukları bir çalışmada düşük okuryazarlık becerisine sahip kadınların çoğunun % 39 mamografi bilgisinden yoksun oldukları tespit edilmiştir.(66)

Çalışmamızda 21-65 yaş arası bayanların rahim ağzı kanseri taraması ile SOY yeterlilik düzeyini kıyasladığımızda yaptırmış olanlarda yeterlilik düzeyi %27,3 gelirken yaptırmayanlarda yeterlilik düzeyi %25 de kalmıştır yaptıranlar arasında oran olarak kısmen yeterlilik yüksek çıksa da sayı olarak yaptırmayanlarda yeterlilik daha fazla çıkmış ancak her iki grup açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Uğur ve ark. yapmış olduğu benzer çalışmada serviks kanseri taraması yaptıranların SOY ortalama

puanları diğer gruba göre yalnızca 1 puan fazla çıkmış ve anlamlı fark tespit edilmemiştir. (57)

Durusu ve ark. yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlık Çalışmasında tarama çağındaki bayanlarda rahim ağzı kanser taraması yaptıranların oranı %18 de kalmaktaydı. Marcus ve ark. yapmış olduğu derlemede düşük sağlık okur yazarlık düzeyine sahip olan yaşlı bayanların diğer bayanlara oranla tarama programından yararlanmadığı ve rahim ağzı kanseri açısından daha fazla risk taşıdıklarını tespit etmiştir.(67) Lee ve ark. Tayvan'da yapmış olduğu bir çalışmada sağlık okuryazarlığı pap smear taraması ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.(68)

Çalışmamızda kronik hastalıklarla SOY arasındaki ilişkiye baktığımızda ise hiç kronik hastalığı olmayan grubun TSOY 32 ortalama puanı $31,52 \pm 4,05$ iken bir kronik hastalığı olanlarda bu $28,44 \pm 6,17$ ve 2 veya fazla kronik hastalığı olanlarda bu puan $28,05 \pm 5,37$ saptanmış olup hiç kronik hastalığı olmayanlarda ortalama puanın yüksek olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi. Uğur ve ark. yapmış olduğu çalışmada da kronik hastalığı olmayanlarda ortalama puanın $31,19 \pm 5,46$ olanlarda ise $24,87 \pm 6,84$ saptanmış olup onların çalışmasında da bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (57) Bu duruma kronik hastalığı olmayan grubun genç nüfustan oluşması kaynaklanmaktadır ve bu istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Literatürde ki benzer çalışmalara baktığımızda Davis ve ark.yapmış olduğu çalışmada toplumun büyük bir bölümünü etkileyen düşük sağlık okuryazarlığı becerilerinin sosyo-ekonomik kayıplar ve uzun süreli kronik hastalıklarla ilişkili olduğu tespit edilmiştir.(69) Yine Amerika da yapılan bir çalışmada Diabet sıklığı düşük sağlık okuryazarlığı olan hastalarda daha sık görülmüştür.(39).Sadeghi ve ark. yapmış olduğu bir başka çalışmada ise Tip 2 DM, Hipertansiyon ve KOAH gibi kronik hastalıkları olan bireylerin SOY düzeylerinin düşük olduğu ve buna yönelik tedbirler alınması gerektiği tespit edilmiştir.(70)

9. SONUÇ

Sağlık okur yazarlığı artan yaşlı nüfusun ve buna bağlı kronik hasta sayısının artmasından dolayı giderek önemli bir yer almaktadır. Ülkemizdeki muayene sayısına baktığımızda acil servislerdeki sayı açık ara öndedir buda sağlık okur yazarlığının önemini bir başka açıdan vurgulamaktadır.

TSOY 32 ölçeğini kullanarak sağlık okuryazarlık düzeyini tespit ettiğimiz bu çalışmamızda katılımcılarımızın SOY ortalama puanı $29,77 \pm 5,36$ olarak hesaplandı. Bunlardan yeterli ve mükemmel düzeye sahip olanların katılımcılar arasındaki oranı %22,7'di. Katılımcıların SOY düzeyi eğitim durumları ve meslekleriyle alakalı olarak istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark oluşturacak şekilde birbiriyle ilişkili çıktı.

Katılımcıların birinci basamak sağlık hizmetleriyle SOY arasındaki ilişkiye baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasa da birinci basamakta ki sağlık hizmetleri ve kanser taramalarından faydalananların düşük oranda olduğu ve tarama programlarından faydalanmayanlarda SOY düzeyinin diğer gruba göre daha düşük olduğunu tespit ettik.

Toplumumuzda gerek tedavi, gerek kronik hastalık takibi gerekse koruyucu hekimlik görevini üstlenmiş olan biz Aile Hekimlerine hastaların her klinik başvurusunda SOY düzeyini arttırmak için önemli bir görev düşmektedir. Özellikle kronik hastalık sahibi bir çok hastaya diğer sağlık basamaklarında yoğunluktan dolayı ayrılamayan vakti bizler aile sağlığı merkezlerimizde ayırarak onlara kendi hastalıklarının yönetimi hakkında temel bilgileri vererek daha iyi hastalık yönetiminde katkıda bulunabiliriz.

Yine toplumun ve hastaların kanser taramaları ile ilgili yeterli farkındalığa varması için aile sağlığı merkezlerinin koridorlarına ve muayene harici kullanım alanlarına dikkat çeken, basit, görsel içeriği zengin afişlerle hastalar bilgilendirilebilir. Ayrıca tütün ürünleri kullanımıyla yapılan mücadelede olduğu gibi televizyonlarda kanser taramaları ile ilgili kamu spotları yayınlanabilir ve sağlık bakanlığının bilgilendirme mesajlarıyla cep telefonlarından mesaj gönderilebilir.

10. KAYNAKLAR

1. Simonds SK. Health education as social policy. Health Educ Monogr. 1974;2(1_suppl):1–10.
2. Hastaneler K, Stratej RVE. KamuHastaneleri Genel Müdürlüğü. 2017;
3. Kanj M, Mitic W. Working Document for Discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion ‘Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap’, Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009. İçinde: World Health Organization Available at: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf. 2009.
4. Young S, Macrae C, Cairns G, Pia A. Adult Literacy and Numeracy in Scotland. Scotl Scottish Gov Publ. 2001;
5. Sector UE. The plurality of literacy and its implications for policies and programs: Position paper. Paris United Natl Educ Sci Cult Organ. 2004;13.
6. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int. 1986;1(1):113–27.
7. Australian Bureau of Statistics 2008 Health Literacy ACN 4233. 0. A from <httpwww.abs.gov.a>. A 20 N 2017. ABS health literacy (1). 2008;
8. Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. Health literacy: a prescription to end confusion. National Academies Press; 2004.
9. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? J Health Commun. 2010;15(S2):9–19.
10. Teşviki T. SBST ve GS. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmsi sözlüğü. Bakanlık Yayın. 2011. 1 s.
11. Consortium H-E. Comparative report of health literacy in eight EU member states. Eur Heal Lit Surv HLS-EU. 2012;
12. Steckelberg A, Hülfenhaus C, Kasper J, Rost J, Mühlhauser I. How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). Adv Heal Sci Educ. 2009;14(1):11.
13. People H. Understanding and improving health. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services; 2000.
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, vd. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(1):80.
15. Kanj M, Mitic W. Promoting health and development: closing the implementation gap. İçinde: Unpublished Conference Document, 7th Global Conference on Health Promotion Nairobi, Kenya: October. 2009.

16. Baker DW, Parker RM, Williams M V, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med.* 1998;13(12):791–8.
17. WHO. Chronic Diseases and Health Promotion. Overview-Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Who. 2015;
18. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: The solid facts. 2013. World Heal Organ Reg Off Eur euro who int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854 pdf]. 2017;
19. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health: The role of health literacy. 2005. Alliance Heal Futur Int Longev Centre-UK, London Available from http://www.emhf.org/resource_images/NavigatingHealth_FINAL.pdf (last accessed 26/10/11). 2005;
20. Saha S. Improving literacy as a means to reducing health disparities. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):893–5.
21. Sentell TL, Halpin HA. Importance of adult literacy in understanding health disparities. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):862–6.
22. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Heal Expect.* 2008;11(2):113–22.
23. Squiers L, Peinado S, Berkman N, Boudewyns V, McCormack L. The health literacy skills framework. *J Health Commun.* 2012;17(sup3):30–54.
24. Chin J, Morrow DG, Stine-Morrow EAL, Conner-Garcia T, Graumlich JF, Murray MD. The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *J Health Commun.* 2011;16(sup3):222–41.
25. Boxell EM, Smith SG, Morris M, Kummer S, Rowlands G, Waller J, vd. Increasing awareness of gynecological cancer symptoms and reducing barriers to medical help seeking: does health literacy play a role? *J Health Commun.* 2012;17(sup3):265–79.
26. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):878–83.
27. Giuse NB, Koonce TY, Storrow AB, Kusnoor S V, Ye F. Using health literacy and learning style preferences to optimize the delivery of health information. *J Health Commun.* 2012;17(sup3):122–40.
28. Schapira MM, Fletcher KE, Gilligan MA, King TK, Laud PW, Matthews BA, vd. A framework for health numeracy: how patients use quantitative skills in health care. *J Health Commun.* 2008;13(5):501–17.
29. Huizinga MM, Carlisle AJ, Cavanaugh KL, Davis DL, Gregory RP, Schlundt DG, vd. Literacy, numeracy, and portion-size estimation skills. *Am J Prev Med.* 2009;36(4):324–8.
30. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072–8.

31. Sorensen K. Health literacy: a neglected European public health disparity. Maastricht University; 2013.
32. Doyle G, Cafferkey K, Fullam J. The European health literacy survey: results from Ireland. Dublin, Irel Univ Coll Dublin. 2012;85–94.
33. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, vd. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8.
34. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–67.
35. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res*. 2007;23(5):840–7.
36. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Advancing health literacy: A framework for understanding and action. C. 45. John Wiley & Sons; 2009.
37. SEZGİN D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. İLETİ-Ş-İM. 2013;73–92.
38. Services O of DP and HPUSD of H and H. National action plan to improve health literacy. US Department of Health & Human Services; 2010.
39. 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.
40. Levin-Zamir D, Baron-Epel OB, Cohen V, Elhayany A. The association of health literacy with health behavior, socioeconomic indicators, and self-assessed health from a national adult survey in Israel. *J Health Commun*. 2016;21(sup2):61–8.
41. TANRIÖVER MD, YILDIRIM HH, READY FND, ÇAKIR B, AKALIN HE. Sağlık okuryazarlığı araştırması. 2014;
42. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, vd. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13(1):948.
43. Baker DW, Williams M V, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38(1):33–42.
44. Smith S, McCaffery K. Health Literacy: a brief literature review. *Prod NSW Clin Excell Comm Aust*. 2010;
45. Parker RM, Baker DW, Williams M V, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults. *J Gen Intern Med*. 1995;10(10):537–41.
46. Jordan JE, Osborne RH, Buchbinder R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):366–79.

47. Davis TC, Crouch MA, Wills G, Miller S, Abdehou DM. The gap between patient reading comprehension and the readability of patient education materials. *J Fam Pr.* 1990;31(5):533–8.
48. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes. *J Gen Intern Med.* 2004;19(12):1228–39.
49. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, vd. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med.* 2005;3(6):514–22.
50. Bakanlığı TCS. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Sağlık Bakanl Yayınları, Yayın. 2016;(1025).
51. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull.* 2016;15(1):69–74.
52. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish J Fam Med Prim Care.* 2016;10(1).
53. DEğerLİ H, TÜFEKÇİ N. TOPLUMUN SAğLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Derg.* 6(15):467–88.
54. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sak Tıp Derg.* 8(3):575–81.
55. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinçi E. Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler.
56. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res.* 2010;25(3):464–77.
57. Vecihe Yağmur şEN UğUR. MANİSA şehzadeleEğitim Araştırma Toplum SağlığıMerkeziBölgesindeErişkinlerde Sağlık OkuryazarlığDüzeyiniBelirlenmesi. 2016;
58. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, vd. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health.* 2015;15(1):505.
59. Barber MN, Staples M, Osborne RH, Clerehan R, Elder C, Buchbinder R. Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: results from a population-based survey. *Health Promot Int.* 2009;24(3):252–61.
60. Duong VT, Lin I-F, Sorensen K, Pelikan JM, Van Den Broucke S, Lin Y-C, vd. Health literacy in Taiwan: a population-based study. *Asia Pacific J Public Heal.* 2015;27(8):871–80.
61. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Heal.* 2007;61(12):1086–90.

62. Baker DW, Gazmararian JA, Williams M V, Scott T, Parker RM, Green D, vd. Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. *J Gen Intern Med.* 2004;19(3):215–20.
63. Griffey RT, Kennedy SK, McGownan L, Goodman M, Kaphingst KA. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Acad Emerg Med.* 2014;21(10):1109–15.
64. Davis TC, Dolan NC, Ferreira MR, Tomori C, Green KW, Sipler AM, vd. The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. *Cancer Invest.* 2001;19(2):193–200.
65. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97–107.
66. Davis TC, Arnold C, Berkel H (J), Nandy I, Jackson RH, Glass J. Knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women. *Cancer Interdiscip Int J Am Cancer Soc.* 1996;78(9):1912–20.
67. Marcus AC, Crane LA. A review of cervical cancer screening intervention research: implications for public health programs and future research. *Prev Med (Baltim).* 1998;27(1):13–31.
68. Lee S-YD, Tsai T-I, Tsai Y-W, Kuo KN. Health literacy and women's health-related behaviors in Taiwan. *Heal Educ Behav.* 2012;39(2):210–8.
69. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, vd. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med.* 1993;25(6):391–5.
70. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis.* 2013;10(1):72–8.

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: Ömer Faruk AKPINAR

Doğum yeri ve tarihi: Niğde- 24.08.1990

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Bekar

Askerlik durumu: Yapmadı

İletişim adresi: faruk_190572@hotmail.com

Telefonu: 05073197781

Yabancı dili: İngilizce

1996-2004 Küçükçekmece Kumsal İlköğretim Okulu

2004-2008 Yeşilköy Anadolu Lisesi

2009-20015 Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi

2015-2016 Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi /Pratisyen hekim

2016-2019 İstanbul Okmeydanı SUAM'da Aile Hekimliği Kliniğinde asistan hekim olarak görevime devam etmekteyim

Çalışmalar:

- "S.B.Ü. Okmeydanı SUAM'da görev yapan yardımcı sağlık personeline bel ağrısı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi" 12. Aile Hekimliği Güz Okulu TARTIŞMALI POSTER SUNUMU

Katıldığım Bilimsel Toplantılar:

- İSTAHED Güz Akademisi 8-10 Eylül 2017 Katılım
- 11. Aile Hekimliği Güz Okulu 27 Eylül-1 Ekim 2017 Katılım
- TAHEV 1. Aile Hekimliği Dermatoloji Okulu 14 Ekim 2017 Katılım
- 6. Çocuk Dostları Kongresi 8-10 Mart 2018
- SBÜ. 1. Aile Hekimliği Sempozyumu 19 Nisan 2018 Katılım

- 12. Aile Hekimliği Güz Okulu 26-30 Eylül 2018 Katılım
- Evde sağlık ve Bakım Sempozyumu 4 Ekim 2018 Katılım
- T.C. Sağlık Bakanlığı Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitim Toplantısı 2 Mart 2019 Katılım
- SBÜ 2. Aile Hekimliği Sempozyumu 1-2 Mart 2019 Katılım
- 7.Çocuk Dostları Kongresi 7-9 Mart 2019



12. EKLER

EK-1 KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAY YAZISI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 48670771-514.10
Konu : Etik kurul

Sayın Prof. Dr. SEÇİL ARICA
Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu

Kliniğinizde yürütmeyi planladığınız “SBÜ Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Gaziosmanpaşa Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’ne Kayıtlı 18-80 Yaş Arası Hastalarda Sağlık Okuryazarlığının Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanımı Üzerine Etkisi “ isimli çalışmanız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 04/12/2018 tarihli toplantısında incelenmiş olup, alınan 1051 sayılı karara göre etik açıdan uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Ziya SALTURK
Doç.Doktor

Ek: 1 adet karar evrakı



Darulaceze cad. no:25 Şişli/İSTANBUL
Faks No:02123145588

e-Posta:keziban.tokgoz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: etikkurul@okmeydani.gov.tr

Bilgi için:Keziban TOKGÖZ
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02123145588

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3da77a28-d143-4e0d-8915-ca0072f1f010 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2 ARAŞTIRMA ANKET SORULARI
SBÜ OKMEYDANI EAH GOP EASM'YE BAŞVURAN 18-80 YAŞ
ARASI HASTALARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE BİRİNCİ
BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI DEĞERLENDİRME

ANKET FORMU

Yaşınız (bitirmiş olduğunuz yaşı belirtiniz):

1) Cinsiyetiniz: 1. E 2. K

2) Medeni durumunuz: 1. Evli 2. Bekar

3) Eğitim durumunuz (en son bitirilen okulu belirtiniz)

1. İlkokul mezunu 2. Ortaokul mezunu 3. Lise mezunu

4. Meslek Yüksekokulu mezunu 5. Üniversite/yüksekokul mezunu

4) Mesleğiniz: 1. Ev hanımı 2. İşçi 3. Emekli 4. Öğrenci

5. Memur 6. Serbest çalışan

5) Sosyal güvenceniz: 1.Yok 2. SGK 3. Diğer (lütfen belirtiniz)

6)Hasta olduğunuzda genelde ilk olarak ne yaparsınız?

Aile hekimime giderim Hastaneye giderim Acile giderim Evdeki ilaçları kullanırım Çevremdekilere danışırım Eczaneme danışırım

7) Genel olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?

Aile Hekimliği Devlet Hastanesi Üniversite Hastanesi Özel Hastane

Diğer

8)Genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarına (sağlık hizmetlerine) en sık başvuru nedeniniz nedir?

İlaç yazdırmak Kronik hastalıkların takibi Koruyucu sağlık hizmetleri Akut durumlar Diğer

9) Bilinen bir kronik hastalığınız varmı? Varsa aşağıdan işaretleyiniz.

- Kalp-damar hastalığı KOAH Kanser Tiroid hastalığı Hiperlipidemi
 Astım Psikiyatrik hastalık Romatolojik hastalık Hipertansiyon
 Diyabet Böbrek hastalığı Karaciğer hastalığı İnme/felç

10) Aşağıdaki sağlık aktivitelerinden geçerli olanı işaretleyiniz

Son bir yıl içinde aile hekiminde kontrol amaçlı muayene ve tahlil yaptırma

- Var Yok

Kolon kanseri taraması için dışkıda gizli kan (50 yaş üstü)

- Var Yok

Mamografi çektirmek (40 yaş ve üzeri KADINLARDA son iki yıl içinde, 50 yaş ve üzerinde son bir yıl içinde)

- Var Yok

Serviks kanseri (pap smear) testi yaptırmak (21-65 yaş arası kadınlarda son üç yıl içinde)

- Var Yok

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ -32

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok zor/zor/kolay/çok kolay” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. 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/tetikik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğini düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					