



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIşKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN HASTALARIN SAğLIK
OKURYAZARLIğINA YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIşLARI**

Dr. Neslihan Keleş

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAŞVURAN HASTALARIN SAğLIK
OKURYAZARLIğINA YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Neslihan Keleş

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Suleyman Grpeleoğlu

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışabilme fırsatı bulduğum, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, sadece tez danışmalığı değil, sürdürmeye çabaladığım mesleğimin her alanında bana hocalık yapan Sayın Prof. Dr. Süleyman Görpelioglu'na,

Uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen Sayın Doç. Dr. Cenk Aypak, Doç. Dr. Derya Akbıyık, Uzm. Dr. Özlem Suvak, Uzm. Dr. Canan Emiroğlu, Uzm. Dr. Murat Dicle'ye,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen ve eğitimime katkıda bulunan tüm klinik şeflerimize ve uzman meslektaşlarıma, beraber nöbet tuttuğumuz birlikte çalıştığımız tüm diğer bölümlerdeki asistan arkadaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, tanımaktan mutluluk duyduğum aile hekimliği asistanı arkadaşlarıma ve devamlı '*Hadi Neslihan !*' diyerek beni yüreklendiren Dr. Berna Turhan Aksoku'ya,

Asistanlığım boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm hastane personeline,

Bu sürenin her anında bana destek olan Dr. İbrahim Erkam Cantimur' a, benim için her türlü fedakârlığa katlanan, hayatımda bu ana gelmemde en büyük katkıyı sağlayan anneme ve babama, sevgili kardeşime ve bilgisayarımın kablosunu kemirerek veri yedeklemenin önemini vurgulayan kedim İsmet' e,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Neslihan Keleş

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Okuryazarlık	2
2.2. Okuryazarlıkta Yeterlilik	3
2.3 Sağlık Okuryazarlığı	4
2.4. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli Ve Ölçekler	7
2.5 Sağlık Okuryazarlığı Önemi	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM	11
3.1. Araştırmanın Yeri	11
3.2. Araştırmanın Zamanı	11
3.3. Araştırmanın Tipi	11
3.4. Araştırma Grubunun Seçimi	11
3.5. İzin ve Etik Kurul Onayı	12
3.6. Verilerin Toplanması	12
3.6.1. REALM	12
3.7. Verilerin Analizi	14
4. BULGULAR	15
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	15
4.2. Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Sıklıkları Ve Sebepleri Dağılımı	17

4.3. Sağlık İle İlgili Bilgiye Ulaşma Davranışları	18
4.4. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları Dağılımı	20
4.5. Realm Skoru	22
5. TARTIŞMA	24
6. SONUÇLAR	32
7. KAYNAKLAR	35
EKLER	38
Ek 1: Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu	38
Ek 2: Araştırmada Kullanılan Anket Formu	39
Ek 3: Özgeçmiş	43

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
REALM	: Rapidly Estimate Adult Literacy of Medicine
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SUAM	: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Soruları	6
Tablo 2: Çalışmaya Katılanlara Ait Cinsiyet, Eğitim Durumu, Meslek, Yaş Grubu Değişkenleri	16
Tablo 3: Katılımcıların Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı Ve Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu	17
Tablo 4: Sağlık İle İlgili Bir Bilgiye Ulaşmak İçin Kullanılan Kaynakların Sıklık Dağılımı	18
Tablo 5: Kullanılan Kaynaklara Güven Düzeyi Dağılımı	19
Tablo 6: Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları Dağılımı	21
Tablo 7: REALM Puanı ve Bazı Sosyo-demografik Özellikler	23

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Okuryazarlığı Kapsayıcı Model	7
Şekil 2: Realm Skoru Dağılımı	22



ÖZET

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü, bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusunda bilişsel-sosyal becerileri ve motivasyon düzeyini sağlık okuryazarlığı olarak tanımlar. Bu çalışmada ilgili literatür taranarak oluşturulan 11 soruluk anket ve yetişkin sağlık okuryazarlığı hızlı değerlendirme ölçeği (*REALM*) kullanılarak katılımcıların sağlık okuryazarlığı konusunda bilgi tutum ve davranışlarının saptanması amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilecek sonuçlar ile ülkemizde yetişkin sağlık okuryazarlığı için kullanılabilir yeni ölçeklerin geliştirilmesine veri sağlanması çalışmanın uzak amaçları arasındadır

Gereç ve yöntem: Araştırma 07.01.2019-01.07.2019 tarihleri arasında 6 (altı) ay içerisinde yapılmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM) Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran, 18 yaş ve üzerindeki, okuma yazma bilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylere, anket görüşmeleri ve *REALM* uygulanarak tamamlanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS sürüm 21.0 programı, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında *Pearson*'nın ki kare testi, üç ve üzeri verinin karşılaştırılması için ANOVA analizi kullanılmıştır. Veriler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değeri < 0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 152 kişinin 81'i kadın, katılımcıların yaş ortalaması 37,1±13,2 araştırmaya katılanlardan %15,8'i (n=24) ilkokul mezunu iken %31,6'sı (n=48) lisans mezunudur. Katılımcıların üçte biri memur, üçte biri ise çalışmamaktadır. Katılımcıların %42 si 'şikayeti oldukça' bir sağlık kuruluşuna başvurmakta ve en sık başvuru sebebi genel kontrol amaçlı kan vermektir. Katılımcıların yarısı bilgi almak için en sık doktorlara başvurmakta ve doktorlara güvenmektedir. Araştırmaya katılanlara anketin son bölümünde *REALM* uygulanmıştır. Tüm grup için ortalama *REALM* skoru 59,12±5,5 puan olarak hesaplanmıştır. Kadınların ortalaması 59,38±5,8 iken erkeklerin ortalaması 58,82±5,1 olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur (p=0,129). Katılımcıların

eğitim seviyesi arttıkça REALM puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak arttığı grlmŖtr ($p=0,000$).

Sonuçlar: Sağlık hizmetlerinin geliŖmesi, doğumda beklenen yaŖam süresinin uzaması ve sağlıkla geçen yaŖam süresi bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili karar verme sürecine dahil olmasını arttırmıŖtır. Kronik hastalıkların görülme sıklığının artması bu hastalıkların takip sürecinde hastaya büyük bir sorumluluk yüklemektedir. Bu durumda bireylerin sağlık ile girdileri doğru anlayabilmesi, kendilerine verilen tedavi önerilerini doğru uygulayabilmesi ve bunlardan çıkarım yapabilmesi önem arz etmektedir. Bu açıdan bakıldığında en önemli toplum özelliklerinden biri sağlık personelinin hizmet alan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyidir. Sağlık okuryazarlığının geliŖtirilmesi için sağlık politikaları belirlenmeli, sağlık ile ilgili bilgi alma kaynaklarının düzenlenmesi, zenginleŖtirilmesi ve gerektiğinde denetlenmesi için alıŖmalar yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: sağlığın geliŖtirilmesi, sağlık okuryazarlığı, *REALM*

ABSTRACT

Background: The World Health Organization defines health literacy as the level of cognitive-social skills and motivation in accessing, understanding and using information in order to protect and improve the health of individuals. The aim of this study was to determine the attitudes and behaviors of the participants about health literacy by using the 11-question questionnaire and ‘*Rapidly Estimate Adult Literacy of Medicine*’ (REALM). The results of the study and providing data, for the development of new scales that can be used for adult health literacy in our country are among the distant objectives of the study.

Materials and Methods: The research was carried out within 6 (six) months between 07.01.2019-01.07.2019. Health Sciences University Dışkapı Yıldırım Beyazıt Health Practise and Research Center Family Medicine outpatient clinics, aged 18 and over, who are literate and volunteer to participate in the study, survey interviews and REALM were completed. SPSS 21.0 version program was used to evaluate the data obtained from the research, Pearson’s chi square test was used to compare qualitative data and ANOVA analysis was used to compare three or more data. Data were analyzed at 95% confidence level and p value <0,05 was considered significant.

Results: Of the 152 participants, 81 were female, mean age was 37.1 ± 13.2 . 15.8% (n=24) of participants were primary school graduates, while 31.6% (n=48) of the participants were university graduates. One third of the participants are government officer and one third are unemployed. 42% of the participants applied to a health institution with most complaints and the most common reason to apply was to give blood for general control. Half of the participants most often consult and rely on doctors for information. REALM was applied to the participants in the last part of the survey. The mean REALM score for the whole group was $59,12 \pm 5,5$ points. While the mean of women was $59,38 \pm 5,8$, the mean of men was $58,82 \pm 5,1$ and there was no statistically significant difference between the groups ($p = 0,129$). As the educational level of the participants increased, REALM scores increased significantly ($p = 0,000$).

Conclusions: The development of health services, prolonged life expectancy at birth and health life have increased the inclusion of individuals in the decision making process regarding their own health. The increase in the incidence of chronic diseases imposes a great responsibility on the patient during the follow-up of these diseases. In this case, it is important for individuals to understand health and inputs correctly, to apply the treatment recommendations given to them correctly and to make inferences from them. In this respect, one of the most important characteristics of the society is the health literacy level of individuals receiving health care personnel. Health policies should be determined for the development of health literacy, and studies should be carried out to regulate, enrich and audit the sources of information about health.

Keywords: health promotion, health literacy, REALM

1. GİRİŞ

Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlükte yer alan ifadesine göre iletişim; duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme, komünikasyon olarak tanımlanmaktadır. 21. yy da internet kullanımının toplumun her kesiminde yaygınlaşması gazete, radyo, televizyon gibi kitle iletişim araçlarının yanında yaygın kullanılan adıyla ‘sosyal medya’ olarak bilinen platformun da bir kitlesel haberleşme aracı haline gelmesine sebep olmuştur. Günümüzde herhangi bir konuda bilgiye ulaşmak artık sorun olmaktan çıkmış, artık bilginin doğruluğu ve güvenilirliği sorgulanır hale gelmiştir.

Yaygın kullanılan tanımına göre okuryazarlık; okuma, yazma ve rakamsal ifadeleri anlayabilme becerisidir (1). Fakat iletişimin sınırı belirlenemeyen gelişimi, yalnızca okuma, yazma ve hesaplama becerileriyle doğru bilgiye ulaşılmasına yetmemektedir. Bu temel becerilerin yanı sıra çeşitli okuryazarlık becerilerinin de geliştirilmesi beklenmektedir. Birleşmiş Milletlerin 1990 yılını uluslararası okuryazarlık yılı olarak ilan etmesinin ardından pek çok okuryazarlık alanı tanımlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusunda bilişsel-sosyal becerileri ve motivasyon düzeyleri olarak tanımlanan “sağlık okuryazarlığı” 34 farklı okuryazarlık alanından biridir (2).

Bu çalışmada ilgili literatür taranarak oluşturulan 11 soruluk anket ve yetişkin sağlık okuryazarlığı hızlı değerlendirme ölçeği (*REALM*) kullanılarak katılımcıların sağlık okuryazarlığı konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilecek sonuçlar ile ülkemizde yetişkin sağlık okuryazarlığı için kullanılabilir yeni ölçeklerin geliştirilmesine veri sağlanması çalışmanın uzak amaçları arasındadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Okuryazarlık

Okuma yazma, bir alfabe aracılığıyla yazılı metinlerin okunması ve yazılması olarak tanımlanmaktadır (3). Bu konu ile ilgili yayınlar tarandığında karşımıza iki farklı terim çıkmaktadır; okuma yazma ve okuryazarlık. Birleşmiş Milletler Gelişme Programı Raporuna göre 2005 yılında dünyada okuryazarlık %84,1, ülkemizde %95,4 olarak raporlanmıştır (4).

Genel anlamda okuryazarlık, toplum tarafından anlam verilen iletişimsel simgelerin etkili bir biçimde kullanılabilmesidir (5). *UNESCO*'ya göre ise; değişik türdeki yazılı kaynakları bir araya getirme, tanımlama, anlama, yorumlama, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneğidir. Okuma yazma eylemiyle başlayan, okuryazarlık becerilerinin edinilmesinde birtakım unsurlar bulunmaktadır (6). Bunlar;

- Gerçekleri görebilme, konuşabilme, ifade edebilme;
- Çevreyi anlamlandırabilme ve bireysel anlamları oluşturabilme;
- Bilgiyi kullanabilme ve yeni düşünceler üretebilme;
- Sistemleri kullanabilme, birleştirebilme ve bunlardan yeni anlamlar ortaya koyabilme;
- Edinilen bilgiyi davranışlara yansıtabilme ve kullanabilme;
- Güncel bilgi ve becerilere sahip olabilmedir.

Tüm bu beceriler bir araya getirildiğinde *UNESCO*'nun tanımladığı işlevsel okuryazar kavramı önceden bilinen ile yeni öğrenilen arasında ilişki kurabilme, çıkarım yapabilme ve yeniden oluşturabilme gibi nitelikleri kapsayarak daha geniş bir anlam kazanmıştır. Bu bilgiler ışığında okuma-yazma bir kategori, okuryazarlık ise bir derecedir (7).

2.2. Okuryazarlıkta Yeterlilik

Okuryazarlıkta yeterliliğin altı boyutu vardır. Bunlar; fonksiyonel, interaktif, otonomi, bilgisel, ortama dayalı ve kültürel boyutlardır (8).

Birleşmiş Milletlerin 1990 yılını okuryazarlık yılı ilan etmesinin ardından popüler bir araştırma alanı haline gelen okuryazarlık, baş döndürücü bir gelişme gösteren internet çağında, önemi katlanarak artan bir yer bulmuştur. Bilgiye ulaşmanın dijital ortam temeline dayandırıldığı günümüz çağında medya okuryazarlığı, edinilen bilginin işlenmesi, bilgi kirliliğinden korunulması ve bilgi doğruluğu açısından eğitim sistemlerinin bir parçası ve müfredatlarda yeni bir ders konusu haline gelmiştir.

TÜİK 2017 verilerine göre 16-74 yaş grubunda; kadınlarda bilgisayar kullanımı %47,7, internet kullanımı %58,7 iken erkeklerde bilgisayar kullanımı %65,7, internet kullanımı %75,1'dir. Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması sonuçlarına göre 2017 yılı Nisan ayında 10 hanenin 8'inde evden internet erişim imkanı bulunmaktadır. Yine TÜİK 2017 verilerine göre amaçlarına göre internet kullanımı nedenleri sıralandığında %69,6 ile 2. sırada 'sağlık ile ilgili bilgi arama' bulunmaktadır. Radyo ve Televizyon Üst Kurulu'nun (RTÜK) 2009 Şubat ayında yayınladığı "Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması 2" raporuna göre; kadınların günlük ortalama 4,5 saat; erkeklerin ise 4,3 saat televizyon izledikleri tespit edilmiştir. Bu veriler ışığında bireylerin tanımlanan 6 boyutun her birinde belirli düzeyde bulunmaları bilgiyi işleme ve sınıflandırma sürecinde oldukça önemlidir.

Neredeyse %70 sıklıkla internette 'hastalık, tedavi, beslenme, yaralanma' gibi sözcüklerle arama yapılması sağlık okuryazarlığı alanını ve bu alanda yeterliliği gündeme getirmiştir.

2.3. Sağlık Okuryazarlığı

Dünyada bulaşıcı olmayan hastalıkların görülüşünün ve öneminin artmasından sonra bu hastalıklardan korunma yaklaşımları geliştirilmeye başlanmıştır. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Eylem Grubu bu konuların çözümü için yapılması gerekenleri liderlik, koruma, tedavi, uluslararası işbirliği ve izleme-değerlendirme olmak üzere 5 madde halinde önermektedir (10). Bulaşıcı olmayan hastalıkların korunması ve kontrolü bakımından başlıca müdahale alanları da yine Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Eylem Grubu tarafından 5 başlık halinde toplanmıştır (10):

- Tütün kontrolü,
- Tuz azaltma,
- Sağlıklı beslenme ve fizik aktivite,
- Aşırı alkol kullanımından sakınma,
- Temel ilaçlar ve teknoloji.

Bu hastalıklardan korunma, bireylerin ve birey bazında toplumların yaşam şekillerinde ve sağlık davranışlarında değişiklikleri gerektirir. Bunun için kişinin ilgili literatür hakkında bilgi sahibi olması, kaynaklara ulaşması, doğru olarak algılaması ve uygulaması gerekir. Bireylerin bilgi kaynaklarına ulaşma, bilgiyi okuma ve anlama, bilgiler ışığında sağlık ve sağlığın korunması geliştirilmesi ile ilgili konularda, yaşam boyunca yaşam kalitesini artırmaya yönelik doğru kararlar verme ve uygulama ile ilgili istekleri ve kapasiteleri “sağlık okuryazarlığı” olarak adlandırılır (9). Genel okuryazarlık kavramı ile yakından ilişki olan sağlık okuryazarlığı kavramının tanımlanmasıyla birlikte ölçülmesi ve değerlendirilmesi konusunda evrensel ölçekler geliştirilmesi süreci de devam etmektedir.

1986 yılında *Ottawa*'da toplanan ‘Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı’ sonunda sunulan ‘*Ottawa Şartı*’nda sağlığın geliştirilmesi başlığı altında sağlık okuryazarlığı kavramı da önem kazanmıştır. Sağlığın geliştirilmesi kavramı, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklı karar almalarını geliştirmelerini sağlama sürecidir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacı ile verilen sağlık eğitimine, organizasyonel, ekonomik ve çevresel tabanlı tüm desteklerin bileşimi ‘Sağlığın

Teşviki ve Geliştirilmesi' (*Health Promotion*) olarak adlandırılmaktadır'' (11). Bu konu üzerine yapılan araştırmalar sonucunda bu kadar geniş kitlelere hitap eden sağlığın teşviki kavramının sadece sağlık çalışanları eliyle uygulamaya konulamayacağı görülmüş ve kitlesel iletişim araçlarıyla, eğitim sistemleriyle, ekonomi modelleriyle kompleks bir bütün olarak ele alınması gerektiği ortaya çıkmıştır. Bu kadar geniş bir alana yayılan bu süreç sağlık ile ilgili karar alma sürecinde doğru bilgiye ulaşma ve bunu sürdürebilme aşamasında sağlık okuryazarlığı terimini doğurmuş ve geliştirmiştir. Düzeyin evrensel boyutta belirlenebilmesi ve ölçeklendirilebilmesi için çalışmalar başlamış, 8 Avrupa ülkesinin (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) sağlık okuryazarlık düzeyinin ölçülmesi amacıyla; 12 alt başlık halinde 47 sorudan oluşan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması yapılmıştır (Tablo 1).

Sağlık okuryazarlığı; T.C Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde hazırlanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde "*Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder.*" şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanımdan yola çıkarak sağlık okuryazarlığı, kişisel yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel sağlığı ve kişiler bazında toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla harekete geçmek için bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması anlamına gelir (11). Yani sağlık okuryazarlığı; verilen broşürleri okuyabilme, reçete edilen tedaviye uyabilme, diyet önerilerini algılayabilme gibi söylenenleri yapmak dışında sağlık durumları için karar alabilme ve bunun doğruluğunu araştırabilme gibi daha kapsamlı yetiler gerektirir.

Tablo 1: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Soruları

<i>Sağlık okuryazarlığı</i>	<i>Sağlıkla ilgili bilgilere erişim</i>	<i>Sağlıkla ilgili bilgileri anlama</i>	<i>Sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme</i>	<i>Sağlıkla ilgili bilgileri kullanma</i>
<i>Sağlık bakımı</i>	Tıbbi bilgilere ulaşma becerisi	Tıbbi bilgileri anlama becerisi	Tıbbi bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi	Tıbbi konularda karar verme becerisi
<i>Hastalıkların önlenmesi</i>	Risk faktörleriyle ilgili bilgilere ulaşma becerisi	Risk faktörleriyle ilgili bilgileri anlama becerisi	Risk faktörleriyle ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi	Risk faktörleriyle ilgili konusunda karar verme becerisi
<i>Sağlığın geliştirilmesi</i>	Sağlıkla ilgili konularda kendini güncelleme becerisi	Sağlıkla ilgili konuları anlama becerisi	Sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi	Sağlıkla ilgili konularda düşünce geliştirme becerisi

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak sağlık eğitimi alanında 1974 yılında tanımlanmış, ancak 1990'lı yıllara kadar pek fazla kullanılmamıştır. Bu dönemde sağlık okuryazarlığı; sadece bireyin sağlık bilgilerini okuma, anlama ve tıbbi talimatlara uyma yeteneği olarak tanımlanmış, daha sonra yeniden ve daha kapsamlı tanımlamalar yapılmıştır (12).

Sağlık okuryazarlığının tanımında öncelikle işlevsellik vardır ve okuma, yazma ve sayısal becerilere sahip olmayı gerektirir. *Nutbeam*'e göre sağlık okuryazarlığının üç düzeyi vardır:

1) Temel/işlevsel sağlık okuryazarlığı (yeterli genel okuma ve yazma becerileri),

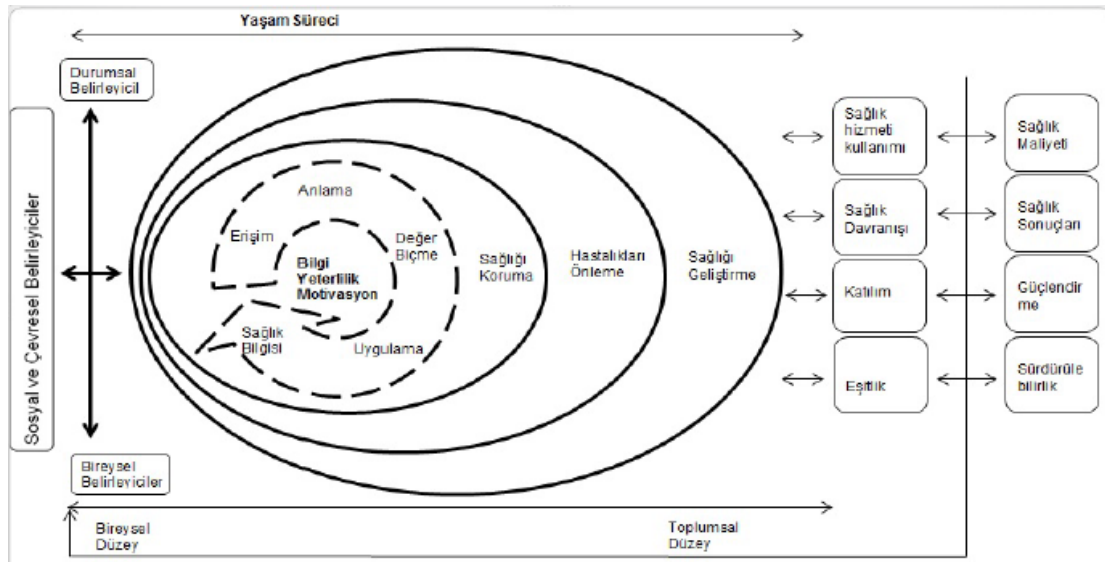
2) İnteraktif sağlık okuryazarlığı (bilişsel ve sosyal beceriler ile günlük hayatta yer alabilme, bilgi edinebilme, değişik iletişim türlerinden anlam çıkarabilme)

3) Kritik sağlık okuryazarlığı (sağlıkla ilişkili bilgiyi eleştirel bir şekilde analiz edecek ve sağlık kararlarında kullanılmasını sağlayacak daha ileri beceriler) (13).

2.4. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli Ve Ölçekler

Sağlık okuryazarlığı kavramı daha önce de belirtildiği gibi 1990'lı yılların sonunda *Ottawa Şartı* sonrasında sağlığın teşviki kavramı ile birlikte farkındalığın arttığı, değerlendirilmesi için kullanılmak üzere pek çok ölçeğin geliştirildiği ve üzerinde birçok araştırmanın yapıldığı bir disiplin haline gelmiştir (14). Sağlık okuryazarlığının derecelendirilmesi için, gerek klinik uygulamalarda kullanılmak gerekse daha geniş toplulukları değerlendirebilmek için kavramsal modeller oluşturulmuştur. Bu modellerden en yaygın kullanılanı ve kabul göreni, kapsayıcı olması bakımından, 2012 yılında *Sorensen* ve arkadaşları tarafından geliştirilen modeldir (Şekil 1).

Tıp Enstitüsü tarafından 2004 yılında yayımlanan "Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığa son vermek için Yönerge'de (*Health Literacy: Prescription to End Confusion*)" sağlık okuryazarlığı ölçekleri değerlendirilmiştir (18). Geliştirilmiş olan her ölçeğin değerlendirme özellikleri farklı olup, güçlü yönleri ve gerek uygulanabilirlik gerekse genel geçerlilik açısından kısıtlılıkları vardır.



Şekil 1: Sağlık okuryazarlığı kapsayıcı model (*Sorensen et. al.*)

Günümüzde hala geliştirilmekle birlikte kullanımda olan testler 4 ana grupta toplanabilir (19).

- 1- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (*Test of Functional Health Literacy in Adults/TOFHLA*): Ölçek 2 ana bölümden oluşmakta ve uygulanması yaklaşık 25 dakika sürmektedir. Birinci bölümde, sağlık ile ilgili bilgi verilip bu bilgilere yönelik sorular sorulurken, ikinci bölümde, tıbbi konularda verilen paragraflarda boşluk doldurma soruları bulunmaktadır (13). Uygulamadaki zorluklar ve soru sayısının fazlalığı nedeniyle Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi geliştirilmiştir (*Short Test of Functional Health Literacy in Adults/STOFHLA*).
- 2- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/REALM*): Ölçekte artan zorluk ve hece derecesine göre yazılmış 66 tıbbi kelime bulunur ve bu kelimelerin telaffuzu değerlendirilir. Ortalama uygulama süresi 5 dakikadır (17).
- 3- Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS): Sağlıkın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımının sürdürülmesi ve gerekli hizmetlere erişim başlıkları olmak üzere 5 bölümden oluşmaktadır. Uygulaması yaklaşık 35-40 dakika sürmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin en kapsamlı olarak değerlendiren testlerden biri olmakla beraber uygulanabilirlik açısından kısıtlılıkları mevcuttur.
- 4- En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS): Bir besin etiketi okuma ve anlama ölçeğidir. 6 sorudan oluşur, ve bireyin hem hesap, hem okuma, hem de kavrama yönlerini ölçmesi ve REALM gibi 3-6 dakika uygulama süresi olması ile avantajlıdır.

Bu ölçekler birçok toplumda kullanılmış olmasına rağmen pek çok kısıtlılıkları mevcuttur. Ayrıca; Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi (*National Assessment of Adult Literacy Survey/NAAL*), Kritik Sağlık Yeterlilik Testi (*Critical Health Competence Test/CHC*), Sağlık Okuryazarlığı Yönetim Skalası (*Health Literacy Management Scale/HeLMS*), Sağlık Okuryazarlığı Anketi (*Health Literacy Questionnaire/HLQ*) gibi ölçekler geniş

toplulukların sağlık okuryazarlığını çok boyutlu olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır (19).

Ülkemizde Sezer ve ark. tarafından, 18-65 yaş arası 381 bireye uygulanarak geliştirilen 23 maddelik Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (YSOÖ) bulunmaktadır. Çalışmada, ölçekten alınan puanın artması bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin artması ile uyumludur. YSOÖ' nün *Cronbach's alpha* değerleri 0.77, açıklanan varyansı %60-68'dir. Ölçeğin iç tutarlılığı yeterli olarak bulunmuş ancak test-tekrar test uygulaması sırasında 381 bireyden 33'üne ulaşılması araştırmanın kısıtlılığı olmuştur (20).

Halen tüm toplumlari kapsayıcı nitelikte geçerliliği olan, kolay uygulanabilir, tekrarlanabilir ve geçerli bir sağlık okuryazarlığı ölçeği geliştirme çalışmaları devam etmektedir. Sağlık Okuryazarlığı Anketi – Avrupa Birliği (*Health Literacy Survey – European Union* (HLS-EU) Avrupa'daki en geniş kapsamlı sağlık okuryazarlığı çalışmasının ölçeği olarak kullanılmış ve kabul edilmiştir (15).

2.5. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlık çalışanları için klinik ve iletişim becerilerini arttırıcı, hastalar içinse kendi tedavi süreçlerine dâhil olmayı sağlayan geniş bir alanda geçerlidir (18). Bireyler aracılığıyla toplumsal değerlerle yakından ilişkili sağlık okuryazarlığı, toplumun sosyo-ekonomik, kültürel ve coğrafi değerlerinden etkilenir. *Freedman* ve arkadaşları (14), sağlık okuryazarlığının tanımını “halkın sağlık okuryazarlığı” kapsamında yapmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamında önemli bir yeri olan sağlık okuryazarlığının önemi 6 genel başlık altında incelenmiştir (22):

1. Etkilediği birey sayısının fazla oluşu nedeniyle sonuçları kitleseldir.
2. Olumsuz sağlık sonuçlarıyla direk ilişkilidir.
3. Kronik hastalıkların takip edilmesi önemli ölçüde bireyin kendi sorumluluğundadır. Dünyadaki hastalık yükünün %47 sinin kronik

hastalıkların oluşturduğu dikkate alındığında hasta sayısındaki artış ve iş yükü açısından önemlidir.

4. Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile semptom yönetimi doğrudan ilgilidir. Düşük sağlık okuryazarlık seviyesi sağlık bakım maliyetlerinde yaklaşık %3,0-5,0 oranında artışa sebep olmaktadır.
5. Sağlık bilgisi talep eden kitle ile sağlık sunucusu arasındaki iletişimin, pratikte Latince jargonun ağırlığı nedeniyle kısıtlı olması, daha iyi bir anlaşma için sağlık okuryazarlığının önemini vurgular.
6. Düşük sağlık okuryazarlığı, bireyin kendi sağlığını yönetememesine, sağlık hizmetlerine ulaşamamasına, sağlık bilgisini anlayamamasına ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasına neden olur. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi eşitsizliklerin azaltılmasında önemlidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireyler değerlendirildiğinde, gereksiz hastane masraflarının, hastane yatış sürelerinin, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (23).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Ankara ili Altındağ ilçesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM) Aile Hekimliği poliklinikleridir.

3.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma 07.01.2019-01.07.2019 tarihleri arasında 6 (altı) ay içerisinde anket görüşmeleri yapılarak tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Tek merkezli, kesitsel, tanımlayıcı epidemiyolojik araştırmadır.

3.4. Araştırma Grubunun Seçimi

Araştırmaya; SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM Aile Hekimliği merkez ya da semt polikliniklerine reçete yazdırmak ya da genel kan tahlili vermek için başvuran, 18-65 yaş aralığındaki, okuma yazma bilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler dahil edilmiştir. Herhangi bir hastalık semptomu ile muayene olmak için başvuran ve anketi sürdürmeye engel bilişsel ya da fiziksel engeli olan bireyler hariç tutulmuştur. Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırma olduğundan örneklem hesaplanmamıştır. Belirtilen tarihler arasında dahil edilme kriterlerine uyan tüm hastalara ulaşılmaya çalışılmış olup 152 hasta ile yapılan anket formları analiz edilmiştir.

3.5. İzin ve Etik Kurul Onayı

SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 58/11 karar numarası ile 07/01/2019 tarihinde onay alındıktan sonra veri toplama sürecine başlanmıştır [Ek 1].

Çalışmaya herhangi bir finans desteği alınmamıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak ilgili literatürün taranması ile oluşturulmuş anket formu kullanılmıştır [Ek 2]. Anketin ilk bölümünde sosyo-demografik bilgiler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek) sorgulanmakta, ikinci bölümünde ise sağlık davranışları ve sağlık ile ilgili konularda bilgi arama yöntemleri ile ilgili sorular yer almaktadır. Sağlık davranışları soruları çoktan seçmeli, bilgi alma yöntemleri ile ilgili sorular 5 li (1. Hiç başvurmam, 2. Az başvururum, 3. Ara sıra başvururum, 4. Sıklıkla başvururum, 5. Çok sık başvururum) ve 7 li likert (1. Hiç güvenmiyorum, 2. Güvenmiyorum, 3. Kısmen güvenmiyorum ama denerim, 4. Kararsızım, 5. Kısmen güveniyorum ve denerim, 6. Güveniyorum, 7. Tamamen güveniyorum) ölçekleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Anketin üçüncü bölümünde yine ilgili literatür taraması ile oluşturulan; katılımcıların bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmeye yönelik DOĞRU, YANLIŞ, BİLMİYORUM seçeneklerinden oluşan 20 önerme yer almaktadır. Dördüncü ve son bölümünde REALM (*Rapidly Estimate Adult Literacy of Medicine*- Yetişkin sağlık okuryazarlığı hızlı değerlendirme ölçeği) kullanılmıştır. Çalışmadan terk en fazla bu bölümün uygulanması sırasında yaşanmıştır.

3.6.1. REALM

Literatürde '*REALM*' olarak kısaltması kullanılan '*Rapidly Estimate Adult Literacy of Medicine*' olarak bilinen ve dilimize 'Yetişkin sağlık okuryazarlığı hızlı değerlendirme ölçeği' adıyla çevrilen bu tarama testi; 1993 yılında birinci basamakta

kullanılmak üzere *Davis* ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır (17). Çalışma grubu tarafından *REALM* puanlarının doğru olduğunu gösteren test-tekrar test korelasyonu bildirilmiştir ($r = 0.99$). Eşzamanlı geçerlilik analizi; *Peabody* Bireysel Başarı Testi-Revize Edilmiş Okuma Tanıma Bölümü (PIAT-R), Geniş Kapsamlı Başarı Testi Revize Formu (WRAT-R) ve *Slosson* Oral Test Revize Formu (SORT-R) ile yapılmış, geçerlilik katsayıları oldukça yüksek olarak saptanmıştır (*cronbach alpha*: 0,88-0,97). Bu tarama aracı, düşük okuma seviyesine sahip hastaları tanımlamak için kullanılmaktadır, lise ve dengi okullar seviyesinin altında okuryazarlığı olan hastalar için okuma notu tahmini sağlamaktadır. Asgari sağlık eğitimi almış bir personel tarafından 1-2 dakika içinde kolayca uygulanabilir. *REALM*, hasta okuma yeteneğinin bir tahminini sunar, standart okuma testleriyle karşılaştırıldığında yoğun birinci basamak ortamı için pratik bir araçtır.

REALM sağlıkla ilgili 66 kelimenin verildiği, kelimelerin zorluğu giderek artan bir kelime tanıma testidir. Hastalardan tüm bu kelimeleri yüksek sesle sırayla okumaları istenir, doğru telaffuz edebildikleri kelimelere göre puan verilir. Hastadan, ilk kelimededen başlayarak, olabildiğince fazla kelime okuması istenir, okuyamadığı bir kelimeye geldiğinde ya da o kelimeyi okuması 5 saniyeden uzun sürdüğünde o kelime için başarısız kabul edilir.

Test sonucunda;

0-18 puan: İlkokul üçüncü sınıf ve altı seviyesini gösterir. Sağlık okuryazarlığı açısından yetersizdir. Hastanın sağlık eğitimi için tekrarlanan sözlü talimatlara ve öncelikle resimlerden oluşan materyallere ihtiyacı vardır (24).

19-44 puan: İlkokul dördüncü, beşinci ve altıncı sınıf seviyesinde okuma becerisi gösterir, sağlık okuryazarlığı açısından yetersiz olmakla birlikte hastanın reçetesini ya da ürün etiketlerini okuyup anlayabileceğini gösterir (24).

45-60 puan: İlkokul yedinci ve sekizinci sınıf seviyesinde okuma becerisi gösterir, düşük düzey sağlık okuryazarlığı açısından fikir verir. Hastaya sağlık eğitimi için uygun basit materyaller verilmelidir (24).

61-66 puan: Lise ve üzeri seviyede okuma becerisi ve yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığını gösterir. Hastaya doğru kaynak seçimi noktasında yol gösterilmelidir (24).

Ülkemizde *REALM* kullanılarak yapılan tek çalışma 2008 yılında Özdemir ve ark. tarafından yapılmış olup bu araştırmanın planlanmasında ve Türkçeye çevrilmesinde yol gösterici olarak kullanılmıştır (25). Prediktif değeri %95 güven aralığında (CI: 0,65-0,75, $p < 0,001$) 0,74 olarak hesaplanmış olup, araştırmanın yapılacağı poliklinik yoğunluğu göz önüne alındığında kolay uygulanabilirliği nedeniyle tercih edilmiştir.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS sürüm 21.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiki testler (ortalama, frekans, ortanca, minimum, maksimum, standart sapma) uygulanmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında *Pearson'* nın ki kare testi, üç ve üzeri verinin karşılaştırılması için ANOVA analizi kullanılmıştır.

Veriler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değerini $< 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya toplamda 189 kişi katılmıştır. Bunlardan 14 tanesi anketi REALM aşamasında terk etmiş, 23 tanesi ise doldurmak için aldığı anketi geri getirmemiştir. Çalışmanın istatistiksel analizi 152 katılımcıdan elde edilen veri ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %53,3'ü (n=81) kadın cinsiyete sahiptir. Yaş ortalaması $37,1 \pm 13,1$ olup; kadınların yaş ortalaması $40,0 \pm 12,9$, erkeklerin yaş ortalaması $33,8 \pm 12,7$ olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılanlardan %15,8'i (n=24) ilkokul mezunu, %11,2'si (n=17) ortaokul mezunu, %35,5'i (n=54) lise, %31,6'sı (n=48) lisans mezunu iken %5,9'u (n=9) yüksek lisans mezunudur. Eğitim düzeyleri ve cinsiyet karşılaştırıldığında, tüm gruplar için (ilkokul, ortaokul, lise, lisans, yüksek lisans) her iki cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmuştur. (p=0,01) İlkokul ve lisans düzeyinde eğitim alan kadın sayısı erkek sayısından, ortaokul ve lise düzeyinde eğitim alan erkek sayısı kadın sayısından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların mesleklerinin sorulduğu 4. soruya 1 kişi cevap vermemiş, toplamda 151 kişi yanıtlamıştır. Katılımcıların %27,8'i (n=42)'u çalışmıyor; %36,4'ü (n=55) memur; %19,9'u (n=30) serbest meslek seçeneğini işaretlemiştir.

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik bilgilerine ait ayrıntılı bilgiler Tablo 2' de gösterilmiştir. Tablolarda yaş grupları olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2017 yılından önce tanımlanmış 18-25 yaş arası genç; 26-40 yaş arası genç yetişkin; 41-65 yaş arası yetişkin sınıflaması kullanılmıştır. Bilindiği üzere DSÖ 2017 yılında yaş grupları dağılımını yeniden tanımlamış olup 0-17 yaş ergen, 18-65 yaş genç, 66-79 yaş orta yaş, 80 yaş ve üzeri yaşlı olarak belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilen hasta profili dikkate alındığında 152 katılımcının hemen hepsi yeni sınıflamaya göre genç yaş grubunda yer almaktadır. Ülkemiz çalışma koşulları, eğitim durumu ve araştırmanın yapıldığı çevre göz önüne alındığında eski sınıflamanın kullanılması araştırma ekibi tarafından uygun görülmüştür.

Tablo 2: Çalışmaya Katılanlara Ait Cinsiyet, Eğitim Durumu, Meslek, Yaş Grubu Değişkenleri (N=151)

<i>Meslek</i>	<i>Eğitim durumu</i>	<i>Yaş grupları</i>						<i>Toplam</i>	
		<i>Genç (18-25)</i>		<i>Genç yetişkin (26-40)</i>		<i>Yetişkin (41-65)</i>			
		<i>Kadın</i>	<i>Erkek</i>	<i>K</i>	<i>E</i>	<i>K</i>	<i>E</i>	<i>K</i>	<i>E</i>
<i>Çalışmıyor</i>	<i>İlkokul</i>	.	.	3	.	10	.	13	.
	<i>Ortaokul</i>	.	1	1	1	3	.	4	2
	<i>Lise</i>	2	.	7	.	7	.	16	.
	<i>Lisans</i>	1	.	2	.	3	.	6	.
	<i>Yüksek lisans</i>	.	.	1	.	.	.	1	.
<i>Emekli</i>	<i>İlkokul</i>	.	.	.	.	2	2	2	2
	<i>Ortaokul</i>	.	.	.	.	.	1	.	1
	<i>Lise</i>	.	.	.	.	2	3	2	3
	<i>Lisans</i>	.	.	.	.	2	1	2	1
	<i>Yüksek lisans</i>	.	.	.	.	.	.	.	.
<i>Memur</i>	<i>İlkokul</i>	.	.	.	.	.	1	.	1
	<i>Ortaokul</i>	.	.	.	1	.	.	.	1
	<i>Lise</i>	.	2	.	9	2	4	2	15
	<i>Lisans</i>	.	1	13	8	6	2	19	11
	<i>Yüksek lisans</i>	.	.	3	2	.	1	3	3
<i>Öğrenci</i>	<i>İlkokul</i>	.	.	.	.	.	.	.	.
	<i>Ortaokul</i>	.	.	.	.	.	.	.	.
	<i>Lise</i>	1	4	.	.	.	.	1	4
	<i>Lisans</i>	3	2	.	.	.	.	3	2
	<i>Yüksek lisans</i>	.	.	.	1	.	.	.	1
<i>Serbest meslek</i>	<i>İlkokul</i>	.	.	.	2	1	2	1	4
	<i>Ortaokul</i>	.	8	.	1	.	.	.	9
	<i>Lise</i>	.	6	3	2	.	.	3	8
	<i>Lisans</i>	.	2	.	.	1	1	1	3
	<i>Yüksek lisans</i>	.	.	1	.	.	.	1	.

4.2. Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Sıklıkları ve Sebepleri Dağılımı

Katılımcılara bir sağlık kuruluşuna ne sıklıkla başvurdukları sorulduğunda %42,1'i (n=64) şikayetim oldukça cevabını vermiştir, verilen diğer cevaplar Tablo 3'de gösterilmektedir. Ne sebeple bir sağlık kuruluşuna başvurduklarının sorgulandığı soruda araştırmacıların poliklinik pratiklerine dayanarak 6 (altı) seçenek sunulmuş, birden fazla sebebi işaretleyebilecekleri belirtilmiştir. Katılımcıların %41,4'ü (n=63) 'genel kontrol amaçlı kan vermek' cevabını vermiştir. Bunu ikinci sırada %40,8 (n=62) 'grip-soğuk algınlığı' ve üçüncü sırada %26,3 (n=40) ile 'ilaç yazdırmak, %24,3 (n=37) 'kas-eklem ağrıları' ve %21,7 (n=33) ile 'diğer' cevapları izlemiştir. 'Danışmanlık' cevabı %14,5 (n=22) ile en az verilen cevap olmuştur.

Tablo 3: Katılımcıların Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sıklığı Ve Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu

<i>Başvuru sıklığı</i>	<i>% (n)</i>	<i>Reçetesiz kullanılan ilaç türü</i>	<i>% (n)</i>
<i>Şikayetim oldukça</i>	42,1 (64)	<i>Ağrı kesici</i>	36,8 (56)
<i>Yılda bir</i>	7,2 (11)	<i>Grip/soğuk algınlığı</i>	9,9 (15)
<i>6 ayda bir</i>	15,1 (23)	<i>Vitamin</i>	9,9 (15)
<i>3 ayda bir</i>	19,7 (30)	<i>Diğer</i>	2,0 (3)
<i>Ayda bir</i>	15,8 (24)	<i>Toplam</i>	58,6 (89)
		<i>Kullanmayan</i>	41,4 (63)

Araştırmaya katılanların %58,6'sı (n=89) reçetesiz ilaç kullandıklarını belirtmiştir (Bkz: Tablo 3). En sık kullanılan ilaç %36,8 ile 'ağrı kesici' olarak saptanmıştır. Reçetesiz kullanılacak ilacın nereden temin edildiğinin sorgulandığı soruya sırasıyla; eczane %86,5 (n=77) , komşu-akraba-arkadaş %11,2 (n=10) , diğer %2,2 (n=2) cevapları verilmiştir.

4.3. Sağlık İle İlgili Bilgiye Ulaşma Davranışları

Katılımcılara ilgili literatür taranarak sağlıklı ilgili herhangi bir konuda bilgiye ulaşmak için başvurulabilecek kaynaklar sunulmuştur. Bu kaynakları kullanım sıklığına göre 1: Hiç başvurmam, 2: Az başvururum, 3: Ara sıra başvururum, 4: Sıklıkla başvururum, 5: Çok sık başvururum olmak üzere değerlendirmeleri istenmiştir. Verilerin dağılımına bakıldığında en sık kullanılan kaynak ‘diğer’ seçeneği olmuştur. Anketler incelendiğinde tüm katılımcıların diğer seçeneğine ‘doktor’ açıklamasını yaptıkları görülmüştür. En az kullanılan kaynak ‘gazete haberleri’ olarak saptanmıştır. Ayrıntılı veriler Tablo 4’te gösterilmektedir. Gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığına bakılması için ANOVA testi uygulanmış ve gruplar arasında anlamlı fark çıkmamıştır. Bu sorunun analizi için, soruya cevap vermeyenlerin sayısı dikkate alındığında kullanılan testin geçerliliği istatistiksel açıdan düşüktür.

Tablo 4 :Sağlık İle İlgili Bir Bilgiye Ulaşmak İçin Kullanılan Kaynakların Sıklık Dağılımı

	1*	2*	3*	4*	5*
	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
<i>TV sağlık programları (n=142)</i>	43,7 (62)	9,2 (13)	14,1 (20)	7,7 (11)	25,4 (36)
<i>İnternet (n=142)</i>	24,6 (35)	6,3 (9)	19,7 (28)	9,9 (14)	39,4 (56)
<i>Gazete haberleri (n=134)</i>	56,7 (76)	10,4 (14)	18,7 (25)	6,7 (9)	7,5 (10)
<i>Sosyal medya (n=135)</i>	33,3 (45)	11,1 (15)	17,8 (24)	12,6 (17)	25,2 (34)
<i>Aile toplantıları (n=135)</i>	37,0 (50)	12,6 (17)	17,0 (23)	11,1 (15)	22,2 (30)
<i>Doktor (n:104)</i>	22,1 (23)	3,8 (4)	13,5 (14)	8,7 (9)	51,9 (54)

*1: Hiç başvurmam, 2: Az başvururum,3: Ara sıra başvururum,4: Sıklıkla başvururum, 5: Çok sık başvururum

Araştırmaya katılanlardan, bilgiye ulaşmak için kullandıkları kaynaklara güven düzeylerini; 1:Hiç güvenmiyorum, 2:Güvenmiyorum, 3:Kısmen güvenmiyorum ama denerim, 4:Kararsızım, 5:Kısmen güveniyorum ve denerim, 6:Güveniyorum, 7:Tamamen güveniyorum olmak üzere puanlamaları istenmiştir (Tablo 5). Verilen puanlar incelendiğinde en çok güvenilen kaynak katılımcıların %32,4'ünün 7 puan verdiği 'diğer' seçeneği olmuştur. Anketler incelendiğinde katılımcıların bu soruya da, önceki soruda olduğu gibi 'doktor' açıklaması yaptığı görülmüştür. Tablolar incelendiğinde 'diğer' seçeneğine 'doktor' cevabı vererek puanlama yapan 108 kişinin %32,4'ü (n=35) 'hiç güvenmiyorum', 'güvenmiyorum', 'kısmen güvenmiyorum' puanlarını vermiştir. Bilgiye ulaşmada kullanılan kaynak tercihinde olduğu gibi güven sıralamasında da 'gazete haberleri' %33,1 (n=47) ile en az güvenilen kaynak olmuştur.

Tablo 5: Kullanılan Kaynaklara Güven Düzeyi Dağılımı

	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*
	% n	% n	% n	% n	% n	% n	% n
TV sağlık programları (n=148)	27,7 41	16,9 25	9,5 14	11,5 17	14,2 21	15,5 23	4,7 7
İnternet (n=144)	14,6 21	16,7 24	13,9 20	13,2 19	15,3 22	19,4 28	6,9 10
Gazete (n=142)	33,1 47	19,7 28	14,1 20	17,6 25	8,5 12	6,3 9	0,7 1
Sosyal medya (n=142)	27,5 39	15,5 22	12,7 18	16,2 23	11,3 16	12,7 18	4,2 6
Aile toplantıları (n=144)	28,5 41	15,3 22	11,8 17	9,7 14	9 13	20,1 29	5,6 8
Doktor (n=108)	18,5 20	7,4 8	6,5 7	12 13	7,4 8	15,7 17	32,4 35

*1:hiç güvenmiyorum 2:güvenmiyorum 3:kısmen güvenmiyorum ama denerim
4:kararsızım 5: kısmen güveniyorum ve denerim 6:güveniyorum 7:tamamen güveniyorum

4.4. Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları Dağılımı

Araştırmaya katılanlara bu bölümde ‘doğru’, ‘yanlış’, ‘bilmiyorum’ şeklinde cevap verebilecekleri 8 tanesi bilgi, 7 tanesi tutum ve 5 tanesi davranış ile ilgili, sağlık okuryazarlığı literatürü taranarak oluşturulmuş 20 tane önerme sunulmuştur. Katılımcıların bu önermelere verdikleri cevaplar ayrıntılı olarak Tablo 6’ da yer almaktadır. Sadece 8. önerme bir katılımcı tarafından cevaplanmamış olup kalan tüm sorular 152 katılımcının tamamı tarafından yanıtlanmıştır.

Verilen cevaplar incelendiğinde, en yüksek sıklıkla verilen cevap 133 kişinin ‘doğru’ dediği; ‘‘Aklımdaki bütün soruları doktoruma sorabilirim.’’ önermesi olmuştur. İkinci sıklıkla; ‘‘Eğer ailemde yüksek tansiyon, şeker hastalığı, yüksek kolesterol, tiroid bozukluğu varsa bende de olabilir, kontrole gitmeliyim.’’ önermesi %86,2 çoğunlukla ‘doğru’ olarak cevaplanmıştır. ‘Grip/soğuk algınlığı antibiyotik almadan geçmez.’ önermesine %73 (n:111) oranında ‘yanlış’ cevabı verilmiştir.

Katılımcıların %55,9’u (n=85) ‘Ağrım olduğunda ağrı kesici alırım.’ önermesini ‘doğru’ şeklinde yanıtlamıştır. ‘Düzenli olarak vitamin ilacı almak gerekir.’ önermesine katılımcıların %52,3 ‘ü (n=79) ‘yanlış’ cevabını vermiştir.

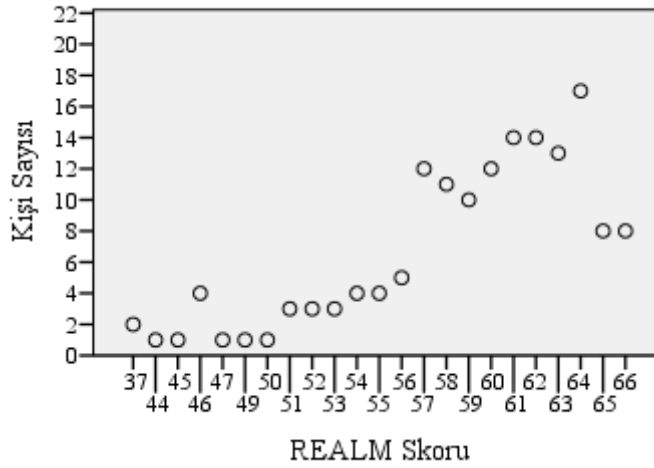
Araştırmaya katılanların yarısından fazlası televizyonda/sosyal medyada/internette gördükleri uygulamaların ya da şifalı bitkilerin kullanılmasının yanlış olduğunu düşünmektedir (Tablo 6, 9. ve 11. önerme). Benzer şekilde katılımcıların çoğunluğu diyet yapmanın diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi üzerindeki etkilerinin sorgulandığı 13. 14. ve 15. önermelere ‘yanlış’ cevabını vermiştir. Katılımcıların yarısı (%50,7) bel/baş ağrısında görüntüleme yöntemi kullanılması gerektiğini düşünmektedir. ‘Bir hastalığım ile ilgili tedaviyi doğru bulmadığımda bana doğru gelen tedaviyi bulana kadar farklı hastanelere başvururum.’ önermesine katılımcıların %53,9’u (n=82) ‘doğru’ cevabını verirken, hemen altında bulunan ‘Tedavim ya da sorunlarım hakkında doktoruma güvenirim.’ önermesine %80,9 (n=123) oranında yine ‘doğru’ yanıtı verilmiştir.

Tablo 6: Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları Dağılımı

Önermeler	Doğru % (n)	Yanlış % (n)	Bilmiyorum % (n)
1- Bütün hastalıklar kanda çıkar. (n=152)	50,7 (77)	32,2 (49)	17,1 (26)
2- Eğer ailemde yüksek tansiyon, şeker hastalığı, yüksek kolesterol, tiroid bozukluğu varsa bende de olabilir, kontrole gitmeliyim. (n=152)	86,2 (131)	4,6 (7)	9,2 (14)
3- Düzenli olarak tam kan tahlili verirsem hastalıklardan korunurum. (n=152)	48 (73)	23,7 (36)	28,3 (43)
4- Grip/soğuk algınlığı olacağımyı hissettiğimde erkenden doktora gidersem hasta olmadan iyileşirim. (n=152)	52,6 (80)	38,8 (59)	8,6 (13)
5- Grip/soğuk algınlığı antibiyotik almadan geçmez. (n=152)	18,4 (28)	73 (111)	8,6 (13)
6- Ağrım olduğunda ağrı kesici alırım. (n=152)	55,9 (85)	36,8 (56)	7,2 (11)
7- Eğer kendimi halsiz/yorgun/bitkin/unutkan hissediyorsam vitaminlerim düşmüş olabilir.(n=152)	67,1 (102)	15,1 (23)	17,8 (27)
8- Düzenli olarak vitamin ilacı almak gerekir. (n=151)	21,9 (33)	52,3 (79)	25,8 (39)
9- Televizyondaki/sosyal medyadaki sağlık programlarına katılan doktorların diyetlerine ve önerdikleri tedavilere uyarım. (n=152)	21,7 (33)	57,2 (87)	21,1 (32)
10- Bana reçete edilen tedavi ile ilgili televizyonda/internette/çevremden olumsuz bir haber duyarsam tedaviyi bırakırım. (n=152)	15,8 (24)	64,5 (98)	19,7 (30)
11- Televizyondan/internette/çevremden duyduğum şifalı bitkiler ile hastalıkları iyileştirebilirim. (n=152)	21,7 (33)	54,6 (83)	23,7 (36)
12- Aklımdaki bütün soruları doktoruma sorabilirim. (n=152)	87,5 (133)	6,6 (10)	5,9 (9)
13-Sadece diyetle dikkat etmek ve düzenli egzersiz yapmak şeker hastalığı için; ilaçlar kadar etkili değildir. (n=152)	28,3 43	42,1 64	29,6 45
14-Sadece diyetle dikkat etmek ve düzenli egzersiz yapmak yüksek tansiyon hastalığı için; ilaçlar kadar etkili değildir.(n=152)	25,7 (39)	39,5 (60)	34,9 (53)
15-Sadece diyetle dikkat etmek ve düzenli egzersiz yapmak yüksek kolesterol için; ilaçlar kadar etkili değildir. (n=152)	24,3 (37)	42,8 (65)	32,9 (50)
16- Hasta olanlar diyetle dikkat etmeli ve düzenli egzersiz yapmalıdır. Sağlıklı olanların buna ihtiyacı yoktur. (n=152)	23,7 (36)	62,5 (95)	13,8 (21)
17- Belim ya da başım ağrıyorsa emar/ MRG / MR çekilmelidir. (n=152)	50,7 (77)	29,6 (45)	19,7 (30)
18- Bir hastanede yaptırdığım kan tahlili bozuk çıktığında başka bir hastanede daha tahlil yaptırırım. (n=152)	45,4 (69)	35,5 (54)	19,1 (29)
19- Bir hastalığım ile ilgili tedaviyi doğru bulmadığımda bana doğru gelen tedaviyi bulana kadar farklı hastanelere başvururum. (n=152)	53,9 (82)	27 (41)	19,1 (29)
20- Tedavim ya da sorunlarım hakkında doktoruma güvenirim. (n=152)	80,9 (123)	4,6 (7)	14,5 (22)

4.5. REALM Skoru

Araştırmaya katılanlara anketin son bölümünde *REALM* uygulanmıştır. Verilen 66 tane kelimeyi yüksek sesle okumaları istenmiştir. 152 katılımcı için hesaplanan veriler incelendiğinde alınan en düşük puan 37, en yüksek puan 66'dır (Şekil 3). Tüm grup için ortalama $59,12 \pm 5,5$ puan olarak hesaplanmıştır. Kadınların ortalaması $59,38 \pm 5,8$ erkeklerin ortalaması $58,82 \pm 5,1$ olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur ($p=0,129$).



Şekil 2: REALM Skoru Dağılımı

Çalışmamızda yaş grupları genç, genç yetişkin ve yetişkin olarak incelenmiş olup en yüksek puan ortalaması $60,95 \pm 3,9$ ile genç yetişkin gruba aittir. Yetişkin grubun ortalaması tüm grup için hesaplanan ortalama değerinin altındadır.

REALM ve eğitim durumu değişkeni incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça puanların arttığı görülmüş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. İlkokul mezunlarının *REALM* ortalaması $52,5 \pm 7,54$ iken yüksek lisans mezunlarının ortalaması $64,67 \pm 1,65$ olarak hesaplanmıştır.

Mesleklere göre *REALM* puanı incelendiğinde memur ve öğrencilerin ortalaması katılımcıların ortalamasının üzerindeyken, gelir getirici bir işte çalışmayanların, emeklilerin ve serbest meslek sahiplerinin ortalaması grup ortalamasının altında hesaplanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0,000$). *REALM* ve cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, meslek değişkenleri ilişkisine ait ayrıntılı veriler Tablo 7' de verilmiştir.

Tablo 7: REALM Puanı ve Bazı Sosyo-demografik Özellikler

	<i>REALM puanı (0-66)</i>			
		<i>puan</i>	<i>SD ±</i>	<i>p</i>
<i>Cinsiyet</i> (<i>n=152</i>)	<i>Kadın</i>	59,38	5,82	0,129*
	<i>Erkek</i>	58,82	5,19	
<i>Yaş grubu</i> (<i>n=152</i>)	<i>Genç (18-24)</i>	59,58	3,89	0,000**
	<i>Genç yetişkin (25-40)</i>	60,95	3,92	
	<i>Yetişkin (41-65)</i>	56,71	6,97	
<i>Eğitim durumu</i> (<i>n=152</i>)	<i>İlkokul</i>	52,50	7,54	0,000**
	<i>Ortaokul</i>	57,29	4,42	
	<i>Lise</i>	59,39	3,41	
	<i>Lisans</i>	61,73	3,66	
	<i>Yüksek lisans</i>	64,67	1,65	
<i>Meslek</i> (<i>n=151</i>)	<i>Çalışmıyor</i>	57,95	5,49	0,000**
	<i>Emekli</i>	54,46	10,12	
	<i>Memur</i>	61,44	3,80	
	<i>Öğrenci</i>	60,70	4,17	
	<i>Serbest meslek</i>	57,90	4,06	

*Pierson'ın ki kare testi

**tek yönlü ANOVA analizine göre elde edilen F değişkeni

Araştırmaya katılanların sağlık kuruluşlarına başvuru sıklıkları ile *REALM* puanları incelenmiş ve gruplar arasındaki fark $p= 0,012$ hesaplanarak anlamlı bulunmuştur. Herhangi bir sağlık kuruluşuna şikayeti oldukça başvuranların *REALM* puanı $60,58\pm 4,31$; ayda bir başvuranların puanı $57,08\pm 5,83$; 3 ayda bir başvuranların puanı $57,13\pm 7,11$; altı ayda bir başvuranların puanı $60,13\pm 3,91$; yılda bir başvuranların puanı $58,36\pm 4,31$ olarak hesaplanmıştır. Benzer şekilde başvuru sebeplerine ve katılımcıların sağlık ile ilgili bilgiye ulaşmada kullandıkları kaynaklara göre *REALM* puanları incelenmiş olup; gruplar arasında homojen dağılım bulunmadığından ve çalışmaya katılan kişi sayısı azlığından dolayı istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

5. TARTIŞMA

Günümüz teknoloji ve bilgi çağında bilgiye ulaşma olanakları çeşitlenmiş ve olanaklara ulaşım kolaylaşmıştır. Böyle bir ortamda 21.yy için yeni öğrenme çıktıları söz konusu olmuştur. Bunlar; küresel farkındalık, finans, ekonomi, işletme ve girişim alanlarında okuryazarlık, vatandaşlık konusunda okuryazarlık, çevre konusunda okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığıdır (26). Bu bağlamda okuryazarlık kavramı büyük önem kazanmış sadece okuma, yazma ve düşünme eylemlerini değil; iletişim kurma, bilgiyi inşa etme ve bilgiyi paylaşma gibi sosyal yönü olan eylemleri de içermiştir (27). TUIK 2017 verilerinde eğitim durumlarına göre bilgiye ulaşma kaynakları sıralanmış, ilk ve orta dereceli okullardan mezun olanların neredeyse yarısı, lise ve üzeri eğitim alanlarda ise 10 kişiden 6'sı internet kullanımını birinci sırada göstermiştir.

Gelişen teknolojik sistemler ve internete erişim imkanının kolaylaşması sağlık alanında öncelikle dijital okuryazarlık olarak ortaya çıkmıştır. Kullanımı giderek yaygınlaşan 'e-nabız' uygulaması ve 'Merkezi Hekim Randevu Sistemi' (MHRS) ülkemiz için örnek olarak verilebilir. Günümüzde birey her gün sağlık ile ilgili pek çok konuda çok çeşitli uyaranlara maruz kalmakta, bir sorunla ya da karar vermesi gereken bir durumla karşılaşmaktadır. Sosyal medyanın sağlık ile ilgili konularda yoğun olarak kullanılması, reyting getirisi açısından sağlık programlarının sabah kuşağında hala sıkça yer alması, gazete haberleri, aile ve akraba toplantılarında hastalıkların sohbet konusu olması; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmaktan ziyade bilginin güvenilirliğini ve sağlık okuryazarlığı konusunu tekrar incelenmeye değer kılmıştır. Tüm bunlardan yola çıkarak, özetlemek gerekirse sağlık okuryazarlığı; bireylerin, kendileri ve toplum sağlığı ile ilgili karar ve davranışlarını yönlendirecek, temel sağlık bilgi ve hizmetleri konusunda bilgi birikimleri, bu bilgilere erişimleri, erişilen bilgiyi anlamaları, değerlendirmeleri, kullanmaları ve nesilden nesile aktarmalarıdır (28). Bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili süreçlere giderek daha çok dahil edildiği günümüz sağlık sisteminde sağlık okuryazarlığı düzeyinin ölçülebilirliği önem arz etmektedir.

Çalışmamızda 2008 yılında Özdemir ve ark. tarafından da kullanılan *REALM* kolay uygulanabilirliği ve poliklinik pratiğine uyumu açısından ölçek olarak kullanılmıştır. 152 katılımcıdan elde edilen veriler sonucunda hesaplanan ortalama

puan $59,12 \pm 5,52$ olarak saptanmıştır. Benzer şekilde 456 katılımcı ile 2008 yılında gerçekleştirilen Özdemir ve ark. çalışmasında *REALM* puan ortalaması $60,29 \pm 0,32$ olarak hesaplanmıştır. *REALM* değerlendirme tablosuna bakıldığında 59 puanın karşılığı; ilkokul yedinci ve sekizinci sınıf seviyesinde okuma becerisi gösterir, düşük düzey sağlık okuryazarlığı açısından fikir verir. 2006 yılında Louisiana ve Kuzey Carolina’da, 10-19 yaş aralığında 1533 adolesan ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %28’i ilkokul 3 ve altı seviyede puan almıştır (29). 1994 yılında çocuk hastaların ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada ise katılımcıların *REALM* ortalaması ilköğretim 7. ve 8. sınıf seviyelerinde saptanmıştır (30). Sonuçları bakımından değerlendirildiğinde bu çalışma, çalışmamız sonuçları ile benzerlik taşımaktadır. *REALM* puanının yıllar içinde değişimi ülkemizde *REALM* ile yapılan başka bir çalışma olmadığından incelenememiştir.

REALM puanı, araştırma sonuçlarına göre eğitim seviyesi arttıkça yükselmektedir. Benzer şekilde Özdemir ve ark. tarafından yapılan çalışmada da eğitim seviyesi düşük kişilerde düşük *REALM* puanı hesaplanmıştır. Literatür taramasında yer alan diğer çalışmalarda *REALM* bir doğrulayıcı test olarak kullanılmış ve *REALM* puanı ile cinsiyet, yaş grubu, eğitim düzeyi, meslek gibi sosyo-demografik değişiklikler ayrıntılı incelenmemiştir. Bu duruma; geliştirilmesi planlanan ölçek çalışmalarında doğrulama testi olarak kolay uygulanabilirlik açısından *REALM*’in sıklıkla tercih edilmesi sebep olmuş olabilir. Çalışmaya temel olarak alınan Özdemir ve ark. tarafından yapılan çalışmada kadınlarda, düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip bireylerde, eğitim seviyesi düşük olanlarda ve ileri yaş grubunda daha düşük *REALM* puanları tespit etmiştir. Çalışmamızda gelir durumu sorgulanmamış olup bunun yerine meslek grupları değerlendirilmiştir. Çalışmamızda lisans mezunu kadınların sayısı erkeklerden daha fazladır. Bu sebeple kadınların ortalama *REALM* puanı erkeklerden yüksek bulunmuş olabilir. Ulaşılan katılımcı sayısının azlığı gruplar arasında homojen dağılımı engelleyip standart sapma puanlarında artışa sebep olduğundan cinsiyet değişkeninde istatistiksel açıdan anlamlı fark elde edilememiş olabilir.

REALM değerlendirme tablosu incelendiğinde katılımcılar için hesaplanan ortalama puan ilköğretim 7. ve 8. sınıf düzeyini göstermektedir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde lise mezunlarının ağırlıkta olduğu görülmüştür. Lise düzeyinde eğitim almış bireylerin ilkokul yedinci ve sekizinci sınıf

düzeyinde (düşük düzey) sağlık okuryazarlığı becerisine sahip olması ülkemizde bu konuya daha fazla önem verilmesini gerektirir bir bulgudur. Öte yandan ülkemizde sağlık okuryazarlığı açısından bu sonucun karşılaştırılabileceği benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Pediatrik hasta grubunun ebeveynleri ile 1994 yılında Amerika’da yapılan çalışmada, benzer şekilde *REALM* ortalaması ilkokul 7. ve 8. sınıf düzeyinde bulunmuş; katılımcıların eğitim durumu dağılımı ise lise ve dengi okullar ağırlıkta olmak üzere saptanmıştır (30). Sonuçlar açısından çalışmamız ile benzerlik gösteren bu çalışmada farklı olarak, Amerikan Pediatri Akademisi’nin yayınları, sık kullanılan ilaçların prospektüsleri ve ebeveynlere verilen eğitim kitapçıkları incelenmiştir. İncelenen tüm materyallerin sadece % 2’sinin yedinci sınıf seviyesi ve altı okuryazarlık düzeyi için olduğu görülmüştür (30). Öneri olarak eğer halk sağlığının geliştirilmesi ve daha bilinçli ebeveynler isteniyorsa materyallerin bu seviye dikkat edilerek hazırlanması gerektiği ve *REALM*’in tarama amaçlı kullanılabileceği vurgulanmıştır. Çalışmamızda bu şekilde bir veri taraması planlaması zaman kısıtlılığı açısından yapılmamış olup, hitap edeceği topluluk ve hedeflenen amaçlar açısından yol gösterici olabilir.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikasının 2014 yılında yaptığı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Çalışmasında; düşük sağlık okuryazarlığının daha sık acil servis kullanımı ile ilişkili olduğu dolaylı olarak gösterilmiştir (31). Aynı çalışmada sağlık okuryazarlığı ölçeği olarak HLS-EU (The European Health Literacy Survey) Türkçe uyarlaması olan SOYA- AB (Sağlık Okuryazarlığı Anketi- Avrupa Birliği) kullanılmıştır. Çalışmamızda katılımcılarda acil servis başvurusu sıklığı sorgulanmamış olup benzer değerlendirme bir sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı ve *REALM* puanı arasında yapılmıştır. Herhangi bir sağlık kuruluşuna ‘‘şikayeti oldukça’’ başvuranların *REALM* puanı, ‘‘ayda bir’’ başvuranların puanından yüksek saptanmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,012$). Bu sorudaki kısıtlılık şikayet sayısının sorgulanmamış olması olabilir. Çalışmamıza temel teşkil eden, Özdemir ve ark. tarafından yapılan çalışmada da sağlık kuruluşu başvuru sıklığı ve *REALM* ilişkisi incelenmemiştir. Öte yandan elde edilen bu sonucun aksi yönünde sonuçlanan bir çalışma da yoktur. Sağlık kuruluşlarının yoğunluğu, acil servislerin ve acil yardım telefonlarının gereksiz meşgul edildiği günümüz sağlık sistemi düşünüldüğünde; sağlık okuryazarlığı düzeyindeki artışın bireylerin basit

şikayetleri için hastane başvurularını azaltacağı, kendi sağlıkları ve toplum sağlığı için doğru kararlar almalarına yararlı olacağı bu sonuçlar ile desteklenebilir.

Çalışmada kullanılan anketin 3. bölümünde ‘Tedavim ya da sorunlarım hakkında doktora güvenirim.’ önermesine katılımcıların %80,9 u ‘doğru’ yanıtını vermiştir. Bu durum anketin önceki bölümlerinde katılımcıya sorulan sağlık ile ilgili başvuru kaynağı olan doktora güven oranı ile tezat oluşturmaktadır (Bkz: Tablo 5). Yine çalışma sonuçlarına göre sağlıkla ilgili herhangi bir konuda bilgi almak için iki kişiden biri doktora başvururken, başvuru 10 kişiden 3 ü doktora bu konuda güvenmektedir. Ülkemizdeki sağlık sistemi, devlet hastanelerinin yükü, sevk zincirinin kaldırılması gibi faktörler dikkate alındığında artan iş yüküyle beraber tanı ya da tedavi aşamasında hekimlerimizin malpraktis oluşturabilecek bir duruma yol açması sıklaşmıştır. Bu gibi durumlarla karşılaşan hastaların güven düzeylerinde düşüklük bu açıdan bakıldığında beklenen bir sonuçtur (38).

‘‘Eğer ailemde yüksek tansiyon, şeker hastalığı, yüksek kolesterol, tiroid bozukluğu varsa bende de olabilir, kontrole gitmeliyim.’’ önermesine katılımcıların %86,2’si ‘doğru’ yanıtını; ‘‘Grip/soğuk algınlığı antibiyotik almadan geçmez.’’ önermesine katılımcıların %73’ü ‘yanlış’ yanıtını vermiştir. Bilindiği gibi Sağlık Bakanlığı son dönemde pek çok kamu spotu ve kampanyalar yürüterek sağlık okuryazarlığı konusunda bireylere kaynak sağlamaktadır. Mayıs 2017’de tamamlanan ‘Diyabete Göz Yumma Kamu Spotu’ ve Ocak 2018’de başlanmış ve halen devam etmekte olan ‘Akılcı Antibiyotik Kullanım Kampanyası’ bu çalışmalardandır (39,40). Araştırmamız sonuçlarında verilen cevapların yüzdesi bu kampanya ve kamu spotlarının yararını ortaya koymuştur. Dünya çapında tüm yaşlarda ölümlerin çoğunluğunun kronik hastalıklar kaynaklı olduğu düşünüldüğünde; kronik ve dejeneratif hastalıkların oluşumunda ve takibinde kişilerin sağlık ile ilgili davranışlarının payı büyüktür (41). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde ve bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili karar alma sürecinde daha aktif rol oynayabilmesi için bu türde çalışmaların devam etmesi gerekmektedir.

‘‘Hasta olanlar diyetle dikkat etmeli ve düzenli egzersiz yapmalıdır. Sağlıklı olanların buna ihtiyacı yoktur.’’ önermesine katılımcıların %62,5’i ‘yanlış’ cevabını vermiştir. Bu sonuca Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Ocak 2017’de başlayıp

halen devam eden ‘Her Gün On Bin Adım’ kampanyası ve 3-4 Ekim tarihlerinde düzenlenen ‘Dünya Yürüyüş Günü’ etkinliklerinin etkisi olduğu düşünülmektedir (42). Araştırmanın aynı bölümünde katılımcılara diyet ve egzersiz ile diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi tedavisi ilişkisini anlatan önermeler sunulmuştur (Bkz: Tablo 6). Üç hastalık grubu için de katılımcıların yaklaşık üçte biri ‘bilmiyorum’ seçeneğini işaretlemiştir. Bu durum hastalıklara doğru tanı ve tedavi verilmesi kadar hastaların bu konularda bilgilendirilmesi ve sağlıklı yaşam davranışı önerilerinin anlatılması gerekliliğini göstermektedir. Benzer şekilde Kanada’da 2015 yılında diyetisyenler tarafından verilen diyetin doğru uygulanabilmesi, sağlıklı yaşam davranışının sürdürülebilmesi için sağlık okuryazarlığının önemli bir parametre olduğu gösterilmiştir (46). Hastaların bilgilendirilmesinin önemi, 2013 yılında radyoterapi gören düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylere radyasyon onkologları eşliğinde bilgi verildiğinde yan etkilerin görülmesinde azalma ve koruyucu önlemler alma sıklığında artmanın bildirilmesi ile daha da güçlenmiştir (47). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2013-2017) kapsamında belirlenen hedef sağlık okuryazarlığını geliştirmektir. Bu bağlamda 2015 yılında ihtiyaç saptama çalışmaları doğrultusunda ‘‘Ankara İli Sincan İlçesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Bilgi, Tutum, Davranışlarının Ve Eğitim Gereksinimlerinin Saptanması’’ çalışması yapılmıştır (48). Bu çalışma sonucuna göre aile hekimlerinin ve aile sağlığı merkezi sağlık personelinin neredeyse tamamı (%99,1 ve %98,1) sağlık okuryazarlığı ile ilgili herhangi bir eğitim almamıştır (48). 2017 yılında bu plan kapsamında sağlık okuryazarlığı eğitimi almış 1199 kişinin katılımıyla yapılan çalışmada ise, katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı indeksine ait puan ortalaması $37,55 \pm 8,11$ (max: 50) olarak hesaplanırken, tüm indekslerde erkeklerde, genç yaş gruplarında, hekimlerde, yüksek eğitim düzeyine sahip olanlarda daha yüksek puanlar elde edilmiştir (49). Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenmiş olup, hekimlerle yapılacak diğer çalışmalara ve hastaların sağlık okuryazarlığını belirlemek için tasarlanacak diğer ölçüklere yol gösterici sonuçlar elde edilmiştir. Unutulmamalıdır ki yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma ve bu hastalıkların takibi arasında ilişki vardır (41). Kronik hastalıkların takibinde hastanın yaşam tarzı davranışlarının, bireyin kendi sağlığı ile ilgili karar alma becerilerinin önemi büyüklüğü araştırmamız

sonuçları ile bir kere daha ortaya konmuştur. 2017 yılında Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Kliniğinde yatmakta olan 65 yaş ve üzeri en az 1 kronik hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmada algılanan sağlık düzeyi yükseldikçe, sağlık okuryazarlık puanı da artmıştır (50). Aynı çalışmada sağlık algısı ve yaşam kalitesi düzeyi düşük olan, sağlık hizmetlerine erişimde zorluk çeken, çoklu ilaç kullanımı olan, hastaneye ve acil servise başvurusu fazla olan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı puanının düşük olduğu vurgulanmıştır. 2018 yılında yapılan, örnekleminde 217 sağlık bilimleri, 223 sosyal bilimler öğrencisinin yer aldığı bir çalışmada Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Revize Formu kullanılmış ortalaması 16.9 ± 3.2 (min= 5.0; maks= 23) olarak bulunmuştur (51). Aynı çalışmada öğrencileri eğitim müfredatlarına sağlık okuryazarlığı dersinin eklenmesinin mezuniyet sonrası hizmet kalitesini arttıracığı vurgulanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar ve benzer araştırmaların sonuçları kullanılarak eğitim materyallerinin geliştirilmesine yönelik yeni çalışmalar planlanabilir.

Araştırmamızda katılımcılara ‘Bir hastalığım ile ilgili tedaviyi doğru bulmadığımda bana doğru gelen tedaviyi bulana kadar farklı hastanelere başvururum.’ önermesi yöneltilmiş, katılımcıların %53,9’u bu önermeye ‘doğru’ yanıtını vermiştir. Benzer şekilde *Martino* ve ark tarafından yapılan bir çalışmada hastaların birbirlerine sosyal ağlar aracılığıyla doktor tavsiye ettikleri gösterilmiştir (33). Hemen sonrasında ankette yer alan ‘Tedavim ya da sorunlarım hakkında doktoruma güvenirim.’ önermesine ise %80 oranında ‘doğru’ yanıtı verilmiştir. İlk önermeye verilen cevap sık karşılaşılan bir sorun olan aynı sağlık problemi ile farklı merkez ve farklı doktorlara başvurma davranışını açıklar niteliktedir. Fakat tedavisi hakkında hekimine güvendiğini belirten katılımcılardan iki kişiden birinin farklı bir merkeze daha başvurma ihtiyacı neden kaynaklanmaktadır? Bu durum değerlendirildiğinde hasta-hekim arasındaki iletişim yetersizliği, yoğun çalışma saatleri ve artan iş yükü akla ilk gelen nedenler arasındadır. Bu durum başlı başına bir araştırma konusu olarak incelenmeli, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi çalışmalarında alt başlık olarak yer almalıdır.

Araştırma verileri bir diğer açıdan incelendiğinde reçetesiz olarak en sık kullanılan ilaç grubu ağrı kesicilerdir. Benzer şekilde katılımcıların yarısından fazlası (%55,9), anketin 3. bölümünde 6. önerme olarak verilen ‘Ağrım olduğunda ağrı kesici

alırım.’ önermesini ‘doğru’ şeklinde yanıtlamıştır. Bu çalışmanın tutarlılığı, katılımcıların sorulara verdiği cevapların kalitesi açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir. 2015 yılında Ankara’da iki aile sağlığı merkezine başvuranlarda reçetesiz ilaç kullanım sıklığı incelenmiş olup; katılımcıların yarısından fazlasının evlerinde ilaç bulundurduğu, bu ilaçların en çok ağrı kesici ve ateş düşürücüler olduğu, bu ilaçların eczane ve komşulardan temin edildiği bulunmuştur (53). Sebebi net olarak bilinmemekle birlikte, güçlü ekonomik yapıya sahip ve toplum sağlığı açısından ileri olan başta Amerika Birleşik Devletleri ve diğer gelişmiş ülkelerde de reçetesiz ilaç kullanımının sık olduğu bildirilmektedir (54). Öte yandan ağrı kesici kullanımının ne kadarının akılcı ilaç kullanımı kapsamında olduğu ya da sağlıklı yaşam davranışlarıyla ne düzeyde ilintili olduğunu gösteren bir anket sorusu bulunmadığından bu konuda çıkarım yapılamamıştır.

Sağlık Okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik bir ölçek geliştirilmesi Eylül 2013 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına verilmiştir. Bu amaçla Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN) geliştirilmesi ön çalışması yapılmıştır (32). Araştırmada sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma kaynakları da sorgulanmıştır. 4900 kişi ile yapılan çalışmada katılımcıların %57,7 si doktor, %20 si internet, %10,9 u televizyon cevabını vermiştir. Gazete ve dergi haberleri %1 ile en az tercih edilen kaynak olmuştur. Araştırmamız Tablo 4’te yer alan veriler incelendiğinde daha küçük bir grupla yapılmış olmasına rağmen sonuçların benzer nitelik taşıması dikkat çekmektedir. *Martino.* ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hastaların internet ortamında birbirlerine ortopedi doktorlarını tavsiye ettikleri, *Antheunis.* ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada 139 jinekoloji hastasının %31,7’sinin doktorunu internetten bulduğu saptanmıştır (33,34). Sağlıkla ilgili bilgi alma kaynağı olarak internet ve televizyon sağlık programlarının sıklıkla kullanılması, bu kaynaklardaki bilginin güncelliği ve güvenilirliği konusunu akla getirmektedir. Gerek reyting kaygısı gerek ticari amaçlı ürün satma durumunda denetlenmesi kısıtlı olan bu iki platformun sağlık ile ilgili karar alma sürecinde yanlış kararlar verilmesini etkileyeceği aşikardır. *Sun.* ve ark. tarafından 2018’de Çin’de

yapılan bir çalışmada medyada yer alan olumsuz sağlık haberlerinin hasta-doktor ilişkisini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiş, yayınların denetlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (35). Diğer çalışmaların aksine, çalışmamızda bu kaynaklara güven düzeyi sorgulanmıştır. Katılımcılar, sağlıkla ilgili bilgi almak için önce doktora sonra da internete başvurmaktadır. Güven dağılımı incelendiğinde ise %45,2 sinin bu kaynaklara güvenmediği görülmektedir. Benzer şekilde araştırmamızda kullanılan anketin 3. bölümünde yer alan 9, 10 ve 11. önermelere katılımcıların yarısından fazlası ‘yanlış’ şeklinde cevap vermiş, televizyon programları, sosyal medya paylaşımları ya da internet sitelerinin onları etkilemediğini belirtmiştir. İnternet üzerinden özellikle sigara bıraktırma ve zayıflama başlıkları adı altında ilaç ya da benzeri ürünlerin satımının sıklığı ve bu maddelere bağlı toksikasyonlar göz önüne alındığından günlük pratik ile çalışmamız sonuçları ters düşmektedir. *Segrelles* tarafından 2016 da kaleme alınan bir derlemede ‘*Dr. Google*’ ifadesi kullanılmış ve hastaların sağlık kuruluşuna başvurmadan önce internet ortamında okuma yaptıklarından bahsedilmiştir (36). Araştırmamız ve literatür sonuçlarına göre katılımcılar bilgi almak için elektronik ortamı sıklıkla takip etmekte ama buradan öğrendikleri bilgileri kullanmamakta ve bu bilgilere güvenmemektedir. Günümüz teknoloji çağında bilginin dağıtılması ve ulaşılabilirliği açısından bu ortamların, özellikle hitap ettiği kitle açısından televizyon programlarının, denetlenmesi ve içeriğinin zenginleştirilmesi, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

6. SONUÇLAR

Sağlık hizmetlerinin gelişmesi, doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ve sağlıklı geçen yaşam süresi bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili karar verme sürecine dahil olmasını arttırmıştır. Kronik hastalıkların görülme sıklığının artması bu hastalıkların takip sürecinde hastaya büyük bir sorumluluk yüklemektedir. Bu durumda bireylerin sağlık ile girdileri doğru anlayabilmesi, kendilerine verilen tedavi önerilerini doğru uygulayabilmesi ve bunlardan çıkarım yapabilmesi önem arz etmektedir. Bu açıdan bakıldığında en önemli toplum özelliklerinden biri sağlık personelinin hizmet alan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyidir denebilir. Sağlık okuryazarlığının gündem konusu haline geldiği Avrupa'da olduğu gibi ülkemizde de sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar yapılmalı ve sağlık çalışanlarının bu konuda yeterli olup olmadığı görülmelidir (45).

Devlet hastanelerindeki hasta yükü ve poliklinik yoğunlukları düşünüldüğünde, adrese dayalı olarak hasta takip eden ve hastasını tanıyan aile hekimlerinin; kronik hastalık tanısı almış bireylerin kontrollerinde sağlıklı yaşam davranışları eğitimi alıp almadıklarını sorgulamaları, araştırmamız sonucunda önem arz eden bir durumdur. İnternet kullanımının arttığı günümüzde hastalara doğru bilgiye nasıl ulaşılabileceği konusunda dijital okuryazarlık eğitimi vermek poliklinik pratiğinde mümkün görülmemektedir. Bunun yerine Sağlık Bakanlığı, Türkiye Diyabet Vakfı, Türk Kardiyoloji Derneği gibi kurumların basılı yayınlarını önermek ya da muayene sonrasında vermek sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi konusunda bir adım olabilir (43,44).

Çalışmamız sonucunda tek benzer çalışma niteliği taşıyan Özdemir ve ark. çalışmasında olduğu gibi katılımcıların sağlık okuryazarlığını düşük düzeyde saptadık. Benzer özelliklerde tasarlanmış başka yayın olmadığından ülkemiz için yıllara göre değişim hesaplanamaması çalışmanın hem güçlü yanı hem de kısıtlılığıdır. Diğer ölçeklerin aksine kullanım kolaylığı ve poliklinik pratiğimizin yoğunluğundan dolayı sağlık okuryazarlığı ölçeği olarak *REALM* kullandık. Ayrıca oluşturduğumuz anket formu ile hem sosyo-demografik veri, hem de sağlık okuryazarlığı ile ilgili bilgi tutum ve davranış saptadık. Elde ettiğimiz bu pratiğin yeni ölçekler modellenmesinde ve

sağlığın geliştirilmesi çerçevesinde çalışmalar yapılmasında örnek teşkil edeceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza; 18-65 yaş arasında okuma yazma bilen, anketin uygulanmasına bilişsel ya da fiziksel engeli bulunmayan, herhangi bir hastalık semptomu ile başvuran bireylere anket çalışması yapmanın zorluğu nedeniyle sadece genel kontrol amaçlı kan vermek, reçete yazdırmak ya da danışmanlık hizmeti için başvuruları dahil ettik. Bu durum hesaplanan *REALM* puanını yükseltmiş olabilir. Araştırmada sorulan sağlık kuruluşuna en sık başvuru sebebini ise seçenekler arasında grip/soğuk algınlığı, kas-eklem ağrıları, diğer gibi durumlara da yer verdiğimizden etkilediğini düşünmemekteyiz.

Öte yandan yapılan son çalışmalarda *REALM*'in dil ve telaffuz becerileri ile daha çok ilgili olduğu, sağlık okuryazarlığı ölçeği olarak kullanılmasının yeterli olamayabileceği üzerinde durulmaktadır. 2013 yılında Virginia Üniversitesi tarafından yapılan bir çalışmada *REALM*'in geçerliliği eleştirel olarak incelenmiştir (37). *REALM* özellikle; içerik kapsamı, iç tutarlılık, madde düzeltmeli toplam korelasyonları incelemek, faktör analizi/madde zorluğu ve test puanlarının tek boyutlu olması (tek faktörlü 2 parametrelili madde cevap teorisi modelindeki parametreler, 2-PL IRT) yönünden analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda *REALM*'in arzu edilen belirli psikometrik özelliklere sahip olmasına rağmen, sağlık okuryazarlığının bir ölçüsü olarak başarısız olduğu ve kullanılmaması gerektiği tavsiye edilmiştir. ‘*REALM, kişinin okuma ve yazma yeteneği, dil ve telaffuz becerisi hakkında çıkarımlar yapmak için kullanılmalıdır*’, denmiştir. 1037 katılımcıdan oluşan bu çalışma analizinden elde edilen kanıtlar bir kanser teşhisi ile ilgili metinden elde edilen başarı puanı ile *REALM* puanının tutarlılık göstermediğini sunmuştur. Diğer taraftan *REALM* geliştirilen yeni ölçekler için, literatürde pek çok yayında kontrol testi olarak kullanılmıştır. Sadece *REALM* ile yapılan bizim çalışmamızda bu şekilde bir analiz yapmak mümkün olmadığından bir karşılaştırma yapılamamaktadır. Bu durum çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır.

REALM kısa ve kolay uygulanabilir olmasına rağmen çalışmamızdan terklere sebep olmuş, katılımcı sayısı azlığı nedeniyle standart sapma değerleri artmış, istatistiksel analizlerin duyarlılığı azalmıştır. Verilen sözcüklerin sesli okunmasının

istenmesi performans kaygısına sebep olmuş ve bu nedenle çalışmadan terkler gerçekleşmiş olabilir. Anket uygulamasının poliklinik ortamı dışında ve sağlık çalışanları dışından seçilen anketörler aracılığıyla yapılması sonuçları etkileyebilir.

Özetle; sağlık okuryazarlığı küresel bir sorundur, sorumluluğu tek başına sağlık çalışanlarına yüklenemez, alanlar arası iş birliği gereklidir. Sağlık hizmetinin eşit dağılımında ve fırsat eşitliğinin sağlanmasında, verilen hizmetin kalitesinde sağlık hizmeti alan ile sağlık hizmeti sunucusu arasındaki iletişim önemlidir. Unutulmamalıdır ki; sağlık eğitimi yaşam boyu devam eden bir süreçtir (46). Toplum sağlığı açısından sağlık okuryazarlığına yönelik yatırımların yapılması ülkelerin sağlık politikalarında öncelik teşkil etmelidir.





7. KAYNAKLAR

1. Gee JP. Identity as an analytic lens for research in education, American Educational Research Association, 2000; 25(3):99-125.
2. Snavely L, Cooper N. The information literacy debate, The Journal Of Academic Librarianship, 1997; 23(1):9-13.
3. Longman P. Dictionary of Contemporary English. 4th ed, UK: Korea TESOL Journal, 2003.
4. Demir S. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı İnsani Gelişme İndeksi ve Türkiye Açısından Değerlendirme. Ankara: Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, 2006.
5. Kellner D. New technologies/new literacies: reconstructing education for new millenium, International Journal of Technology and Design Education, 2000; 11: 67-81.
6. Gee JP, Barton D, Hamilton M, Ivanic R. The new literacy studies, Situated Literacies: Reading and Writing in Context, 2001; 180-196.
7. Kurudayıoğlu, M. TÜBAR. 28. baskı, Ankara: 2010
8. Mancuso MJ. Health literacy: a concept/ dimensional analysis, Nursing and Health Sciences, 2008; 10: 248-255.
9. Bilir N. Sağlık okuryazarlığı/Health Literacy, Turkish Journal Of Public Health - Turk J Public Health, 2014; 12(1): 61-68.
10. Beaglehole et. al. Priority actions for the non-communicable disease crisis, The Lancet NCD Action Group and the NCD Alliance, 2011; 377: 1438-1447.
11. Zaralı F, Dede Z. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 1. Baskı, Ankara: Anıl Matbaacılık; 2011.
12. Nielsen-Bohlman L. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington: National Academies Press; 2004 .
13. Nutbeam D. Health promotion glossary, Health Promotion International, 1998 ; 13(4) : 349-364.
14. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association, JAMA, 1999; 281(6): 552-557.
15. Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z and Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012; 12: 80.
16. Parker RM, Baker DW, Williams MV and Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients literacy skills, Journal of General Internal Medicine, 1995; 10(10): 537-541.
17. Davis et. al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. Family Medicine, 1993; 25(6): 391-395.
18. Health Literacy- A prescription to end confusion. Washington: The National Academies Press, 2004

19. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?, *TJFM&PC*, 2016;10(1):40-45.
20. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;17:3
21. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, doi:10.5455/pmb.1-1448870518
22. Gillis D, Quigley A. Taking Off the Blindfold: Seeing How Literacy Affects Health, *Canada:St. Francis Xavier University*,2004.
23. Baker D, Parker RM, Williams MV. Health literacy and the risk of hospital admission, *J Gen Intern Med*, 1998;13(12): 791–798.
24. Murphy P, Davis T. When low literacy blocks compliance, *RN*, 1997; p: 61.
25. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey, *Health Education Research*, 2010;25(3):464–477.
26. Aruğaslan E. Avrupa Yetişkin Öğrenimi Elektronik Platformu, Yetişkin Eğitiminde Yeni Beceriler Konferansı, İzmir-Türkiye,2-3 Kasım 2017.
27. Önal İ. Tarihsel değişim sürecinde yaşam boyu öğrenme ve okuryazarlık, *Bilgi Dünyası* 2010; p:101-121.
28. Sezgin D. *Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık. Türkiye: Ayrıntı Yayınları*, 2011.
29. Davis et. al. Development and validation of the rapid estimate of adolescent literacy in medicine (REALM-Teen): a tool to screen adolescent for below-grade reading in health care settings, doi:10.1542/peds.2006-1139
30. Davis TC, Mayeaux EJ, Fredrickson D, Bocchini JA Jr, Jackson RH, Murphy PW. Reading ability of parents compared with reading level of pediatric patients education materials. PMID:8115206
31. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası-Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları – 25 , Aralık 2014.
32. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2016.
33. Martino et. al. Social media for patients: benefits and drawbacks, *Curr Rev Musculoskelet Med*, 2017; 10(1):141-145.
34. Antheunis ML, Tates K, Nieboer TE. Patients' and health professionals' use of social media in health care: motives, barriers and expectations doi: 10.1016/j.pec.2013.06.020.
35. Sun. et. al. Impact of adverse media reporting on public perceptions of the doctor-patient relationship in China an analysis with propensity score matching method. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022455
36. Segrelles G. "Dr. Google" . *Arch Bronkoneumol*, 2016; 52(11):573
37. Dumenci L, Robin KM, Kuhn L, Perera RA, and Laura A. On the Validity of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy, *Commun Methods Meas*, 2013;7(2): 134–143.

38. Tezcan M, Özdemir T, Timur Y. Doktorun Malpraktis El Kitabçığı. Ankara: Prosigma Baskı, 2014.
39. Akılcı Antibiyotik Kullanımı Medya Kampanyası
Erişim: (<https://sggm.saglik.gov.tr/TR,31446/akilci-antibiyotik-kullanimi-medya-kampanyasi>) Erişim tarihi: 19/06/2019.
40. Diyabete Göz Yumma Kamu Spotu
Erişim: (<https://sggm.saglik.gov.tr/TR,4315/diyabete-goz-yumma-kamu-spotu>) Erişim tarihi: 19.06.2019.
41. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Comperative Report on Health Literacy in eight EU Member States, The European Health Literacy Project, 2009- 2012, Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012: 31-33.
42. T.C. Sağlık Bakanlığı/ Kampanyalar Erişim: (<https://sggm.saglik.gov.tr/TR,12660/kampanya>) Erişim tarihi: 19/06/2019 .
43. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension, Turk Kardiyol Dern Ars, 2014; 42(4): 1-72.
44. Diyabeti Öğrenelim Erişim: (<https://www.turkdiab.org/diyabeti-ogrenelim>) Erişim tarihi: 19/06/2019.
45. Karuranga S, Sørensen K, Coleman C, Mahmud AJ. Health Literacy Competencies for European Health Care Personnel, HLRP, 2017;1(4):e247-e256.
46. Wood J, Gillis DE. Exploring Dietitians' Engagement with Health Literacy: Concept and Practice, Can J Diet Pract Res. 2015; 76(2):51-5.
47. Smith SK et. al. Supporting patients with low health literacy: what role do radiation therapists play?, Support Care Cancer. 2013; 21(11):3051-61.
48. Ankara ili Sincan İlçesi Birinci Basamak Sağlık Personelinde Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Eğitim Programı Geliştirilmesi, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2018.
49. Deniz S, Öztaş D, Akbaba M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Sakarya Tıp Dergisi 2018;8(2):214-228.
50. Çimen, Z. Bayık Temel, A. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2017;33 (3):105-125.
51. İnkaya B, Tüzer H. Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi, Kocaeli Med J, 2018; 7(3):124-129.
52. Filiz, E. EPALE. Yetişkin Eğitiminde Yeni Beceriler Konferansı. İzmir-Türkiye, 11/2017.
53. Sitah A. Ankara'da İki Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Reçetesiz İlaç Kullanımı Sıklığı ve İlgili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2015.
54. Güngörmüş Z. Bilinçsiz Ve Reçetesiz İlaç Kullanımı İle Sağlık Sorumluluğu Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2001.

Ek 1: Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu

**T.C. Sağlık Bakanlığı**
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ: 07.01.2019
KARAR NO : 58/11

Hastanemiz Aile Hekimliğinde Prof.Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU sorumluluğunda yapılması planlanan Dr. Neslihan KELEŞ e ait “Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okur-Yazarlığına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışlarının Saptanması” konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Güleser SAYLAM
Başkan

Prof. Dr. S.İbrahim AKDAĞ
Başkan Yard.

Prof. Dr. Fatih YALÇINKAYA
Üye

Yrd. Doç. Dr. Burcu KÜÇÜKBİCER
Üye

Doç. Dr. Jülide ERGİL
Üye

Av. Harun KOZAN
Üye

Hülya BALA
Üye

Uz. Dr. S. Dincer YETİŐ
Üye

Doç. Dr. Huriye Hayat GÜVEN
Üye

Prof. Dr. Şibel ÖRSEL
Üye

Prof. Dr. E. Pelin KELİCEN UĞUR
Üye

B.M.M. Burcu DEMİR
Üye

EK 2: ARAŞTIRMADA KULLANILAN ANKET FORMU

SBÜ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SUAM AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK OKUR-YAZARLIĞINA YÖNELİK BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI

Değerli katılımcı;

Sağlık ile ilgili karar alma davranışlarını etkileyen faktörler üzerine bir çalışma yapmaktayız. Elinizdeki bu ankette yer alan sorulara vereceğiniz samimi yanıtlar; doğru sonuçlar elde etmemizde ve bu sonuçların değerlendirilerek doğru uygulamaların yapılabilmesinde büyük bir öneme sahiptir. Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır, katılmayı kabul etmemeniz halinde alacağınız sağlık hizmetinizde herhangi bir değişiklik söz konusu değildir. Verdiğiniz cevaplar bilimsel amaçları dışında kullanılmayacak, üçüncü kişilerle paylaşılmayacak ve saklı tutulacaktır. Dilerseniz çalışmanın sonuçları ile ilgili bilgiyi sendneslihan@gmail.com adresinden mail yoluyla elde edebilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Araştırma Ekibi

Prof.Dr.Süleyman Görpelioğlu – Dr.Neslihan Keleş

1. BÖLÜM

1- CİNSİYETİNİZ; KADIN ERKEK

2- YAŞINIZ;

3- EĞİTİM DURUMUNUZ; OKUR-YAZAR DEĞİL LİSE
 İLKOKUL LİSANS
 ORTAOKUL YÜKSEK LİSANS VB.

4- MESLEĞİNİZ; ÇALIŞMIYOR ÖĞRENCİ
 EMEKLİ SERBEST MESLEK
 MEMUR

2. BÖLÜM

5- NE SIKLIKLA BİR SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURURSUNUZ;

	AYDA 1	3 AYDA BİR	6 AYDA BİR	YILDA BİR
	ŞİKAYETİM OLDUKÇA			

6- DAHA ÇOK HANGİ SEBEPLE/SEBEPLERLE SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURURSUNUZ;

	GRİP/SOĞUK ALGINLIĞI
	KAS-EKLEM AĞRILARI
	İLAÇ YAZDIRMAK
	GENEL KONTROL AMAÇLI KAN VERMEK
	DANIŞMANLIK
	DİĞER (.....)

7- AŞAĞIDA SAĞLIK İLE İLGİLİ BİR KONUDA BİLGİ ALMAK İÇİN BAŞVURULAN KAYNAKLAR YER ALMAKTADIR. BU KAYNAKLARA KULLANMA SIKLIĞINIZA GÖRE 1 DEN 5 E KADAR PUAN VERİNİZ.
(1. Hiç başvurmam, 2. Az başvururum, 3. Ara sıra başvururum, 4. Sıklıkla başvururum, 5. Çok sık başvururum)

1	2	3	4	5	TV DEKİ SAĞLIK PROGRAMLARI
1	2	3	4	5	İNTERNETTE ULAŞTIĞIM SİTELER
1	2	3	4	5	GAZETE HABERLERİ
1	2	3	4	5	SOSYAL MEDYA PAYLAŞIMLARI
1	2	3	4	5	AİLE/AKRABA TOPLANTILARI
1	2	3	4	5	DİĞER (.....)

8- BU KAYNAKLARIN NE KADAR GÜVENİLİR OLDUĞUNU DÜŞÜNÜYORSUNUZ?

1: hiç güvenmiyorum 2: güvenmiyorum 3: kısmen güvenmiyorum ama denerim
4: kararsızım 5: kısmen güveniyorum ve denerim 6: güveniyorum 7: tamamen güveniyorum

TV DEKİ SAĞLIK PROGRAMLARI	1	2	3	4	5	6	7
İNTERNETTE ULAŞTIĞIM SİTELER	1	2	3	4	5	6	7
GAZETE HABERLERİ	1	2	3	4	5	6	7
SOSYAL MEDYA PAYLAŞIMLARI	1	2	3	4	5	6	7
AİLE/AKRABA TOPLANTILARI	1	2	3	4	5	6	7
DİĞER (.....)	1	2	3	4	5	6	7

9- REÇETESİZ İLAÇ KULLANIR MISINIZ? TÜRÜ NEDİR?

	EYET		HAYIR
	AĞRI KESİCİ		
	GRİP/SOĞUK ALGINLIĞI		
	VİTAMİN		
	DİĞER (.....)		

10- REÇETESİZ ALDIĞINIZ İLAÇLARI NEREDEN/NERELERDEN TEMİN EDERSİNİZ?

	ECZANE		İNTERNET SİPARİŞİ
	KOMŞU-AKRABA-ARKADAŞ		DİĞER (.....)

3. BÖLÜM 11- AŞAĞIDAKİ DURUMLARA SİZE EN UYGUN CEVABI VERİNİZ.

	doğru	yanlış	bilmiyorum
Bütün hastalıklar kanda çıkar.			
Eğer ailemde yüksek tansiyon, şeker hastalığı, yüksek kolesterol, tiroid bozukluğu varsa bende de olabilir, kontrole gitmeliyim.			
Düzenli olarak tam kan tahlili verirsem hastalıklardan korunurum.			
Grip/soğuk algınlığı olacağı hissettiğimde erkenden doktora gidersem hasta olmadan iyileşirim.			
Grip/soğuk algınlığı antibiyotik almadan geçmez.			
Ağrım olduğunda ağrı kesici alırım.			
Eğer kendimi halsiz/yorgun/bitkin/unutkan hissediyorsam vitaminlerim düşmüş olabilir.			
Düzenli olarak vitamin ilacı almak gerekir.			
Televizyondaki/sosyal medyadaki sağlık programlarına katılan doktorların diyetlerine ve önerdikleri tedavilere uyarım.			
Bana reçete edilen tedavi ile ilgili televizyonda/internette/çevremden olumsuz bir haber duyarsam tedaviyi bırakırım.			
Televizyondan/internette/çevremden duyduğum şifalı bitkiler ile hastalıkları iyileştirebilirim.			
Aklımdaki bütün soruları doktoruma sorabilirim.			
Sadece diyetle dikkat etmek ve düzenli egzersiz yapmak şeker hastalığı için; ilaçlar kadar etkili değildir.			
Sadece diyetle dikkat etmek ve düzenli egzersiz yapmak yüksek tansiyon hastalığı için; ilaçlar kadar etkili değildir.			
Sadece diyetle dikkat etmek ve düzenli egzersiz yapmak yüksek kolesterol için; ilaçlar kadar etkili değildir.			
Hasta olanlar diyetle dikkat etmeli ve düzenli egzersiz yapmalıdır. Sağlıklı olanların buna ihtiyacı yoktur.			
Belim ya da başım ağrıyorsa emar/ MRG / MR çekilmelidir.			
Bir hastanede yaptırdığım kan tahlili bozuk çıktığında başka bir hastanede daha tahlil yaptırırım.			
Bir hastalığım ile ilgili tedaviyi doğru bulmadığımda bana doğru gelen tedaviyi bulana kadar farklı hastanelere başvururum.			
Tedavim ya da sorunlarım hakkında doktoruma güvenirim.			

4. BÖLÜM YETİŞKİN OKUR-YAZARLIĞI HIZLI DEĞERLENDİRME TESTİ

Aşağıdaki kelimeleri hızlıca yüksek sesle okuyunuz, okuyamadıklarınız geçiniz.

kilolu	tükenmişlik	allerjik
grip	pelvik	Menstrüel
hap	sarılık	testis
Doz	Enfeksiyon	Kolit
Göz	Egzersiz	Acil
stress	Davranış	ilaç
sürüntü	reçete	uğraşı
sinir	bildirmek	cinsellik
mikrop	Safra kesesi	alkolik
öğün	kalori	irritabilite
Hastalık	depresyon	konstipasyon
kanser	düşük	gonore
kafein	gebelik	inflamatuvar
atak	artrit	diyabet
böbrek	beslenme	hepatit
hormon	menapoz	antibiyotik
herpes	apandis	teşhis
Felç	anormal	potasyum
bağırsak	sifiliz	anemi
astım	hemoroid	obezite
rektal	bulantı	osteoporoz
ensest	yönlendirilmek	impetigo

EK 3: ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : NESLİHAN KELEŞ

Doğum yeri ve tarihi : ALTINDAĞ- 1991

Uyruğu : TC

Medeni durumu : BEKAR

Askerlik durumu : MUAF

İletişim adresi ve telefonu : sendneslihan@gmail.com

Yabancı dili : İNGİLİZCE

II- Eğitimi

2016-2019 SBÜ DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SUAM AİLE
HEKİMLİĞİ ASİSTANLIK EĞİTİMİ

2009-2015 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ (TÜRKÇE)

2005-2009 TRABZON YOMRA FEN LİSESİ

1999-2005 AMASYA 75. YIL İMKB BAYEZİT İLKOKULU

1998-1999 DİYARBAKIR BEYAZ TEBEŞİR İLKOKULU

III- Ünvanları

2015-2016 PRATİSYEN HEKİM

2016-2019 ASİSTAN HEKİM

IV- Mesleki Deneyimi

2015-2016 ÇORUM OSMANCIK DEVLET HASTANESİ ACİL SERVİS

2016-2019 SBÜ DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SUAM AİLE
HEKİMLİĞİ

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar : -

VI- Bilimsel İlgi Alanları : -

VII- Bilimsel Etkinlikleri : -

VIII- Diğer Bilgiler

2017- AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIĞI VE RAHİM İÇİ ARAÇ
UYGULAMA SERTİFİKASYON EĞİTİMİ