

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK SİSTEMLERİNE
GÜVENSİZLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Beyzanur ÜSTÜNBAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman
Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK

KONYA-2023

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK SİSTEMLERİNE
GÜVENSİZLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Beyzanur ÜSTÜNBAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**Danışman
Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK**

KONYA-2023

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bana bilgi birikimi, deneyimi ve mentorluğu ile yol gösteren, tezimin başından sonuna kadar sorunsuz şekilde ilerlemesini sağlayan kıymetli danışmanım Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK hocama, başarı bir yoldur bir durak değil diyerek bana daima ilerleme gücü veren, akademideki tutumunu ve azmini örnek aldığım, tökezlediğim zamanlarda yardımını esirgemeyen değerli hocam Arş. Gör. Müjdat YEŞİLDAL hocama, kendilerini ve çalışmalarını yakinen takip ederek örnek aldığım ve aynı zamanda jürimde bulunan sayın Dr. Öğr. Üyesi Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Halil TÜRKTEMİZ hocalarıma sonsuz teşekkürü borç bilirim.

Lisans eğitimimle başlayan bu süreçte yıllar boyu bana çokça emeği geçmiş olan, hayatımın her anına güzellikler katan çok değerli bölüm hocalarıma saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Hem kişisel hem akademik hayatımda korkmadan ilerleyebilmem için beni yüreklendiren, aldığım kararlarda her daim destekçim olan anneme, neşeleri ve güzel yürekleriyle günlerime renk katan, yollarına ışık, karşılıklarına güzel bir örnek olmak için durmadan çabaladığım kardeşlerime sevgilerimi sunarım.

Çocukluğumda ve gençliğimde her daim elimi tutan, adım atmaya korktuğumda bana yol olan, başarılarımı kendi başarısından ayrı görmeyen kardeşim Feyzanur AYDIN'a teşekkür ederim.

Tez çalışmamı yürütürken tüm zorlu süreçlerime destek veren, her anıma şahitlik eden, beni daha umutlu yarınlara inandıran sevgili arkadaşlarım Şeyda VURAL ve Derya ATLI'ya şükranlarımı sunarım.

Son olarak, hep daha fazla bilmek arzusuyla dolu, hala bir şeyleri değiştirebileceğine dair umudunu kaybetmemiş, bu vatana borcunu kalemiyle ödemeye çalışan içimdeki küçük kız çocuğuna varlığını hissettirdiği ve hayallerine sahip çıktığı için teşekkür ediyorum.

Beyzanur ÜSTÜNBAŞ

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR	iii
ÖZET	iv
SUMMARY	v
1. GİRİŞ	1
1.1. Sağlık Okuryazarlığı.....	3
1.1.1 Okuryazarlık Kavramı.....	3
1.1.2. Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisi.....	7
1.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi	10
1.1.4. Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırmaları	15
1.1.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	18
1.1.6. Sağlık Okuryazarlığını Ölçme Yöntemleri	20
1.1.7. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	24
1.1.8. Türkiye ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı	29
1.2. Sağlık Sistemlerine Güvensizlik	32
1.2.1. Güven Kavramı	32
1.2.2. Sağlık Sistemlerine Güven ve Güvensizlik.....	34
1.2.3. Sağlıkta Güvenin Önemi	36
1.2.4. Sağlık Sistemlerine Güven Düzeyini Ölçme Yöntemleri	39
1.2.5. Sağlık Sistemlerine Güven/Güvensizlik Hakkında Çalışmalar.....	40
2. GEREÇ VE YÖNTEM	44
2.1. Araştırmanın Amacı	44
2.2. Araştırmanın Önemi	44
2.3. Araştırmanın Modeli	45
2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	45
2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	46
2.6. Veri Toplama Araçları.....	46
2.6.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	47
2.6.2. Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği.....	47
2.7. Verilerin Toplanması.....	48
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	48
2.9. Araştırma Etiği	49
2.10. Araştırmanın Hipotezleri	49
3. BULGULAR	52
3.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Analizler.....	52

3.2. Katılımcıların Ölçek Maddelerine ve Alt Boyutlarına İlişkin Yanıtlarının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	53
3.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Ölçekler ve Alt Boyutlarının Analizi	55
4. TARTIŞMA.....	63
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
6. KAYNAKLAR	73
7. EKLER.....	82
EK-A: Aydınlatılmış Onam Formu.....	82
EK-B: Anket Formu	83
EK-C: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı.....	85
EK-D: Ölçek İzinleri	87
EK-E: Turnitin Raporu	89
8. ÖZGEÇMİŞ.....	91

SİMGELER VE KISALTMALAR

AMA : The American Medical Association

HALS : Health Activities Literacy Scale

HLS-EU: Health Literacy Survey Europa

HÜ-SOY: Türkiye’de Okuryazar Erişkin Yaş Grubuna Özgü Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

IALS : International Adult Literacy Survey

IOM : Institute of Medicine

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

LAD : Literacy Assesment for Diabetes

MART: The Medical Achievement Reading Test

NALS : National Adult Literacy Survey

NLS : Nutritional Literacy Scale

NVS : New Vital Sign

REALD: Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry

REALM: The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

TDK : Türk Dil Kurumu

TOFHLA: The Test of Functional Health Literacy in Adults

TSOY : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı

WHO : World Health Organization

WRAT-R: Wide Range Achievement Test-Revised

YSOÖ: Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Beyzanur ÜSTÜNBAŞ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/ KONYA-2023

İçinde bulunduğumuz çağda mevcut sağlık sistemleri, hızla artan ilerlemelerle beraber daha karmaşık ve belirsiz bir hal almıştır. Sağlık sistemlerinde taraflardan biri olan hastaların, bu durumda kendilerini daha güvensiz hissetmeleri mümkündür. Sağlık sisteminde hastaların da söz sahibi olmaları, beklenti ve şikayetlerini daha doğru dile getirmeleri ve kendilerini daha iyi hissetmeleri için sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi gerekir. Yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlıklarına daha fazla dikkat ettiği görülmüştür. Kişilerin sağlık okuryazarlığı yüksek olduğunda hekim-hasta ilişkisi ve iletişimi daha sağlıklı olacaktır. Doğru iletişim karşılıklı güven ortamı oluşturur. Tanı ve tedavi sürecinde güven, hem hasta hem sağlık sistemi açısından olumlu etkilere sahiptir. Araştırmanın amacı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile sağlık sistemlerine güvensizlik durumları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Araştırmada nicel araştırma yöntemi kullanılmış olup örneklem büyüklüğü 450 kişiden oluşmaktadır. Veri toplama aracında demografik bilgi sorularının yanı sıra; Suka ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilen ve Türkoğlu ve Kılıç (2021) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmış Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Rose ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilen ve Yeşildal ve arkadaşları (2019) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmış Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin %56'sı (252 kişi) kadın, %35,1'i (158 kişi) 30 yaş ve üzerinde, %65,6'sı (295 kişi) bekar, %50,2'si lisans mezunudur. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=3,80$ ve Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=2,91$ olarak bulunmuştur. Kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri cinsiyet, medeni hal, yaş, öğrenim durumu ve yaşanan yere bağlı olarak değişirken; bu faktörlerin kişilerin sağlık sistemlerine güvensizlik düzeylerini etkilemediği görülmüştür.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine bakıldığında aralarında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır. Buna göre kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri arttıkça sağlık sistemlerine duydukları güven de artmaktadır. Regresyon analizi incelendiğinde ise sağlık sistemlerine güvensizlikte gerçekleşen değişimin %4,4'ü sağlık okuryazarlığı tarafından açıklanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Güven; Okuryazarlık; Sağlık Okuryazarlığı; Sağlık Sistemlerine Güvensizlik

SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCE INSTITUTE

Examining the Relationship Between Health Literacy and Distrust in Health Care Systems

Beyzanur ÜSTÜNBAŞ

Department of Healthcare Management

MASTER'S THESIS/KONYA-2023

In the age we live in, the existing health systems have become more complex and uncertain with the rapidly increasing progress. It is possible for patients, who are one of the parties in health systems, to feel more insecure in this situation. Health literacy levels should be increased in order for patients to have a say in the health system, to express their expectations and complaints more accurately, and to feel better. It has been observed that individuals with high health literacy pay more attention to their health. When people's health literacy is high, physician-patient relationship and communication will be healthier. Correct communication creates an environment of mutual trust. Confidence in the diagnosis and treatment process has positive effects on both the patient and the health system. The aim of the study is to examine the relationship between individuals' health literacy levels and their distrust in health systems.

Quantitative research method was used in the study and the sample size consisted of 450 people. In addition to demographic information questions in the data collection tool; The Health Literacy Scale developed by Suka et al. (2013) and adapted to Turkish by Türkoğlu and Kılıç (2021), and the Health System Distrust Scale developed by Rose et al. (2004) and adapted into Turkish by Yeşildal et al. (2019) were used.

56% (252 people) of the individuals participating in the research are women, 35.1% (158 people) are 30 years old and over, 65.6% (295 people) are single, 50.2% are undergraduates. Individuals' Health Literacy Scale mean score was $\bar{x}=3,80$ and Health Systems Distrust Scale mean score was $\bar{x}=2,91$. While people's health literacy levels vary depending on gender, marital status, age, education level and place of residence; it has been observed that these factors do not affect the level of distrust of people's health systems.

When the Pearson Correlation analysis made between the Health Literacy Scale and its sub-dimensions and the Health Systems Insecurity Scale is examined, there is a weak negative relationship between them. Accordingly, as people's health literacy levels increase, their trust in health systems also increases. When the regression analysis is examined, 4.4% of the change in distrust of health systems is explained by health literacy.

Keywords: Trust; Literacy; Health Literacy; Distrust in Health Systems

1. GİRİŞ

Sağlık, kişinin hayatını devam ettirebilmesi ve diğer yaşamsal faaliyetlerini gerçekleştirebilmesi için ilk olarak korumaları gereken durumdur. Kendi sağlığını koruyamayan insanlardan, sağlıksız toplumlar oluşur. İnsanların sağlıklarını kaybetmeleri durumunda ilk önce kendi hayatlarını devam ettirme başarılarında azalma görülür. Sonrasında bu durumun olumsuz etkileri çevrelerinde ve uzun vadede toplumda hissedilir. Yönlendiricinin ve söz sahibinin yalnızca sağlık sistemi ve çalışanları olduğu, hastaların sağlık sistemine güvenmediği düzenlerde insanlar tanı ve tedavilere uyum göstermezler (Ozawa ve Sripad 2013), doğru ilaç kullanım ve uyum düzeyleri düşüktür (Öztaş 2018, Yılmaz Kartal 2019), semptom göstermeye daha yatkındırlar (Türkyılmaz 2021), hastalık ve ölüm oranları da daha yüksektir (Berkman ve ark 2011). Bu durumların yaşanması sağlık sistemlerinde gereksiz kullanıma, atıl kapasiteye ve fazladan ek maliyetlere sebep olmaktadır (Eichler 2009, Yılmazel ve Çetinkaya 2016). Kişiler sağlıkları üzerinde söz sahibi olabilmek için bilgilendirilip bilinçlendikçe ortaya çıkabilecek riskleri sağlık sistemleriyle paylaşmaktadırlar, bu durum da sağlık çalışanlarının üzerindeki yükün hafifletilmesine yardımcı olacaktır (Özkan 2017, Saka 2018). Hastalar ve sağlık sistemi arasında güven kültürünün gelişmesi ise hasta-hekim arasındaki ilişkinin kuvvetlenmesini (Atıcı 2007, Karakaya 2021), tedavisi uzun vadede yapılan kronik veya komplike hastalıkların olumlu gelişme göstermesini sağlamaktadır (Rasiah 2020).

Yapılan araştırmada her geçen gün karmaşıklaşan ve daha fazla bilgi gerektiren sağlık sistemi içinde var olabilmek için gerekli olan sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı ve bu sistemin sürdürülebilirliğini koruyabilmek, sağlıklı etkileşimler sağlayabilmek için gerekli olan sağlık sistemine güven kavramı; kavramların önemi ve yapılan araştırmalar incelenmiştir.

Araştırmanın amacı, katılımcıların sağlık okuryazarlığı ve sağlık sistemlerine güvensizlik düzeylerini demografik veriler ışığında incelemek; ikisi arasındaki ilişkinin varlığını, yönünü ve düzeyini araştırmaktır. Türkçe literatürde sağlık sistemlerine güven/güvensizlik çalışması çok sınırlı olduğu için hem alana katkı sağlaması hem de sağlık okuryazarlığı ile aralarındaki ilişkiyi inceleyen ilk araştırma olması açısından önem arz etmektedir.

Araştırma; sağlık okuryazarlığı ve sağlık sistemlerine güvensizlik kavramlarını açıklayan giriş bölümü, araştırmanın metodolojisini ele alan gereç ve yöntem bölümü, veriler ve analizden oluşan bulgular bölümü, veriler işığında faktörlerin ilişkisini inceleyen tartişma bölümü ile sonuç ve öneriler bölümünden oluşmaktadır.



1.1. Sağlık Okuryazarlığı

Kişiler kendilerinin ve çevrelerinin sağlığı söz konusu olduğunda genellikle, yalnızca pasif konumda olmaktan huzursuz olurlar. Kendilerine ait mülkte karar vericinin karşı taraf olması onları şüpheye ve başka arayışlara sürükleyebilmektedir. Ancak tıp ve sağlık bilimleri yüksek uzmanlık gerektiren alanlar olduğundan, sadece bu uzmanlığa sahip kişilerin karar yetkisi vardır. Bu durum kişiler tarafından tercih edilmezken aynı zamanda sağlık profesyonellerini odak noktası yaparak onlara büyük bir sorumluluk yüklemektedir. Kararları sağlık çalışanları ve hastaların ortak vermesi halinde hem hizmet sunucuların sorumluluğu azalacak hem de hizmeti talep edenlerin etkin katılımı sağlandığı için, tanı ve tedavi sürecinde daha istekli olacaklar ve uyum sağlayacaklardır. Ancak bu durum kişilerin sağlık konusunda, kendileri ve çevreleri konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlenmesiyle mümkün olacaktır. Bilgiyi doğru yerde, doğru şekilde arama, hakkında verilen kararları sorgulama, kararlara katılma, yaşadığı süreçleri ve sistemi doğru değerlendirebilme yetisi ancak bu şekilde mümkündür. Bunların gerçekleştirilebilmesi için öncelikle kişilerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin tespit edilmesine sonrasında ise yükseltilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Kişilerin sağlık okuryazarlık seviyelerini değerlendirebilmek için çeşitli araçlar tanımlanmıştır. Bu şekilde yapılacak politikalar ve izlenmesi gereken yollar belirlenebilmektedir. Kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkileyen bir çok faktör ve faktörlerin kombinasyonları bulunmaktadır. Ülkeler arası veya bölgeler arası bile değişiklik gösteren bu faktörleri detaylı şekilde değerlendirmek, okuryazarlık düzeylerindeki etkilerini kontrol altında tutmaya da yardımcı olacaktır. İlerleyen bölümlerde sağlık okuryazarlığı kavramı, etkileyen faktörler, ölçme araçları, Türkiye ve dünyadaki durumu daha ayrıntılı şekilde incelenecektir.

1.1.1 Okuryazarlık Kavramı

Bilgi ve bilgiyi öğrenme yolları çok çeşitli olsa da çoğunun temelinde okuma ve yazma becerisi yatmaktadır. Okuma ve yazma öğrenmeye yönelik bu yaklaşım okuryazarlığı, kişinin sahip olduğu ya da olmadığı temel bir beceri olarak görmekte ve bu yaklaşımın yaygın olarak da kabul edildiği düşünülmektedir. Okuryazarlık sayesinde yalnızca öğrenilen bilgilerin kattığıyla sınırlı kalınmaz, bununla birlikte

okuryazarlık kişiye bilişsel faydalar ve beraberinde ekonomik, sosyal ve kültürel faydalar da getirir (Street 2016).

İngilizce olarak bakıldığında okuryazarlık (literacy), okuma yazma ise (reading-writing) olarak karşımıza çıkmaktadır. Günlük kullanımda anlamları sıkça karıştırılarak birbiri yerine kullanılan bu iki kavram, zaman ilerledikçe anlamsal olarak birbirinden uzaklaşmaktadır. Okuma-yazma, farklı dil grafikleriyle yazılmış harfleri çözümleme, seslendirme ve bu harflerle oluşturulmuş metinleri okuyabilme manasına gelirken okuryazarlık kavramı ise daha çok anlamlandırmaya dayalıdır, pek çok zihinsel beceriyi ve iletişim becerilerini kullanabilmeyi içermektedir. Kısaca okuryazarlık okuma ve yazma becerilerinin yanı sıra kişinin bu becerileri de kullanarak çevresini, olayları ve nesnelere algılamasını sağlayan ve sosyal hayatı anlamlandırmasına yardımcı olan bir kavramdır (Aşıcı 2009, Kurudayıoğlu ve Tüzel 2010). Türk Dil Kurumu'na göre okuryazarlık, "okuryazar olma durumu"; okuryazar kavramı ise "okuması yazması olan, öğrenim görmüş" olarak tanımlanmıştır (TDK 2021). Geleneksel ve basit manasıyla okuyup yazmaya dayalı olan bu tanımlama, zamanın değiştirdikleriyle beraber dar bir çerçevede kalmış ve okuryazarlık hakkında yeni tanımlamalara ihtiyaç duyulmuştur.

Bu kavramlarda yaşanan ayrılmaların daha net şekilde anlaşılabilmesi için okuma-yazma ve okuryazarlık arasındaki farklar şu şekilde sıralanabilir (Kurudayıoğlu ve Tüzel 2010):

1. Okuma-yazma bir kod çözümlene işiyken, okuryazarlık kod çözümlenmenin yanında onu anlamlandırma düzeyine bağlıdır. Okuma-yazma belli alfabeledi harfleri tanımaya bağlıdır ve durağandır, zaman ve yer değışse bile mevcut bilgi hep aynı kalacaktır. Ancak okuryazarlıkta kod çözmeye beraber, kişinin bu kodu kendi bilgi ve deneyimleriyle yeniden anlamlandırması vardır. Okuryazarlık durağan değıl süreklidir, devamlı olarak kendini yeniler.
2. Okuma-yazma kişileri sınıflandırmada kullanılan bir kategoriye belirtir, vardır veya yoktur. Ancak okuryazarlığın yalnız iki seçeneğı yoktur, ancak ne derecede okuryazar olduğundan söz edilebilir.
3. Okuma-yazmanın simgeleri yazılı metinlerin alfabeleri iken, okuryazarlığın simgeleri insanların dünyada anlamlandırabildiğı her şeydir. Bazen görüntüler

bile insanlar için okunabilecek bir metin kapsamına girerler. Böylelikle okuryazarlık metin kavramına yeni bir açılım kazandırmaktadır.

4. Okuma-yazma için sabit bir tanımlama yapılmış olsa da, okuryazarlık için her yeni alana/konuya/çağın gerekliliklerine uygun olarak yeni tanımlamalar yapılmaya devam etmektedir.

Street (1993), Gee (2000), Morrow (2004) yaptıkları araştırmalardaki ifadelerle dayalı olarak temelde okuma ve yazma eylemleriyle yola çıkıp bunların geliştirilerek okuryazarlık becerilerinin elde edilmesine kadar uzanan süreçte kişilerin kazanmaları gereken unsurlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (akt. Önal 2010):

- Gerçekleri görebilme, konuşabilme ve ifade edebilme,
- İçinde bulunduğu çevreyi anlamlandırma ve özgül anlamlar oluşturma,
- Öğrendiği bilgiyi kullanabilme ve yeni fikirler üretebilme,
- Farklı parçalardan yararlanabilme, birleştirme ve bu parçalardan yeni anlamlar çıkarabilme,
- Edinilen bilgiyi hayatında kullanma ve davranışlarına yansıtabilme,
- Mevcut zamanın güncel bilgi ile becerilerine sahip olma.

Okuryazarlığın tüm insanlar için geçerli kesin bir tanımı olmamakla birlikte, “okuryazar” veya “okuryazar değil” diye ayrılacak kesin iki ucu da yoktur. Okuryazar olma durumu kişinin yaşamı boyunca devam eden ve gelişen bir süreçtir. Tanımlanan yerin ve zamanın sosyokültürel yapısına bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Sosyal bir olgudur, sadece bireysel becerilere bağlı ve kişiyle sınırlı değildir. Yeni okuryazarlık kavramları, geleneksel kavramların yerini almaktan ziyade farklı alanlar için tanımlamayı genişleterek okuryazarlık kavramının daha doğru ve uygun olmasını amaçlar. Okuryazarlık kavramının genişletilmesi, alanında uzmanlaşmış kişiler tarafından, çalışılan alanın yetkinliklerini ve çağın gerekliliklerini de içeren bir tanımlama ile yapılır (Keefe ve Copeland 2011).

Okuryazarlık, sosyal uygulamalar kapsamında çok fonksiyonlu metinlerle etkileşim ve katılım yoluyla anlam çıkarmak, bütünleştirmek, meydana getirmek ve eleştirmek için okuma, yazma ve sözlü anlatım dilinin kullanılma sürecidir. Bu tanım, özellikle son otuz yılda önemi artan okuryazarlık kavramında dört temel değişikliği de

vurgulamaktadır. İlk olarak okuryazarlık üretken olduğu kadar alıcı süreçleri de içerir ve etkileşimseldir. İkincisi, geleneksel okuma etkinliklerinin yanı sıra sosyal çevre bağlamında gerçekleşir ve bireyin neyi nasıl anlamlandığına bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Üçüncüsü, okul ortamlarında beşeri bilimler, sosyal bilimler, matematik gibi bazı bilimler çerçevesinde temel okuryazarlık öğretilmektedir. Okuryazarlık süreçleri disiplinler arasında farklılıklar göstermektedir ve kendi kavramsal çerçeveleri, metinleri ve dil yapılarıyla birlikte ele alınırlar. Son olarak, yazılı dilin ötesindeki okuryazarlık uygulamaları geleneksel tanımda karışıklığa sebep olabilir. Bir araya getirilmiş görüntü, ses ve jest ve bunların yan yana kullanılmasından meydana gelen anlam, geleneksel metin okuryazarlığında sadece yazılı kelimeleri okumaktan doğan anlamdan daha farklı olabilir (Frankel ve ark 2016).

Okuryazarlık kavramının tarihi incelendiğinde, tanımlamasının ilk kez 1950 yılında yapıldığı görülür. Yapılan bu ilk tanımlama temel okuma ve yazma becerileriyle sınırlı kalmıştır. Ancak ilerleyen zamanlarda yapılan araştırmalarda okuryazarlığın yalnızca bu iki temel beceriye değil aynı zamanda okuduğunu anlama, kendini ifade edebilme ve gelişmiş zihinsel süreçlerle daha geniş bilgi ve beceriye de bağlı olduğu anlaşılmıştır. 1950 ve 1970 yılları arasında yapılan çalışmalar okuryazarlığın zihinsel becerileri nasıl etkilediği sorusu çevresinde şekillenmiştir. 1960 ile 1980 yılları arasında bazı araştırmacılar eserlerinde alfabetik sistem üzerinden devam eden geleneksel okuryazarlık kavramına farklı anlamlar yüklemişlerdir (Aşıcı 2009).

Okuryazarlık kavramı ile ilgili literatür tarandığında, belirli alanlara özelleşmiş okuryazarlık kavramlarının doğduğu görülmektedir. Bu şekilde alanlara ayrılıyor olması okuryazarlığın spesifik alanlarda ne anlama geldiğini ve neleri gerektirdiğini daha rahat kavrayabilmek ve daha doğru tanımlamalar yapabilmek açısından önem arz etmektedir. En çok bilinen ve kullanılan okuryazarlık alanlarını şöyle sıralamak mümkündür (akt. Aldemir 2003, Önal 2010, Uzun ve Çelik 2020): Ağ okuryazarlığı, ahlak okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilim okuryazarlığı, çevre okuryazarlığı, çoklu kültür okuryazarlığı, dijital okuryazarlık, duygusal okuryazarlık, eleştirel okuryazarlık, finansal okuryazarlık, fonksiyonel okuryazarlık, görsel okuryazarlık, kültür okuryazarlığı, kütüphane okuryazarlığı, matematik okuryazarlığı, medya

okuryazarlığı, politik okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, sinema okuryazarlığı, siyaset okuryazarlığı, tüketici okuryazarlığı, yatırım okuryazarlığı.

Özellikle bilginin çoğu şeyden değerli tutulduğu, içinde bulunduğumuz çağda, doğru bilgiye sahip olabilmek, onu analiz edebilmek ve bir karşı etkileşim oluşturabilmek gücü elde tutabilmek açısından önemlidir. Okuryazarlık seviyesindeki yükseklik, kişiyi hem kendine karşı daha iyi hissetmesini sağlarken aynı zamanda rakiplerinden de bir adım önde olmasını sağlar. Okuryazarlığın faydaları yalnız birey temelli değildir. Okuryazar ve eğitilmiş kişilerin oluşturduğu toplumlar hem gelişmişlik hem de refah seviyesi olarak diğer toplumlardan daha ileridedir. Dünyada küreselleşmenin artmasıyla beraber, ekonomiler birbirine bağlı hale gelmiş, bilgi ekonomisi ve rekabet artmış, teknoloji ve bilimdeki değişimler de hızlanmıştır. Hepsinin temelini bilgi ve bu bilgiyi doğru kullanabilme kültürü yatmaktadır. Okuryazarlık seviyesi yüksek bireyler doğru bilgiyi bulma, anlama ve kullanabilme konusunda, bu bilginin üzerine yenilerini ekleyebilme ve araştırmaya devam etme konusunda daha yetkindirler. Öğrenmenin sürekli olduğu bilincinde olan bireylerde yaşam boyu süreklilik kültürü oluşmuştur. Bu sebeple sorgulayan, doğru bilgiye ulaşmaya çalışan araştırmacı toplumlar ortaya çıkar. Aynı zamanda bu düşünce yapısını gelecek kuşaklara aktarabilir ve düşünce yapısı sebebiyle kalkınmaya da yardımcı olur (Taş ve Yenilmez 2008, Özdemir 2011). Okuryazarlık kısa ve uzun vadede, bireye ve topluma hem maddi hem manevi olan bir çok katkıda bulunur. Çalışılan veya alakalı olunan konu hakkındaki okuryazarlık kişinin hem işini kolaylaştıracak hem de karşılıklı olumlu etkiler doğmasını sağlayacaktır.

1.1.2. Okuryazarlık ve Sağlık İlişkisi

Kişinin çevresindeki insanlardan ve yaşantıdan önce ilk olarak ehemmiyet verdiği şey kendisi ve sağlığıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tanımında fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olma şeklinde ifade edilen sağlık bütünüyle kişinin hayatını etkileyen durumlar arasında ilk sırada yer almaktadır. Sağlık problemleri olan insan, içinde bulunduğu duruma göre; sosyal hayata karışamayabilir, doğrudan veya dolaylı olarak kendisine ve çevresine zarar verici davranışlarda bulunabilir veya kendi günlük yaşamını bile idare edemeyecek durumda olabilir. Bu sebeptendir ki, insan yaşantısındaki değişkenler arasında mümkün mertebe

kontrol sağlanması gereken durum insan sağlığıdır. Kişi kendine neyin zarar verdiğini/vereceğini bilmeli, sağlık sorunlarını tanımalı ve anlamalı, kendisini daha iyi hale getirecek yolları öğrenmeli, sağlık profesyonelleri tarafından verilen talimatlara uymalıdır ancak bu şekilde sağlığını muhafaza edebilmesi mümkündür.

Kişinin okuryazarlık seviyesi arttıkça, çevreyi algılama şekli değişir, sorumluluk duygusu artar, üretken olma ihtiyacı hisseder, kendisinin, ailesinin ve çevresinin sağlığına önem gösterir, daha sağlıklı ilişkiler kurmaya başlar, dünyaya araştırmacı ve sorgulayıcı bir gözle bakar. Her şeyin ilk olarak kendisiyle başlayacağını bilir ve kendi sağlığı üzerinde hakimiyeti sağlayabilmek ister, sağlık hizmeti alımında söz sahibi olması gereken yeri ve zamanı bilir.

Bireylerin eğitim durumu sağlıklarını dört farklı şekilde etkilemektedir. İlk olarak eğitilmiş kişiler daha fazla olanağa sahiptirler. Hem gelir düzeyi, hem daha fonksiyonel çevreleri, çalıştıkları iş ve yaşam alanları sağlıklarını sürdürmelerine yardımcı olmaktadır. İkinci olarak, eğitilmiş bireyler kendilerine sunulan olanakların farkındadırlar ve bunu kullanırlar. Teknolojik gelişmelere daha kolay uyum sağlayabilirler, daha kaliteli hizmeti talep edebilirler, bir problem olduğunda kendi haklarının ve sorumluluklarının da farkındadırlar. Üçüncü olarak kendilerine güven ortamı yaratırlar, bilgi birikimleri sayesinde doğru bilgiye ve çevreye ulaşma, doğru tedaviyi seçme ve uygulama konusunda daha pratiktirler. Son olarak ise sağlıkla ilgili davranışları geliştirme becerilerine sahiptirler. Sağlıklı oldukları sürece aktiflik durumlarını koruyabileceklerini bildikleri ve daha verimli bir hayat yaşayabilmek için sağlıklarını güçlendirerek koruma eğilimleri daha yüksektir (Saka 2018).

Güney Afrika'da yetişkinler üzerinde yapılan bir okuryazarlık projesinin sonuçları, okuryazarlığın sağlıkla olan ilişkisini gözler önüne sermektedir (Addae 2021). Program oluşturulurken okuryazarlığın yalnızca bilişsel bir yetenekten daha fazlası olduğu, aynı zamanda sosyal, kültürel ve politik bir etkinlik olduğu, salt bilişsel faydaların önüne geçilip hem kişisel hem de toplumsal gelişimi etkilediği düşüncesiyle yola çıkılmıştır. Çalışma sonucunda programın katılımcılar üzerinde kişisel ve topluluk seviyesinde olmak üzere iki düzeyde sosyal etkisinin olduğu belirlenmiştir. Seviyeler ve alt temaları şu şekildedir:

- a) Kişisel seviye: Katılımcılar program sonucunda gündelik hayatta daha aktif olduklarını belirtmişlerdir. Yalnızca kendi gelişimleri için değil, aile üyeleri ve

yaşadıkları çevreye de katkı sağlamışlardır. Daha özgüvenli, başarılı ve söz sahibi olma yeteneklerini geliştiren katılımcılar, çevrelerinde gördükleri sorunlara karşı da duyarsız kalmamış, insanları uyarmayı ve bilgilerini onlarla paylaşmayı seçmişlerdir. Program kişilerin okuryazarlık becerileri ve sağlık konusunda bilinçlenmelerinde etkili olmuştur.

- Okuryazarlık becerilerine etkisi: Program sonunda okuryazarlık becerileri gelişen katılımcılar mali, akademik hatta dini yönden ilerleme kaydettiklerini ifade etmişlerdir. Programın yalnızca okuma-yazma becerilerini geliştirmeye yönelik değil, toplumdaki işlevselliklerini de geliştiren bir etkisi olmuştur. Katılımcıların kendilerine olan güvenin yenilenmesine ve benlik kavramlarının değişmesine olumlu etki etmiştir ve bu durum kişilerin kendilerini ve toplumdaki yerlerini görme biçimleri önemli şekilde değişmiştir.
- Sağlık bilinci üzerindeki etkisi: Katılımcılar okuryazarlık programıyla beraber sağlık bilinci etkisini farklı şekillerde ifade etmişlerdir. Reçeteleri okuyabildiğini ve anlayabildiğini ifade eden, hastalıkların nasıl yayıldığını öğrenen, komşularına çevrelerini temizlemelerini söyleyen ya da günlük düzenli olarak egzersize başlayan çeşitli bireyler olmuştur. Hatta bazı kişiler sağlığı ve refahı sağlayabilmek için sağlıklı beslenme yaşam tarzının önemini kavramışlar ve sebze tüketmek/satmak için sebze bahçeleri kurmuşlardır.

b) Topluluk düzeyi: Katılımcılar kendi toplulukları üzerinde verilen kararları sorgulayabilme, itiraz edebilme gücünü kendilerinde bulmaya başlamışlardır. Kendileri hakkında en iyisini isteme hakkı elde ettiklerini ifade etmişlerdir. Bireylerin okuryazarlık düzeylerindeki artış, hem topluluklarında kararlara katılabilmeleri hem de topluluklarının gelişimini sağlayabilmeleri yönünden olumlu etkiye sahiptir.

- Topluluk katılımı/karar verme üzerindeki etkisi: İnsanlar daha bilgili hale geldikçe artan bir etken olma duygusuna yol açan bilinçli hale gelirler. Katılımcılar da okuryazarlık programının kendilerine olan güveni arttırarak topluluklarını etkileyen konulara tam olarak katılım sağlayabildiklerini ve tartışmalarda söz alabildiklerini ifade etmişlerdir.

- Topluluk gelişimi üzerindeki etkisi: Topluluk üyelerinin, o topluluğu geliştirme girişimleri onların yaşam kalitesinde sürekli iyileşmeyi teşvik etmektedir. Kişiler kendi hayatlarını kontrol etmeye başladıklarını ve istenmeyen durumlarla başa çıkma seçeneklerine sahip olduklarını düşünmeye başlamışlardır.

1.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Sağlık kavramı yapılan çeşitli araştırmalarda; negatif yönden hastalığın yokluğu, Robinson ve Elkan'a göre pozitif açıdan kişilerin hayata dahil olabilmeye becerileri (akt. Somunoğlu 1999), stresli durumlara direnebilmeleri, sahip olunan psikolojik iyilik ve fizyolojik uyum seviyesi, sosyal çevresiyle sağlıklı ilişkiler kurabilme yeteneği (Bulakbaşı 2015); soyut bir durumdan çok, somut olarak çıktılanabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, kişilerin bireysel, sosyal ve ekonomik açılardan daha nitelikli bir hayat yaşamalarına imkan sunan bir kaynak (Çarıkçı 2019); subjektif olarak bireyin kendini enerjik ve canlı hissetmesi, objektif olarak fiziki muayene ve laboratuvar sonuçlarında bir bozukluk ve yetersizlik olmaması, fonksiyonel olarak kişinin yaşamındaki rol ve yükümlülüklerini birine bağımlı olmadan gerçekleştirebilmesi, ruhsal olarak kişinin çevresini doğru şekilde algılaması ve duygularını, fikirlerini ve davranışlarını yönetebilmesi; sosyal olarak toplumsal iyilik halinin sürdürülebilmesi için aile, meslek, gelir, statü ve yaşam tarzı gibi olguların ve biçilen rollerin sağlıklı yaşam için yeterli uygunlukta olup, kişinin de bu rolleri doğru şekilde üstelenebiliyor olması (Aytaç ve Kurtdaş 2015), psikolojik açıdan bireyin sosyal koşullara dair pozitif bir anlayışı olması, optimum sağlık halini sürdürebilmek için şart olan davranışlara ve alışkanlıklara sahip olması ve iyilik halini artırmaya yönelik eğilimin mevcudiyeti (Tekin 2007) olarak tanımlanmıştır.

Bireyler günlük hayatlarını devam ettirebilecek kadar okuryazarlık düzeyine sahip olsalar bile, kendilerinin ve çevresindeki bir kişinin sağlık sorununa veya tedavisine karşı yetersiz kalabilirler. Çünkü sağlık insanlıkla birlikte var olan ve uzun yıllardır başlı başına ayrı bir alan olmuştur. Bu alanın kendine özel bir terminolojisi, çalışanları, yolları ve tedavi yöntemleri vardır. Yani yalnızca okuryazar olmak, sağlık okuryazarı da olunabileceği manasına gelmemektedir. Sağlık okuryazarlığı da temelde aynı noktaya dayanıyor olsa da, dinleme, konuşma ve kavramsal bilgi yönünden ana

okuryazarlık kavramından ve diğer okuryazarlık türlerinden ayrılmaktadır (Sezgin 2013).

Sağlık okuryazarlığı kişinin kendisinde veya çevresinde oluşabilecek sorunların üstesinden gelmesine yardımcı olan, bilgi, deneyim, bilişsel ve iletişimsel becerilerin bütünü olarak tanımlanabilir. Kavram ilk olarak 1974 senesinde Scott K. Simonds tarafından “Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi” (Health Education as Social Policy) adındaki çalışmada kullanılmıştır. Çalışmada, sosyal politika sorunu olarak tartışılan sağlık eğitiminin, sağlık sistemlerini, eğitim sistemlerini ve kitle iletişimini nasıl etkilediği konu edilmiş ve sağlık okuryazarlığı “her öğrenim seviyesinde asgari koşulları sağlayan sağlık eğitimi” olarak tanımlanmıştır (Kavuncuoğlu 2020). Ancak ortaya çıktığı ve kullanıldığı ilk zamanlarda pek ilgi görmeyen sağlık okuryazarlığı kavramı 1900’lü yıllara yaklaşırken yeniden önem kazanmış, kapsamı genişletilerek bu alanda yeni çalışmalar yapılmış ve 2000 yılından itibaren bu gelişmeler artarak hız kazanmıştır (Güven 2016).

Kavramın gelişiminde önemli basamaklardan biri olarak 1986 Kasım ayında Ottawa’da gerçekleştirilen “Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı” (International Conference on Health Promotion) görülmektedir. Konferansta kişilerin sağlıkları ile ilgili yetkinliklerini arttırmaları ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci ele alınmıştır. Bu sebeple sağlık sistemlerinin geliştirilebilmesi için yalnızca sağlık sektörünün çabasının yetersiz kalacağı ve çeşitli sektörlerin desteğinin önemi vurgulanmıştır. Sağlık geliştirilmesi çalışmaları için alanla ilgili bilgilerin açık ve doğru şekilde anlaşılabilir olmasının ve bu şekilde gerekli düzenlemeler yapılmasının gereklerinden bahsedilmiştir. Buna bağlı olarak sağlık okuryazarlığı kavramı öne çıkmıştır (Çopurlar ve Kartal 2016, Aktaş 2018).

Sağlık okuryazarlığı hakkında diğer bir önemli adım 1991 yılında “Üçüncü Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı” sırasında çıkarılan “Sundsvall Sağlık Destekleyen Çevreler Bildirgesi” olmuştur. Bildirgede belirlenen dört ana halk sağlığı stratejisinden biri de eğitim ve güçlendirme yoluyla kişilerin kendileri ve çevrelerinin sağlığını kontrol edebilir hale getirmek olmuştur. Konferansta eğitimin temel bir insan hakkı olduğu, sağlığın herkesçe erişilebilir olması için politik, sosyal, ekonomik değişimlerin kilit taşı olduğu vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011a).

Değişen koşulların ve gelişmelerin etkisiyle, uluslararası platformlarda da önemi giderek artan sağlık okuryazarlığı bu süre zarfında kendi alanına haiz bir kavram olarak okuryazarlık çatisından ayrılmaya başlamıştır. 1993 yılında Nutbeam ve Wise tarafından, kişinin kendi iyilik hali için sağlık bilgisine ulaşması, bu bilgiyi anlaması ve sonucunda bunlara uygun bir tavır takınması olarak tanımlanmış; bilgiye ulaşabilme, anlamlandırabilme ve davranış geliştirebilme adımlarının üzerinde durulmuş ve ilerleyen zamanlarda ortaya çıkacak kavramların da temelini oluşturmuştur (Çopurlar ve Kartal 2016).

Sanayi Devrimi sonrası hızla gelişen ülkelerde ilerlemeye bağlı olarak okullaşma da artış göstermiştir. Okuma-yazma bilen kişilerin artmasıyla okuryazarlığın (sağlık okuryazarlığını ve diğer alt alanları da kapsayacak şekilde) yeterli düzeyde olduğu düşünülmüştür. Ancak Amerika Birleşik Devletleri'nde 1992 yılında 26.000'den fazla yetişkin üzerinde uygulanıp 1993 yılında yayımlanan "Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması" (NALS) bu düşüncenin yanlış olduğunu ispat etmiştir. Katılımcılar beş ayrı okuryazarlık seviyesine göre sınıflandırılmıştır ve en alt iki düzeyde yaklaşık 90 milyon insanı temsil eden %50'lik bir kesim olduğu görülmüştür. İnanışın aksine nüfusun neredeyse yarısının işlevsel olarak okuryazar olmadığı bulunmuştur (Berkman ve ark 2010, Özer 2021). İlerleyen zamanlarda Rudd ve arkadaşları bu araştırmanın yanında, 1994-98 yılları arasında Kanada hükümeti tarafından desteklenen ve yaklaşık 20 ülkeyi kapsayan "Uluslararası Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması" (IALS) çalışmasını birlikte ele almışlar ve sağlıkla ilgili makaleleri incelemişlerdir. Bu iki büyük ölçekli çalışmanın sağlıkla ilgili maddelere (hastalık önleme, uyuşturucu ve alkol, ilkyardım, acil durumlar, sağlıklı kalmak vb.) dayanarak NALS'daki beş ayrı okuryazarlık seviyesiyle ilişkili olarak "Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği" (HALS) geliştirmişlerdir. Araştırmacılar 191 sağlık maddesinin her birini yalnızca onların zorluk seviyelerine göre değil, aynı zamanda materyaller üzerinde belirtilen ve yapılması gereken işlemlerin görev zorluğuna göre sıralamışlardır (Rudd ve ark 2004, McCray 2005).

1998 yılına gelindiğinde Dünya Sağlık Örgütü adına Nutbeam tarafından hazırlanan "Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü" (Health Promotion Glossary) içerisinde sağlık okuryazarlığı; bireyleri iyi sağlığı teşvik eden ve sürdürülebilmesi için bilgiye erişme, anlama ve onu kullanma motivasyonunu ve becerisini belirleyen bilişsel ve

sosyal becerilerdir. Kişisel, toplum sağlığını ve yaşam koşullarını iyileştirmek için harekete geçerek bilgi düzeyi ve kişisel beceriler gibi yaşam tarzlarını değiştirmeyi amaçlayarak, broşür okuyabilmek ve randevu ayarlayabilmekten çok daha fazlası haline gelir (Nutbeam 1998). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2011 yılında basılan “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü”nde ise sağlık okuryazarlığı “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 (T.C. Sağlık Bakanlığı 2011b).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili diğer bir önemli tanımlama da 1999 yılında Amerikan Tıp Derneği (The American Medical Association, AMA) Sağlık Okuryazarlığı Konseyi tarafından yayınlanan raporda yapılmıştır. Raporda kavram, sağlık sistemleri içerisinde kişilerin işlevsel olabilmeleri için gerekli olan temel okuma ve sayısal görevleri yerine getirebilme becerisini de içine alan çeşitli beceriler bütünü olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip hastaların, sağlık hizmeti bilgilerini okuyup anlayabildikleri ve buna göre hareket edebildikleri de vurgulanmıştır. Amerikan Tıp Derneği Bilimsel İşler Konseyi 1998 yılı haziran ayında (AMA politikası olarak kabul edilen) sağlık okuryazarlığı hakkında beş öneri sunmuştur. İlk olarak düşük sağlık okuryazarlığının etkili tıbbi teşhis ve tedavinin önünde bir engel olduğunun kabul edilmesi idi. İkincisi, yetişkin nüfusun yaklaşık dörtte birinin sınırlı okuryazarlığa sahip ve sağlık hizmeti bilgilerini anlamakta güçlük çektiğinin farkında olmalarını sağlamak için çeşitli kuruluşlarla işbirliği yapmalarının sözü verilmiştir. Üçüncüsü, sağlık profesyonellerini, sınırlı okuryazarlığa sahip hastaları etkili iletişim becerileri konusunda eğitmeleri için teşvik etmeleridir. Dördüncüsü AMA, Eğitim Bakanlığı'nı, sağlık durumu, sağlık davranışları ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iletişimdeki zorluklarla ilgili soruları 2002 NALS'na dahil etmeye teşvik etmiştir. Son olarak ise sağlık okuryazarlığı hakkındaki araştırmalar için kamusal ve özel fonların kullanımını teşvik etmiştir (AMA 1999, Andrus ve Roth 2002, Kavuncuoğlu 2020).

Literatüre bakıldığında sağlık okuryazarlığı hakkında yapılmış birçok tanımlama görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü, sağlık okuryazarlığı hakkında Ratzan ve Parker tarafından Ulusal Tıp Kütüphanesi için 2000

yılında geliştirilen “Bireylerin sağlık hakkında doğru kararları verebilmeleri için lazım olan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma düzeyi” tanımlamasını kullanmaktadır. Burada kapasite kavramı hem bireyin doğuştan gelen hem de sonradan elde ettiği beceriler için kullanılmıştır (Nielsen-Bohlman ve ark 2004). Tıp Enstitüsü, sağlık okuryazarlığı kavramına dört sınıflandırma getirmiştir (Yılmazel ve Çetinkaya 2016):

- Kültürel ve kavramsal bilgi,
- Konuşma ve dinleme becerilerini içine alan sözel okuryazarlık,
- Yazma ve okuma becerilerini kapsayan yazılı okuryazarlık,
- İşlemsel beceriler.

Benzer şekilde, yapılan diğer bir tanımlama da “kişilerin bilinçli tercihler yapmak, sağlığı tehdit eden durumları en aza indirmek ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla sağlıkla ilgili bilgiyi aramak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirilen beceriler” şeklindedir. Sağlık okuryazarı kişi sağlık bilgilerini anlayabilir ve gerektiği durumlarda uygulayabilir olmalıdır. Sağlık, tıp, bilimsel bilgi ve kavramlar hakkındaki diyaloglara katılabilmelidir. Temel okuryazarlık gibi sağlık okuryazarlığı da durağan değildir ve kişinin yaşamı boyunca gelişmeye devam eden bir süreçtir, kişinin çevresindeki demografik, sosyopolitik, psikososyal ve kültürel faktörlerden etkilenir (Zarcadoolas ve ark 2005).

Paasche-Orlow ve Wolf (2006) ise bu kavramı; “bireyin sağlık alanındaki konularda karar verebilmesi için kendinde olması gereken beceriler” şeklinde tanımlamışlardır. Sağlık okuryazarlığı her zaman temel okuryazarlıktan ayrı olacak ve spesifik görevler içerecektir, kişiler bu görevleri başarabilme düzeyleri kapsamında incelenmelidir (akt. Teleş 2018). Aynı zamanda sağlık okuryazarlığına dair modellerinde (2007), sosyal (gelir, kültür), demografik (yaş, cinsiyet, eğitim), fiziksel ve bilişsel (görme ve hafıza) etkenlerin okuryazarlık üzerindeki etkisinin yadsınamaz olduğunu belirtmişlerdir. Bu modelde sağlık okuryazarlığı sağlık sonuçlarını, sağlığa erişim ve yararlanma, sağlık çalışanlarıyla hasta arasındaki ilişki ve kişisel bakım olmak üzere üç ayrı başlıkta etkileyebilmektedir (Paasche-Orlow ve Wolf 2007).

Sağlık okuryazarlığı kavramı statik bir zemine oturtulamaz, değişen çevre koşulları ve gelişen teknolojiyle beraber kavramın da sürekli bir devinim gösterip kendini yenilemesi gerekmektedir. Artık insanların işine yaramayacak olan

tanımlamalar, güncel sorulara cevap verip, ihtiyaçları karşılayamayacağından dolayı rafa kaldırılmaya mahkum olacaktırlar. Alan uzmanları ise bu durumun farkında oldukları için daha önceden bir tanımlamaları olsa bile, kendilerini yenileme ihtiyacı hissetmektedirler. Buna, Sorensen ve ekibi tarafından 2012 yılında yapılan “kişinin kendisinin, ailesinin ve toplumun sağlığını bir çerçevede ele alarak, onu hangi durumların etkilediğini anlaması ve bu durumları nasıl kontrol edebileceğini bilmesi” tanımlamasının ardından, 2015 yılında o zamana kadar yapılmış olan literatürü inceleyip daha kapsamlı bir tanım sunmuş olması örnek olarak verilebilir. Literatürdeki diğer sağlık okuryazarlığı kavramlarından yola çıkılarak yapılmış bu kapsamlı tanıma göre sağlık okuryazarlığı; “kişilerin yaşamları süresince sağlık kalitesini korumak ya da iyileştirmek amacıyla günlük hayatta sağlıkla ilgili kararlar alabilmek için sağlık bilgilerine erişmek, anlamak, değerlendirmek ve uygulamak için bilgi, motivasyon ve yeterliliklerin tümü” şeklinde ifade edilebilir (Sorensen ve ark 2012, Sorensen ve ark 2015).

Sağlığı geliştirme konferanslarının dokuzuncu olanı ise Şangay’da 2016 yılında yapılmıştır. Konferansta gelecek 15 yıl boyunca yerel, ulusal ve hatta küresel seviyelerde sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin gerçekleştirilebilmesi için sağlığı geliştirmeye öncelik verilmesinin önemi vurgulanmıştır. Geliştirme çalışmalarına, üç alana öncelik vererek başlanması planlanmıştır. Bu çalışmalar sağlık için yönetimin güçlendirilmesi, kent sağlığının iyileştirilmesi, sağlıklı şehir ve toplulukların desteklenerek sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi olarak belirlenmiştir (Kavuncuoğlu 2020).

1.1.4. Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırmaları

Sağlık okuryazarlığı hakkında araştırmalar yapıp, yeni tanımlar ortaya çıkarılırken, kavramı detaylı ele alabilmek, kişilerin ve toplumun içinde bulunduğu noktayı veya eksiklerini daha iyi tespit edebilmek amacıyla çeşitli sınıflandırmalara başvurulmuştur. Bu sınıflandırmalar içerisinde en yaygın olanı Nutbeam sınıflandırması olmuştur. Nutbeam sağlık okuryazarlığını üç başlık altında incelemiştir (Nutbeam 2000, Yılmaz ve Tiraki 2016).

- Temel/İşlevsel okuryazarlık (Basic/Functional literacy): Kişinin günlük hayatta sağlıkla ilgili konularda etkili şekilde yer alabilmek için okuma ve

yazmada temel becerileri etkin olarak kullanabilmesidir. Burada kişilere sağlık sistemi, sağlık riskleri ve uymaları gereken koşullar hakkında gerçek ancak sınırlı bilgi verilir. Kişinin diyalogda veya tartışmada bulunacak kadar yeterli bilgisi olmadığından genellikle enformasyon aktarımı tek yönlüdür ve geleneksel hasta eğitime dayanır. Temel okuryazarlık daha çok kişinin kendi sağlığı ile ilgilenmesini sağlayacak kadardır ve kazanımı birey üzerinedir, ancak dolaylı olarak toplumu etkilemesi mümkündür.

- İletişimsel/Etkileşimli okuryazarlık (Communicative/Interactive literacy): Temel becerilerin yanı sıra günlük etkinliklere ve sağlık aktivitelerine aktif olarak katılmak, çeşitli iletişim biçimleri yoluyla aktarılan sağlık mesajlarından bilgi çıkarmak ve onları anlamak, var olan sağlık bilgilerini değişen ortam şartlarına uyarlayabilmek amacıyla kullanılan daha gelişmiş bilişsel yetenekler ve okuryazarlık becerileridir. Kişilerin daha iyi iletişim kurabilmesi için kendini geliştirmesini, motivasyonunu artırmasını ve kendine güvenmesini destekler. Yine bu aktivitelerin çoğu da nüfus yararından ziyade bireysel fayda ile sonuçlanacaktır.
- Eleştirel okuryazarlık (Critical literacy): Eklenen sosyal becerilerin yanı sıra kendisine sunulan sağlık bilgilerini sorgulayarak bu bilgileri analiz etmek ve bilgiyi hayattaki olaylar ve durumlar üzerinde daha fazla kontrol sağlayabilmek için kullanılan daha ileri düzeyde bilişsel becerilerin tümüdür. Kişiler bu noktada yalnızca kendileri için değil aynı zamanda çevreleri ve toplum için de fayda sağlayıcı konumda olurlar. Eleştirel sağlık okuryazarlığına sahip kişilerden, sağlık hizmeti sunucularından, medyadan veya çevrelerinden aldığı bilgilerin doğruluğunu teyit etmesi, sorgulaması, değerlendirmesi ve bu bilgileri paylaşması beklenir.

Sağlık okuryazarlığının diğer bir önemli sınıflandırması da Zarcadoolas ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu sınıflandırmaya bakıldığında Nutbeam sınıflandırmasından daha detaylı ve geliştirilmiş olduğu görülmektedir. Sınıflandırmada sağlık okuryazarlığı; temel okuryazarlık, bilim okuryazarlığı, sivil (yurttaşlık) okuryazarlık ve kültürel okuryazarlık olarak dört ana başlık altında incelenmiştir. Bir alanda sahip olunan okuryazarlık becerisiyle, diğer bir alanda eksik olan beceri kısmen ikame edilebilir ve aynı zamanda sahip olunan beceriler diğer

becerilerin de gelişmesini olumlu yönde etkileyebilir (Zarcadoolas ve ark 2005, Sezgin 2013). Yapılan sınıflandırma şu şekildedir:

- Temel okuryazarlık (okuma, yazma, konuşma ve sayısal): Sağlık okuryazarlığının temel yapı taşı olan bu fonksiyon, hastanın sağlık bilgilerini, istatistiklerini okuyup anlayabilmesini, riskleri ve olasılıkları karşılaştırabilmesini, kendisine söylenen tedavi yöntemlerini algılayabilmesini ve verilen ilaçları uygun zaman ve dozlarda alabilme becerisini ifade eder. Hekim-hasta ilişkisinde temel bir iletişimi bile gerçekleştiremeyecek kadar sağlık okuryazarlığından muhtaç hastalar hem uzmanların işini zorlaştıracak hem kendinde olan hastalığa ve tedavi yöntemlerine karşı bilinçsiz olacak hem de bilgi asimetrisinden kaynaklı yanlış anlaşılmanın ortaya çıkmasına zemin hazırlamış olacaktır. Sağlık profesyonelleri ve politika yapımcılar, her düzeyden okuryazarlığa sahip hastaların olacağını göz önünde bulundurarak yoğun enformasyon içeren iletişim kanallarını da ona göre uyumlamalıdır.
- Bilimsel okuryazarlık: Sağlıkta bilim ve teknoloji kullanımıyla ilgili durumu belirtir. Temel bilimsel verileri, teknolojik değişimleri anlama yeteneğini ve bilimi, bilimsel verilerdeki hızlı değişimleri anlamayı kapsamaktadır. Güncel gelişmeleri takip edebilmek ve bilimin hızına ayak uydurabilmek her ne kadar günümüz şartlarında zor hale gelse de, bireyden beklenen bunları asgari düzeyde gerçekleştirebilmesi için motive ve becerilerini kullanmasıdır.
- Sivil (yurttaşlık) okuryazarlık: Kamusal konularda farkındalık kazanma, bu konulardaki diyalog ve tartışmalara katılabilme ve karar verme süreçlerine dahil olabilmeyi hedefler. Kişilerin kendilerine sunulan sistem ve bilgileri sorgulayabilmesini, kaynağın ve bilginin doğruluğunu araştırabilmesini, bilgiye nasıl ulaşabileceğini öğrenmesini, kendisi ve çevresini savunabilmesini ve büyük toplumlarda kendi hakkında verilecek kararları fikri olarak etkileyebilmesini kapsamına alır.
- Kültürel okuryazarlık: Bireyler dünyayı ve yaşadığı olayları, var oldukları çevreye, sosyal ilişkilerine, inandığı değerlere, ve dünya görüşlerine göre anlamlandırır ve o şekilde yorumlar. Kişilerin kendilerine sunulan bilgi ve yeniliği zihninde anlamlandırma sürecinde geçmiş yaşantısı ve ait olduğu çevrenin etkisi çok fazladır. Sunulan bilginin anlatım şekli bile kişinin onu yanlış veya eksik yorumlamasına sebep olabilmektedir. Ayrıca bilgi yine bu

kültür ortamında yayılır. Aynı grup veya topluluğun üyeleri arasında bilginin aktarılması sağlanır. Kültür sabit bir yapıda değildir, sürekli değişim gösterir, sadece kişisel deneyim ve becerilerden değil bir bütün olarak toplumun yetkinliklerinden ve değişimlerinden etkilenir.

1.1.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını ve sağlık okuryazarlıklarını etkileyen çok çeşitli etkenler bulunmaktadır. Bu faktörlerin bazıları bireysel, bazıları da sistem kaynaklı olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörlerde yaş önemli bir faktör olarak ilk sırada yer alabilir. Kişilerin yaşları ilerledikçe bilişsel fonksiyonları yavaşlar, temel becerilerinde (görme, duyma, konuşma) noksanlıklar veya gerilemeler meydana gelebilir. Yapılan bir çalışmada 18-40 yaş arası katılımcıların yeterli sağlık okuryazarlık oranı %45 iken, 65 yaş üstü katılımcıların yeterli sağlık okuryazarlık oranı %2,8 olarak belirlenmiştir (Akpınar 2019). Literatüre bakıldığında elde edilen sonuçlar incelendiğinde yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Bir diğer bulgu da kişilerin eğitim seviyeleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiş olmasıdır. Eğitim düzeyleri arttıkça kişiler sağlık hakkında bilgilere hangi kaynaktan ve nasıl ulaşabileceklerini daha iyi seçebilirler, eğitim kişilere farkındalık, eleştirel düşünme becerisi ve sorumluluk duygusu da katar (Aktaş 2021). Sağlık okuryazarlığı, kişinin eğitim durumuna göre bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve değer biçme alt boyutlarında değişiklik gösterebilir (Bulun Yediyıldız 2021). Eğitim konusunda da, üniversite öğrencilerinde diğer bölümlere göre tıp ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı daha yüksektir (Yağız 2020). Eğitimin yanı sıra kişilerin okuduğu kitap ve haber izledikleri gün sayısı da onların sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkilemiştir. Medya kullanımına göre ise sağlık programları izleyenlerin sağlık okuryazarlık oranları daha yüksek çıkmıştır (Yaprak 2020).

Sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olan diğer bir temel faktör de kişilerin cinsiyetidir. Ancak bu konuda farklı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Kadınların sağlık okuryazarlığı daha yüksek çıkan çalışmalarda (Ekinci 2020, Kıraç ve Öztürk 2020) kadınların hamilelik dönemleri ve genellikle çocuk bakımı

sorumluluğunun kadınlarda olması sebebiyle kendilerine ve çevrelerine daha çok dikkat ettikleri, sağlıkla daha çok ilgilendikleri gibi konuların üzerinde durulmuştur. Yaşlı bireyler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada da, erkeklerin sağlık okuryazarlığı oranları kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bunun sebebi olarak ise erkeklerin eğitim düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olması gösterilmiştir (Öztaş 2018).

Kişilerin ve toplumların sosyoekonomik düzeyleri, onların sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olan en önemli faktörlerdendir. Sosyal eşitsizlikler açısından dezavantajlı konumda olan bireyler düşük sağlık okuryazarlığına sahip olmaya da eğilimlidirler (Aktaş 2021). Bireylerin ekonomik ve sosyal statüleri yükseldikçe, sağlık okuryazarlığı oranları da artar (Yağız 2020). Kişilerin sosyoekonomik statüsünü etkileyen ve bu bağlamda ele alınabilecek gelir düzeyleri ve meslekleri de sağlık okuryazarlığı üzerinde etkisini gösteren faktörlerdir. Meslek sahibi olma kapsamında incelendiğinde memur olan kişilerin; işçi, emekli, işsiz veya ev hanımlarına daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu görülmüştür (Akpınar 2019, Bulun Yediyıldız 2021). Bunun yanı sıra çalışanların gelir düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlığı da artmıştır. Yüksek gelir, refah seviyesinde artış meydana getirir ve eş zamanlı olarak kişilerin yaşam standartları da yükselir (Kıraç ve Öztürk 2020, Yaprak 2020).

Bu etkenlerin yanı sıra kişilerin hastalık durumları da sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkileyebilmektedir ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinden etkilenmektedir. Kronik hastalığı olan kişilerin olmayanlara göre; birden fazla kronik hastalığı olan kişilerin, tek kronik hastalığı olan kişilere göre sağlık okuryazarlık oranları daha düşük seviyede bulunmuştur (Çiftçi 2015). Bunun nedeni olarak sağlık okuryazarlığı düşük bireylerin, koruyucu sağlık hizmetlerinden, erken teşhis ve tedaviden daha uzak kalmaları olarak sıralanabilir (Yaprak 2020). Bununla birlikte diğer faktörlerde olduğu gibi hastalık faktörünün de diğer belirleyicilerden etkilenmesi ve onları etkilemesi de söz konusu olmaktadır. Hiçbir bileşen kişi ve toplum üzerinde yalnızca tek başına etki göstermez, aynı zamanda etkiler ve etkilenir, bu da yeni araştırma sonuçlarına ulaşmayı sağlamaktadır. 2018 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan, sağlık okuryazarlığının kronik hastalıklı bireylerde eğitim durumuyla ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada kronik hastalığa sahip katılımcıların %31'inin okuryazarlığın olmadığı veya ilkökul mezunu oldukları görülmüştür (Jansen

ve ark 2018). Aynı şekilde Çin’de hipertansiyonu olan bireylerle yapılan sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada kişilerin %81.5’inin; İran’da yapılan araştırmada diyabet hastası olan katılımcılardan %80’inin; Somalili hastalarla sağlık okuryazarlığı düzeyinin ölçüldüğü bir çalışmada ise %80’inin okuryazarlığı yoktur veya ilkokul mezunlardır (Njeru ve ark 2016; Wang ve ark 2017; Chahardah-Cherik ve ark 2018).

Sağlık okuryazarlığının gelişmesi karşılıklı iletişime ve çabaya bağlı olduğundan tüm bu gerekçeleri yalnızca insanda aramak hata olacaktır. Sağlık sistemi tarafından, kişilerin bulunduğu konular ve kavrama kapasiteleri incelenip duruma göre daha özelleştirilmiş eğitim çalışmaları ile kişilerdeki sağlık okuryazarlığı oranlarında iyileşmeler sağlanabilir. Yapılan bir çalışmada günümüz gelişmelerinin hızlanmasıyla ve bilimsel alanların daha komplike hale gelmesiyle, sağlık sistemleri de daha karmaşık bir hal alır. Sistemlerdeki bu karmaşıklığın artması da bireylerin sağlık okuryazarlığını negatif yönde etkiler (Gözlü 2018).

1.1.6. Sağlık Okuryazarlığını Ölçme Yöntemleri

Hem gerçek hem de tüzel kişiler için kullanılacak Peter Drucker’a atfedilen “Ölçemediğiniz şeyi yönetemezsiniz.” Görüşü ve James Harrington’a atfedilen “Ölçüm, kontrole ve sonunda iyileşmeye götüren ilk adımdır. Bir şeyi ölçemezseniz anlayamazsınız. Anlayamazsanız kontrol edemezsiniz. Kontrol edemezseniz onu geliştiremezsiniz” ifadesi geliştirilmesi amaçlanan konular için ölçümün önemini vurgulamaktadır (Cavlak 2021). Kişiler üzerinde doğrudan gözlem yapılamayan, duygular, düşünceler, kanaatler, performanslar gibi içsel özellikleri içeren ölçümler ve araştırmalar mevcuttur. Ölçülmesi planlanan bu içsel özellikler gözlemlenebilir ve anlam yüklenebilir davranışlara tanımlanmış olmalıdır. Ölçüm araçlarının hazırlanmasında, kişilerin içsel özelliklerini anlamlandırabilecek kriterler belirlenmelidir ve ölçülecek özelliklerle ilgili bir kavramsal çerçevenin sınırları ölçeklerle çizilmiş olmalıdır (Bayat 2014). Ölçekler, bir niteliğin gözlenip sonucu bir sayı veya sembole ifade edilmesine yarayan ölçme aracı, ölçme birimi olarak tanımlanmaktadır (Baykul 1999).

Sağlık okuryazarlığı soyut bir kavramdır ve insandaki bu beceriyi nicel veriye dökebilecek ölçeklerin olması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığını ölçmenin tek bir

yolu yoktur ve ortak bir görüş bulunmamaktadır. Zaman içerisinde farklı yöntemleri ve alt boyutları içeren farklı ölçekler geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı kavramı yalnızca eğitilmiş bireylerde var olan bir durum olarak düşünülmediğinden, düzeyini de eğitim düzeyiyle orantılı olarak düşünmek ve ölçümün temeline bunu koymak yanlış bir davranış olacaktır. Düşük eğitim seviyesine sahip bireyler, kendisine yöneltilen sorulara ve yapılan araştırmalara karşı daha çekingen davranma, sessiz kalma ve yardım talep etmektan kaçınma gibi tutumlar sergileyerek kendi sağlık okuryazarlık seviyelerinin bilinmesini istememektedirler (Sezgin 2013).

Sağlık okuryazarlığı hakkında geliştirilen ölçeklerden bazıları kapsamlı araştırmalar için hazırlanmışken, bazıları da özel alanlar için hazırlanmışlardır. Bunlar arasında Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS-Health Activities Literacy Scale), En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS-Newest Vital Sign), Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (NLS-Nutritional Literacy Scale), Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirmesi (LAD-Literacy Assesment for Diabetes), Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALD-Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry) gibi ölçekler sayılabilmektedir. Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından 2004 yılında yayınlanan “Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığa son Verecek Yönerge (Health Literacy: Prescription to End Confusion)” adlı çalışmada sağlık okuryazarlığı ile ilgili temel ölçekler detaylı şekilde incelenmiştir (Nielsen-Bohlman ve ark 2004). Sağlık okuryazarlığı hakkında geliştirilen ölçeklerden bazıları şu şekilde sıralanabilir;

- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/REALM): Hastalardan okuryazarlık seviyesi düşük olanları belirlemek, kişilerin okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek, okuma anlama durumlarını ortaya koymak için oluşturulmuş bir testtir. Alanında yapılan ilk tarama testi olan REALM, 1991 yılında Davis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Amacı birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına başvuran kişilerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmektir (Davis ve ark 1991). 125 tıbbi kelimedenden oluşmaktadır. 1993 yılında yine Davis ve arkadaşları tarafından revize edilerek 66 tıbbi kelimeye indirgenmiştir (Davis ve ark 1993). Kelimeler tek heceli kolay olanlardan, çok heceli ve telaffuzu zor olanlara doğru sıralanmıştır. Test yaklaşık 2-5 dakika arasında sürmektedir. Hastalardan, verilen kelimeleri yüksek sesle okuması istenir, doğru telaffuz edilen her kelime için bir puan, her yanlış telaffuz içinse bir işaret konulur.

Alınan puanlara göre, sınıflandırma dört kategoriye ayrılmıştır: ilkokul altı(alt) seviye, ilkokul, ortaokul ve lise seviyeleri. Puanlara göre 0-18 puan en düşük kategoride, 19-44 puan arası orta dereceli ve reçete etiketlerini okuyamayabilir, 45-60 hasta eğitimiyle ilgili bazı materyalleri okumakta zorlanabilir, 61-66 puan arası ise çoğu hasta eğitimi materyalini okuyabilir olarak yorumlanmıştır (Yılmaz ve Tiraki, 2016). İlerleyen zamanlarda REALM testinin sekiz maddeyi içeren REALM-R adıyla en kısa olan hali yayınlanmıştır. Bu kısaltılmış testin Cronbach Alpha değeri 0.91 olarak tespit edilmiştir (Bass ve ark 2003). Diğer bir kısa formu da yedi maddelik REALM-SF (Short Form) olarak karşımıza çıkmaktadır (Arozullah ve ark 2007). İngilizcesi ve İspanyolcası bulunan testin Türkçeye çevirip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması da yapılmıştır (Özdemir ve ark 2010). Test kişilerin kavramasına değil, okuma ve telaffuz yeteneğine dayalı bir ölçüm aracıdır (Dümenci ve ark 2013).

- Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi (The Test of Functional Health Literacy in Adults/TOFHLA): 1995 yılında Parker ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, yetişkinlerde işlevsel okuryazarlığı test etmeyi, okuduğu metinleri ve metinlerin içindeki sayısal ifadeleri anlama derecelerini belirlemek için hazırlanmıştır. 50 maddelik okuduğunu anlama ve 17 maddelik sayısal anlama testinden oluşan ölçek, boşluk doldurma tipi çoktan seçmeli sorulardan oluşmakta ve toplam 22-26 dakika arasında sürmektedir. Testin Cronbach Alpha değeri 0,98 olarak bulunmuştur. Bu testin uzun zaman almasından dolayı “Short and Brief-Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA, B-TOFHLA)” adıyla aynı becerileri ölçen kısaltılmış versiyonları da 1999 yılında Baker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 36 soru sözel bölümünde, 4 soru da sayısal bölümünde olmak üzere toplam 40 ifadeden oluşan testin uygulanma süresi 12 dakikadır. Sayısal beceri bölümünün Cronbach Alpha değeri 0,68 iken, sözel beceri bölümünün değeri 0,97 olarak bulunmuştur. TOFHLA yine Parker ve arkadaşları tarafından 1995 yılında TOFHLA-S adıyla İspanyolcaya çevrilmiştir, içeriği, uygulaması ve puanlaması ana ölçek ile aynıdır. Testin Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2014 yılında Üçpunar tarafından yapılmış ve Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİSOT) olarak

adlandırılmıştır. Cronbach Alpha değeri sayısal beceri bölümü için 0,732 olarak, sözel beceri bölümü içinse 0,523 olarak belirlenmiştir (Üçpınar 2014).

- Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi (The Medical Achievement Reading Test/MART): Test 1997 yılında Hanson-Divers tarafından kişilerin okuma düzeylerini ölçebilmek amacıyla hazırlanmıştır, 42 kelimedenden oluşmaktadır. Diğer telaffuz testlerinin yanı sıra bu testte aynı zamanda kişilerin telaffuz edemedikleri kelimeler hakkında, neden okuyamadıkları hakkında sebep (görüş yetersizliği, kağıttaki parlamalar vb.) ve açıklama yapmaları istenmektedir. Test 3-5 dakika arası bir sürede tamamlanabilmektedir. Doğru okunan kelimelerin sayısına göre puanlanmaktadır (Hanson-Divers 1997).
- Geniş Kapsamlı Başarı Testi-Yenilenmiş (Wide Range Achievement Test-Revised/WRAT-R): Test, sözcüklerin okuması ve telaffuzlarıyla ilgilenirken anlayıp anlamama konusunda değerlendirme yapmamaktadır. 5-75 yaş arası kişilere uygulanabilen test, basit kelimelerle başlayarak zor kelimelere doğru ilerlemektedir. Aynı yaş grupları birlikte değerlendirmeye alınır. Test ortalama on dakika sürmektedir ve nispeten kısa olması test için avantaj sağlasa da anlamayı ölçmemesi kısıtlayıcı bir etken olarak görülmektedir (Dewalt 2004).
- En Yeni Yaşamsal Belirteç (The Newest Vital Sign/NVS): 2005 yılında Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, bireyleri düşük sağlık okuryazarlığı açısından test eden bir ölçüm aracıdır. Katılımcılara bir dondurma kabından alınan beslenme etiketi verilir ve bunun hakkında sözlü olarak altı adet soru sorulur. Test okuma ve anlamaya yöneliktir, her doğru cevap 1 puana karşılık gelmektedir. Ortalama süresi 3-6 dakika olan testin İngilizce ve İspanyolcası mevcuttur. Dört sorudan az doğru cevaplar sınırlı okuryazarlığı göstermektedir. Testin İngilizce olanı için Cronbach Alpha değeri 0,76 olarak belirlenmiştir. Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik testi Özdemir ve arkadaşları tarafından 456 hastaya uygulanarak yapılmış ve Cronbach Alpha değeri 0,70 olarak bulunmuştur (Özdemir ve ark 2010).
- Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Survey Europa/HLS-EU): 2012 yılında Sorensen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 47 sorudan oluşturulmuş ölçeğin uygulanma süresi ortalama süresi 5-10 dakikadır (Sorensen ve ark 2012). Ölçeğin Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirliği Aras ve Bayık tarafından (2017) yapılmıştır. 250 hasta üzerinde yapılan araştırma,

özgün forma uygun olarak dört faktör altında 25 maddeden oluşmaktadır. Yapılan çalışma sonucunda tüm ölçek için Cronbach Alpha katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur (Aras ve Bayık Temel 2017).

- Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (YSOÖ): Ölçek Sezer ve Kadioğlu tarafından 2014 yılında geliştirilen ölçek, yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı değerlendirmesini Türk toplumuna uygun bir ölçme aracı olması amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın evrenini aile sağlığı merkezine başvuran 18-65 yaş arası bireyler oluşturmuştur. Ölçek 8 faktör altında 23 sorudan oluşmakta ve yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliklerini belirlemeye yöneliktir. Sorulardan 22 tanesi sağlık bilgileri ve ilaç kullanımıyla ilgiliyken, 1 tanesi de vücuttaki organların yerini bilme üzerinedir. 13 tanesi evet/hayır, 4 tanesi boşluk doldurma, 4 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi eşleştirme sorularından oluşmuştur, doğru cevaplar için birer puan verilirken, yanlış cevaplar 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-23 arasındadır ve puan arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi artmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılan ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,77 olarak bulunmuştur (Sezer ve Kadioğlu 2014).
- Türkiye’de Okuryazar Erişkin Yaş Grubuna Özgü Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HÜ-SOY): Özvarış ve arkadaşları tarafından 2018 yılında Hacettepe Üniversitesi çatısı altında geliştirilmiştir. 18 yaş ve üzeri Türkçe konuşan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek için 2411 kişiye uygulanmıştır. Ölçeğin kullanım amacına göre kısa ve uzun formları geliştirilmiştir, uzun formunda 71 madde yer almaktadır. Maddeler doğru ise 1, yanlış ise 0 puan olacak şekilde değerlendirilir, alınabilecek puanlar 0-71 arasındadır, alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığı yorumu yapılabilir (Özvarış ve ark 2018).

1.1.7. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık hizmeti sunumundaki kararlar yüzyıllar boyunca hekimler tekeline bırakılmıştır. Kişinin sağlık ve hastalık durumuna, yapılacak tedavi yöntemine, kullanılacak ilaçlara yalnızca hekimler hakim olmuş ve kararları vermeleri noktasında kişiler itirazda bulunmamışlardır. Bilgi asimetrisi sebebiyle, hekimlerin kararlarının en doğrusu olduğu düşüncesi, onlara elinde büyük bir gücü tutma imkanı vermiştir.

Ancak bu durum sağlıkta hizmet kalitesinin dűşmesine, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde tamamen pasif kalmasına ve sürekli gelişmenin önünde bir engel olmuştur. Yapılan çalışmalarda kişinin sağlığıyla ilgili karar verme ve bakım süreçlerine katılım sağlaması, sağlık sunucularıyla iletişimde olmasının tedavi sürecinde hastayı motive ettiği, hastanın süreçlerine hakimiyetine destek olduğu ve teşhis tedavi sırasında yaşadığı kaygıyı azalttığı gözlemlenmiştir (Öztürk 2018).

Sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek kişiler tedaviye aktif katılım gösterdikçe, seçenekler arasında karar alabilme yetkisi arttıkça, riskleri sağlık hizmet sunucularıyla paylaşmaktadırlar, bu durum sağlık çalışanlarının da hesap verilebilirliğini arttırmaktadır. Aynı zamanda hasta katılımı dolaylı olarak hizmet kalitesinin iyileştirilmesini, gereksiz maliyetlerin azaltılmasını ve daha etkin sağlık politikaları belirlenmesini sağlar (Özkan 2017). Stacey ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yayınlanan çalışmada bireylerin karar vermedi etkin rollerinin artmasının hekim-hasta iletişimini ve tedaviye uyumlarını arttırdığı ve kişilerin öz bakımının geliştirilmesine yardımcı olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (akt. Bayın 2016). Paasche-Orlow (2005) tarafından astım hastalarıyla yapılan bir araştırmada yüksek sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahip katılımcıların bir sene içerisinde tekrar hastaneye yatma oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum kronik hastalık sürecinde öz bakım becerilerinin geliştirilmesi yönünden sağlık okuryazarlığının önemini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlara paralel olarak çeşitli çalışmalarda da sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasının hasta bakım memnuniyeti düzeyini arttırdığı, sağlık kaygısını azalttığı gözlemlenmiştir (Çiftçi 2015, Kırac ve Öztürk 2020). Fonksiyonel ve iletişimsel sağlık okuryazarlığı yüksek hastalar, hekimle olan iletişiminin daha kaliteli olduğunu düşünmekte ve hekime daha fazla güven duymaktadır (Tsai ve ark 2018; Oguro ve ark 2022). Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük hastalarda da bilgi asimetrisinden dolayı hekime daha fazla güven duyma, sözlerine uymaya eğilimi olabilir ve kaliteyi daha yüksek algılayabilirler (White ve ark 2013). Birincisi hastanın sağlık sistemine katılımından, ikinci durum ise minnet duygusundan meydana gelmektedir (Gözlü 2018).

Sağlık okuryazarlığı yüksek kişilerin ilaç uyumları daha yüksektir, ilaçların kullanım amaçlarını ve olası yan etkilerini bilirler, ilaçların prospektüslerini okuyabilirler (Öztaş 2018, Yılmaz Kartal 2019). Kişilerin kendi kendine elle muayene

yapmaları ve kanser taramalarına katılma oranları da sağlık okuryazarlık düzeylerine paralel olarak artmıştır (Yaprak 2020).

Sağlık okuryazarlık oranı yüksek kişilerde diğerlerine göre preoperatif anksiyete (ameliyat öncesi kaygı ve korku) oranları daha düşüktür. Hastalar preoperatif dönemde doğru kaynaktan bilgiye ulaşır, ulaştığı bu ilgiyi anlama, yorumlama ve muhakeme yetenekleri daha iyi olduğundan dolayı psikolojik olarak kendilerini daha rahat hissederler (Bulun Yediyıldız 2021). Aynı şekilde okuryazarlığın artmasıyla birlikte, sağlık anksiyetesinin artmasına sebep olabilen hastalık arama hastalığı olarak da tanımlanan siberkondrinin görülme oranlarında düşüş olduğu belirlenmiştir (Ekinci 2020).

Toplumsal düzeyde bakılacak olursa sağlık okuryazarlığının artması, sigara içmeme, dengeli beslenme, fiziksel aktivitelere katılma gibi sağlıklı yaşam biçimi geliştirebilme davranışlarına katkıda bulunur (Yaprak 2020, Tuğut ve ark 2021). Sağlıklı bir hayat tarzı geliştirebilme davranışları üzerinde önemli bir etkisi olan sağlık okuryazarlığının toplumsal açıdan önemi altı genel başlık olarak şu şekilde sıralanabilir (Yılmazel ve Çetinkaya 2016):

- Etki ettiği kişi sayısının fazla olması,
- Olumsuz sağlık çıktıları,
- Kronik hastalık oranlarındaki artışlar,
- Sağlık hizmetleri bakım maliyetlerinin artması,
- Sağlık bilgisi taleplerinin artması,
- Sağlıkta eşitlikçilik beklentisi.

Problemlerini daha iyi ifade eden, sağlık profesyonellerinin tedavi yollarına uyum sağlayan ve sağlığına özen gösteren kişiler sağlık çıktılarının üzerinde de olumlu yönde etki eder. Toplumda sağlık düzeyini incelemeye ve uluslararası sağlığı karşılaştırmada, sağlık çıktıları ve istatistiksel veriler önemli birer kaynak olarak kullanılmaktadır. Ayrıca sağlık sisteminden beklentilerini ifade edebilen, taleplerini ve şikayetlerini belirten hastaların artmasıyla beraber sağlık politikaları da yeniden şekillenecektir ve sistemin kalitesi korunmuş olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü, Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu raporunda sağlık okuryazarlığının, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılabilmesinde önemli bir adım olduğunu ortaya koymuştur.

Sağlık okuryazarlığı, kişinin kendisinin ve çevresinin sağlıkla olan ilişkisini gözlemlemesine, anlamlandırmasına hatta katkıda bulunmasına yardımcı olan beceriler bütünüdür. Bu sebeple sağlık okuryazarlık düzeyi başta kendisi olmak üzere önce çevresini ve dolaylı yoldan toplumu etkilemektedir. Olumlu ya da olumsuz etkilemesi, yarar sağlaması ya da istemeden de olsa zarar vermesi buna bağlıdır. Sağlık okuryazarlık düzeyi yapılan çeşitli araştırmalarla ölçülür; var ya da yok gibi kesin bir sınırı olmamakla beraber yetersiz, temel düzeyde başlayıp artarak devam eder. Düzeyin olması gerekenden daha düşük, kısıtlı seviyede görüldüğü durumlarda çeşitli problemler ortaya çıkar.

Kısıtlı veya yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeylerinin kişisel ve sistemsel düzeyde olmak üzere iki tür sonuçları mevcuttur (Balçık ve ark 2014). Kişisel düzeydeki sonuçlar olarak; hekimin talimatlarını takip etmede ve ilaçları uygun şekilde kullanmada zorluklar (Safeer 2005), tedaviye uyumsuzluk; bulaşıcı hastalık kapma konusunda daha yüksek risk altında olmak sıralanabilir ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda da önemli engellerle karşılaşmaktadır (Fortenberry 2001). Aynı zamanda bu kişilerin daha fazla acil servis kullandıkları ve hastaneye yatma oranlarının daha yüksek olduğu; koruyucu sağlık hizmetlerinden de daha az yararlandıkları bilinmektedir (Scott 2002). Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerle yapılan araştırmalarda, kronik hastalık oranlarının önemli ölçüde daha fazla olduğu; daha yüksek kardiyovasküler hastalık ve ölüm oranlarına sahip oldukları görülmüştür (Baker 2007, Kim 2009). Sistemsel düzeydeki sonuçları ise; artan maliyetler, fazladan kaynak ayrımı, yeni sağlık programları ve müdahalelerinin oluşturulması gerekliliğidir (Balçık ve ark 2014).

Sağlık hizmeti talep eden kişiler ve hizmet sunucuları arasında, tıp biliminin komplike ve yoğun olmasından kaynaklı bilgi asimetrisi bulunmaktadır. Hizmet alan ve hizmet sunucu bilgi ve farkındalık konusunda aynı seviyede değildir ve bundan dolayı anlaşmazlıklar olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük bireyler sağlık hizmeti almak için başvurduğunda, sunucuyla arasında bilgi asimetrisi de daha fazla olacaktır. Bu kişilerin hizmet sunumu esnasında sağlık çalışanlarının söylediklerini, yönerge ve talimatlarını anlaması daha da kısıtlanır, hatta hiç anlamayabilirler. Söylenen şeyler eksik veya yanlış anlaşıldığında, kişiler bu boşluğu kendi bildikleriyle tamamlamaya çalışabilirler ya da tamamen yanlış öğrenirler. Bilgisinin yetersiz

olduğunun farkında olan kişiler, bu durumdan çekinip kendini rahatça ifade edemeyebilir ya da yanlış ifade edebilirler. Sağlık çalışanlarına verilen yanlış bilgi sonucunda, hekim hastaya yanlış teşhis koyabilir, yanlış tedavi uygulayabilir ya da yanlış ilaçlar reçete edebilir. Hasta, tedavi sürecinde yapması gerekenleri doğru yapamayabilir, ilaç uygulama şekli, zamanı ve dozunda hatalar meydana gelebilir. Bu durumlar hastada olası yan etkilere ve komplikasyonlara sebep olur.

Sağlık okuryazarlığı düşük kişiler, bilgi eksikliği sebebiyle sağlık durumlarını yanlış yorumlayabilirler ve bu yüzden sağlık durumlarının daha iyi olduğunu düşünmektedirler. Hatta bu kişilerin diğer insanlara göre sağlıklarına gösterdikleri özenin de daha az olduğu görülmüştür (Aktaş 2021). Sağlıklı bir hayat için gerekli olan düzenli egzersiz, dengeli beslenme, optimum hijyen koşulları, bağımlılıklardan uzak durma gibi faktörlere yeteri kadar dikkat etmedikleri için de hasta olma olasılıkları daha fazladır. Bunun yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmaktan ve düzenli taramalara katılmaktan kaçınan bu kişilerin yapılan araştırmalarda normal insanlardan daha fazla acil servis hizmetlerini kullandıkları belirlenmiştir (Baker ve ark 2004, Yağız 2020). Genel olarak hayatlarında diğer insanlara göre daha kötü sağlık durumu ve daha yüksek mortalite oranlarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar (Berkman ve ark 2011).

Düşük sağlık okuryazarlığı oranlarının diğer bir olumsuz etkisi de maliyetler kapsamında olmaktadır. Bu kişiler genellikle daha fazla hasta olmakta, daha sık hastaneye başvuru yapmakta ve hastane yatış süreleri daha uzun olmakta ve gereksiz tetkik yaptırma oranlarının da daha yüksek olduğu görülmektedir. 1994-95 yılları arasında yapılan bir araştırmada yetersiz sağlık okuryazarı olan kişilerin hastaneye yatırılma oranları, yeterli okuryazarlığı olan hastaların iki katı olarak bulunmuştur (Baker ve ark 1998). Bu durumun yoğun olarak görülmesi kişiler için katastrofik sağlık harcamalarına sebep olacaktır. Bununla beraber koruyucu sağlık hizmetlerinden ve erken tanı tedavi amaçlı taramalardan yararlanmayan hastalar, ilerde çok daha büyük problemlerle karşılaşacak, maddi ve manevi olarak daha çok zarara uğrayacaklardır. Sağlık sistemleri çerçevesinden bakıldığında cüzi miktarlar ve koruyucu hizmetlerle önlenebilecek sorunların hasta tarafından engellenmesiyle, sağlık hizmetlerinin yanlış kullanımıyla, hastaların maliyet yönünden daha pahalı olan acil servisi meşgul etmeleriyle sağlık sistemi ve devletler de maddi zararlara

uğramaktadırlar. 1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığının neden olduğu ek sağlık hizmeti maliyetlerinin yaklaşık 73 milyar ABD doları olduğu tahmin edilmektedir. 2009 yılında yapılan araştırmada ise düşük sağlık okuryazarlığının Kanada'da toplam sağlık bütçesinin %3 ila %5 arasında bir oranına tekabül eden 8 milyar dolarlık bir mali yükünün olduğu tespit edilmiştir (Eichler ve ark 2009, Kickbusch ve ark 2017).

Toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesini yükseltebilmek süreç gerektiren, teşvik ve eğitimlerle gerçekleştirilecek bir durumdur. İlk olarak bu teşvik ve eğitim aile hekimlerinden, sorumlu olduğu hastalara doğru olmalıdır. Kişilerin akıllarındaki soru işaretleri giderilmeli, çekinceler ve problemler tespit edilmelidir, sonrasında buna uygun kampanya ve politikalar başlatılabilir. Sağlık hizmeti sunucuları, kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin birbirinden farklı olduğunu bilip, kişilere bilgiyi en temel düzeyden vermeye başlamalıdır. Sözlü bilginin yetmediği durumlarda, anlatımlarını tablo ve şemalarla desteklemelidirler. Hastalar öğrendiklerinden tatmin olmadıkları bilgileri, çevrelerinde, internette veya sosyal medyada araştırarak tamamlama eğilimindedirler. Öğrenecekleri bilgilerin yanlış olması ve hastane de istediğini bulamayışı bireylerin sağlık sistemine olan güvenlerini kırar. Kronik hastalar veya uzun dönem tedavisi gereken bireylerin internette gördüğü yanıltıcı kampanyalar ve sahte ilaçlar, doktorunun belirlediği medikal tedavilerinin de önüne geçebilir. Bu sebeplerdir ki yetersiz sağlık okuryazarlığı olan kişilerin eğitimi ve teşviki sağlanmalı, hizmet sunucuların iletişim becerileri kuvvetlendirilmeli ve her seviyedeki hastaya kendi düzeyine göre bilgilendirme yapılmalıdır.

1.1.8. Türkiye ve Dünyada Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık her nasıl çeşitli faktörlere ve bu faktörlerin kombinasyonlarından doğan etkileşime göre değişiklik göstermekteyse, sağlık okuryazarlığı da çeşitli faktörlerin etkisinde olduğu için değişken bir yapıya sahiptir. Cinsiyet, yaş, gelir, eğitim gibi çeşitli özelliklere göre değişen okuryazarlık düzeyi zamana, içinde bulunulan yaşam koşullarına, bölgelere ve ülkelere göre de değişiklik göstermektedir. Dünyada son yıllarda artan sağlık okuryazarlığı literatürüyle beraber, halkların okuryazarlık düzeyini ölçen araştırmaların sayısı da artış göstermektedir. Birçok farklı çalışmada

sağlık okuryazarlığı çeşitli konu başlıklarıyla birlikte ele alınmış ve aralarındaki ilişki durumu incelenmiştir.

2018 yılında Türkiye’de 948 hasta üzerinde kamu ve özel hastanelere başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini incelemek için 47 maddelik Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Anketi (HLS-EU-Q47)’nin Türkçe versiyonu kullanılarak bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada yaş, kronik hastalık, gelir gibi faktörler belirleyici etkenler olsalar da en güçlü belirleyici olarak eğitim faktörü bulunmuştur. Araştırma sonucunda katılımcıların çoğunun (%61,8) sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ancak yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyelerine göre incelendiğinde kamu hastanesine başvuranların düzeylerinin (%35,5), özel hastaneye başvuranların düzeyinden (%41) daha düşük olduğu görülmüştür (Durmuş 2021).

2019 yılı aralık ayında patlak veren koronavirüs (COVID-19) salgınından sonra araştırmacılar, bu salgın ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını, ilişkinin ne düzeyde olduğunu inceleme yoluna girmişlerdir. Ocak-Nisan 2021 tarihleri arasında İran’da 560 kişi üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda, İran toplumunda yaşayan yetişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve koronavirüs kaygıları arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlar sağlık okuryazarlığının COVID-19 kaygısındaki değişimlerin %54’ünü açıkladığını göstermiştir. Bu güçlü negatif ilişki bağlamında, bireyler arasında sağlık okuryazarlık düzeyi ne kadar yüksek olursa COVID-19 kaygısını azaltma olasılığının da o kadar yüksek olacağı bulunmuştur (Mohammadkhah ve ark 2021). Bu çalışmayla aynı doğrultuda, Türkiye’de Nisan-Mayıs 2021 tarihleri arasında 304 yaşlı birey üzerinde yapılan araştırmaya göre ise COVID-19 korkusu ile sağlık okuryazarlığı arasında bilgiye erişme ve bilgiyi anlama alt boyutları arasında negatif yönlü ve zayıf bir ilişki belirlenmiştir (Ayaz-Alkaya ve Dülger 2021). Sağlık okuryazarlığı pandemi sürecinde kişilerin ruhsal olarak yaşayabilecekleri problemleri en aza indirdiği gibi pandemiye kontrol etmek için de önemli bir araç olarak görülmektedir. Enfeksiyon sayılarının tekrar yükselmesi durumunda, sağlık okuryazarlığının kişileri daha bilinçli kılması sebebiyle kısıtlamaların yeniden başlamasını önlemeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Matterne ve ark 2021).

Sorensen tarafından 2020 yılında yayınlanan makalede sağlık okuryazarlığının Avrupa Birliği’ndeki bazı ülkelerdeki kanser kontrol planları üzerindeki etkisi

araştırılmıştır. AB üyesi olan beş ülkenin, araştırmalarında sağlık okuryazarlığına verdikleri önem ele alınmıştır. Avusturya araştırmaları bu durumdan olumlu etkiyle bahsedip sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi ve teşvikinin amaçlandığı yönünde; Belçika, sağlık eşitsizliklerini gidermesi ve özellikle etnik gruplar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyine dikkat edilmesi yönünde bahsetmiştir. Alman çalışmalarında sağlık okuryazarlığının yanı sıra aynı zamanda hasta okuryazarlığı ve iletişim okuryazarlığı kavramları da kullanılmıştır. Portekiz araştırmaları sağlık okuryazarlığını, sağlık bilgileri, vatandaş katılımı, karar verme süreçleri ve önlenebilir risk faktörleriyle ilişkilendirirken; İskoç çalışmaları da yine sağlık hizmetlerine erişimde adil bir sisteme yardımcı olması açısından ilişki kurmuştur (Sorensen 2020).

2018 yılında Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması ile 6228 kişiye içinde TSOY-32 ölçeği bulunan anket çalışması yapılmıştır. Elde edilen verilere göre katılımcıların %50,3'ü erkek, %49,7'si kadındır; %15,9'u 18-24 yaş grubunda iken, %11,7'si 65 yaş üzerindedir. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği ile saptanan sağlık okuryazarlık düzeyleri incelendiğinde %30,9'unun yetersiz, %38,0'inin sınırlı-sorunlu, %23,4'ünün yeterli, %7,7'sinin mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyi kategorisinde olduğu görülmüştür. Çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi en yüksek olan bölge %54,2 ile Ortadoğu Anadolu bölgesidir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sınırlı olan kişiler cinsiyet temelinde incelendiğinde kadınların (%72,4), erkeklerden (%65,4) daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırma sonucunda yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018).

1.2. Sağlık Sistemlerine Güvensizlik

Çoğunlukla devlet eliyle yürütülen sağlık sistemi, kişilerin belki de en mecbur kaldığı, en çok belirsizliklerin içinde olduğu ve kişilerin söz haklarının çoğunu başkalarına devrettiği komplike bir sistemdir. Gelişen teknoloji ile birlikte sağlık sistemleri de daha profesyonel ve bilgi teknolojilerine dayalı hale gelmiştir. İnsanların zaten bilmediği bir alan olan sağlık, içine bu kadar hızlı değişim ve gelişim eklenmesiyle beraber insanlar için hayli bilinmez bir duruma gelmiştir. Bu sistemin içinde yer alan ve kendini sisteme bırakan insanları rahatsız eden şey ise bilinmezlik duygusudur. Kişiler kendi sağlıklarını, canlarını, yakınlarını emanet ettikleri sisteme ve çalışanlarına güven duymak isterler. Bununla beraber yapılan araştırmalarda, sağlık sistemlerine güven düzeyi yüksek olan insanların tedaviye uyumları, doktor ve hastane sadakatleri, yaşam kaliteleri yükselmekte, kişilerde daha az semptom ortaya çıktığı görülmektedir. Kişilerarası etkileşimin ve sosyal hayatın temelinde güven duygusunun yeri bir hayli büyüktür. İlerleyen bölümlerde sağlık sistemleri ve güven ilişkisi detaylı şekilde incelenecektir.

1.2.1. Güven Kavramı

Türk Dil Kurumu tarafından “korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu, itimat” olarak tanımlanan güven, kişilerarası ilişki ve iletişimin yapı taşlarından birini oluşturmaktadır. İnsanoğlu, özellikle yerleşik hayata geçtiğinden beri birbirine daha sıkı bağlarla, daha sık etkileşimde bulunur olmuştur. Diğer insanlarla geçinebilmek, birliktelik sağlayabilmek ve ortak hareket edebilmek için karşı tarafa güven duygusu beslemek gerekmektedir. Güven duygusunun olmadığı ortamlarda huzursuzluk vuku bulur, sağlıklı bir iletişim sürdürülemez.

Çeşitli disiplinlerin içerisinde yer alan ve bulunduğu alana göre birçok farklı çalışması yapılan güven kavramı, ulusal ve uluslararası literatürde kendine büyük bir yer edinmiştir. Sosyo-psikolojik bir kavram olarak değerlendirilen güven, yer aldığı bilim dalına göre emin olmak, beklenti, karşılıklı yükümlülük veya birlikte çalışma gibi şekillerde tanımlanabilmektedir (Can 2019). Güven kavramı hem kişilerarası düzeyde hem de daha büyük yapılarda sosyal hayatın bir parçası olarak kabul edilir. İnsanlar fitratı gereği birbirine bağlı yaşarlar ve sürekli etkileşim halindedirler. Bu durum da onları etrafındaki kişilere, çevresine inanmaya eğilimli hale getirir.

Kişilerarası güven, iki kişi arasında, bir kişi ve küçük bir grup arasında ya da küçük gruplar arasında olabilmektedir. Bu onların kendi aralarında yaşanan, bilinen durumların sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Kişilerarası güven kavramının yanı sıra insanların kurumlara karşı olan güveni/güvensizliği bulunmaktadır. Kuruma duyulan güven olgusunun çıkış noktası, insanların belirli ihtiyaçlarının bulunması ve bu ihtiyaçları gerçekleştirebilmek için kurumlara ihtiyaç duymasıdır. Kişi, temelde var olan mecburiyetinin sonucu olarak kuruma güven duyma ihtiyacı hissedecektir. Aynı zamanda bu durum yalnız kuruma değil, kurum bünyesinde çalışan kişilere de güven duyma hissini beraberinde getirir (McKnight ve Chervany 2000).

Güven konusunda yapılan araştırmalar incelendiğinde, güven kavramının farklı açılardan ve farklı düzeylerde incelendiği görülmektedir. Güven kavramı için yapılan tanımlamalara bakıldığında Hosmer (1995) “tehlikeye maruz kalma veya itimat etme anında karar verilirken bireyin karşı taraf hakkında iyimser duygular beslemesi”, kişinin veya kurumun tehditkar olmaması, Robinson (1996) “kişinin karşı taraftan gelecek davranışların kendisi için yararlı, olumlu, en azından zararlı olmayacağı düşüncesinde olması” gibi örnekleri ile karşılaşılmaktadır (akt. Börü ve ark 2007). Aynı zamanda güven kavramı, “bir tarafın, diğer tarafı izleme veya yönetme kabiliyetinden ayrı olarak, güven duyan taraf için önemli olan belirli bir fiili gerçekleştireceği beklentisine dayalı olarak karşı tarafın yapacaklarına karşı savunmasız olma isteği” (akt. Hall ve ark 2002) veya başka birinin olası ancak beklenmeyen kötü niyetlerine veya iyi niyet eksikliğine karşı kabul edilen savunmasızlık olarak da tanımlanabilmektedir (akt. Hall ve ark 2002). İki taraf arasında karşılıklı olarak oluşabilecek her çeşit harekete karşı hazırlıklı olmak veya bu hareketlerin etkilerini mümkün olduğu kadar tolere edebilme halini yansıtan duygu durumu da güven olarak tanımlanabilir (Gülcemal ve Keklik 2016).

Hayatın daha komplike hale geldiği; günlük yaşantının çoğunun kitle iletişim araçları, internet ve sosyal medya üzerinden yürütüldüğü günümüz dünyasında güven duyabilmek daha zor hale gelmiştir. Sistemler ve süreçler daha hızlı, daha teorik işler halde olduğundan insanlar kendi alanı olmayan çoğu konuda belirsizlik duygusu yaşamaktadırlar. İnsanların belirsizlik yaşadığı, birebir dahil olmadığı süreçler hakkında kuşku duyması daha olağan bir durumdur. Belirsizlik hissi, güvensizliği; güvensizlik hissi ise huzursuzluğu doğuran zincirin halkalarıdır. Toplumsal temelde

bakıldığında huzursuzluk kaos ortamına zemin hazırlar. Kitlelerin nabzını belirli bir düzeyde tutabilmek, sakinlik ve huzur ortamının sürdürülebilirliğini sağlayabilmek için kişilere güven hissini verebilmek gerekmektedir. Kişiler bunu kendi çevrelerine karşı yaparken, hükümetler ise kurumları aracılığıyla halkın kendisine güvenini kazanmaktadır.

1.2.2. Sağlık Sistemlerine Güven ve Güvensizlik

Sağlık sistemleri yoğun teorik birikim ve pratik becerisi gerektiren, uzun süreli eğitimleri olan bir uzmanlık dalıdır. Teşhis, tedavi ve takip süreçleri de ancak bu yeterliliğe sahip olan sağlık profesyonelleri tarafından bilinebilir. Kişiler sağlıkları hakkında bir problem meydana geldiğinde, sağlık profesyonellerine başvurup onların kararıyla hareket etmek zorundadırlar, bu durum onların sağlıkları üzerindeki söz hakkının çoğunu başkalarına vermek anlamına gelmektedir. Kişiler (ya da sevdikleri) hasta olduklarında veya sıkıntı çektiklerinde devletin yardımına daha fazla ihtiyaç duyarlar ve normal zamanlara göre daha hassas, kırılgan bir yapıda olurlar. Sağlık hizmetlerinin ayırt edici özelliklerinden olan, hataların tolere edilmesinin zor veya imkansız olmasıyla birlikte kişilerdeki bu kırılganlık da artmaktadır (Atıcı 2007).

Güven açığı ya da güvensizlik ihtimallerinin olmadığı ortamda güveni geliştirme veya güven duyma ihtiyaçlarına da gerek olmayacağından bu iki zıt durum birbirinden ayrılmaz. Olan veya oluşacak risk ne kadar büyükse güven veya güvensizliğin şiddeti de o oranda büyük olur. Kısaca güven savunmasızlık koşullarına bağlıdır. Karşılıklı yükümlülük gerektiren her ilişkide güven kavramından söz etmek mümkündür. Ancak ilişkilerdeki bu güven bazı durumlarda daha hassas ve kırılgan hale gelebilir. Özellikle riskin ve belirsizliğin büyük olduğu tıp alanında bu kırılganlık kaçınılmaz bir durumdur. Araştırmacılardan bazıları kırılganlığın artması durumunun güven düzeyinin düşmesine sebebiyet vereceğini düşünse de, yapılmış olan çalışmalar sonucunda bunun tersinin de mümkün olduğu görülmektedir. Tıp alanındaki güven hastaların sağlık sistemine olan ihtiyacına bağlı olduğu için savunmasızlık arttıkça güven potansiyeli de artacaktır. Hastaların özellikle hekimlere olan bu yüksek güveni onların neden kimi zaman doktorları insanüstü güçlere sahip yarı tanrılar olarak gördüklerini açıklamaktadır. Bu durum hastalığın doğasında var olan savunmasızlığın yarattığı psikolojik bir gerçektir. Olası yanlış anlaşılmanın, şiddetli kırılganlık ve

savunmasızlığın önüne geçip güven ortamı oluşturabilmek için güven açıklarını da kabul etmek gereklidir (Hall ve ark 2001).

Güven, kişilerarası güven veya insanların organizasyonlara karşı güveni olarak sınıflandırılabilir. Genel ve kişilerarası güven aynı popülasyonda karşılaştırıldığında, kişilerarası güven yaklaşık olarak dörtte bir daha yüksektir. Bunun sebebi olarak; insanların tipik olarak profesyonel sistemlere göre bireylere daha fazla güven duyması gösterilebilir (akt. Hall ve ark 2002). Güven, hastaların sağlık bakım sistemini temsil eden sağlık çalışanları hakkında herhangi bir kişisel bilgi sahibi olmadan hizmet sağlayıcılara güvenmelerini sağlar (Russell 2005). Bireysel olarak (olumlu) bir ilişki kurulduğunda ortaya çıkan kişiselleştirme ve benimseme, kişinin genel olarak duyduğu güven düzeyini arttırabilir. Hastanın hekime olan güveni, hekimden beklentilerinin toplamı olarak tanımlanabilirken; sisteme olan güveniyse, hizmet sağlayıcısının kendisi için en iyisini yapacağını ve savunmasızlığını iyi niyetle kabul edeceği beklentisi olarak tanımlanabilir. Sağlık sistemlerinde güveni etkileyen değişkenler arasında kişinin önceki deneyimleri olduğu kadar, kolektifleştirme süreci aracılığıyla aktarılan başkalarının deneyimleri de yer almaktadır. Bu bağlamda kişilerin sağlık hizmetleri bilgi ve deneyimleri değiş tokuş edilerek, sağlık sistemlerine güven düzeyleri oluşur (Straten ve ark 2002). Güven sağlık hizmeti sunumunda esastır ve hizmet sunucusuyla hasta arasındaki etkileşim ve uyum için önemlidir. Özellikle uzun vadeli hastalıkların tedavisinde hasta sonuçlarını etkilediği kadar, sağlığı geliştirme ve problemleri önleme girişimleri için de etkilidir (Rasiah ve ark 2020).

Teknolojik gelişmelerle birlikte insanlar yaşamlarında daha fazla seçim alternatifleri arasında kalmaya başlamışlardır. Alternatifler arttıkça daha fazla karmaşıklık meydana gelir bu da insan yaşantısında güven hissini azaltmaktadır. Sağlık çerçevesinde bakıldığında bireyler sağlık profesyonelleri tarafından verilen bilgileri ve sistemin tıbbi uygulama güvenliğini sorgular hale gelir (Ertong Attar 2018).

Kişiler hizmet talep ettiklerinde veya hizmetin sunum sürecinde yine insanlarla güven ortamı oluşturuyor olsalar da, sağlık çalışanları aslında sistemin birer parçası olup sistemi de temsil etmektedirler. Hastaların kişilerarası düzeyde güvenini koruyabilmesi aynı zamanda sisteme olan güveninin de artmasını sağlayacaktır. Sağlık hizmetlerinin sunumu, erişilebilirliği, insanları tatmin etme hissi ve bunların yanı sıra

atılan adımlar, izlenen politikalar kişilerin sisteme olan inancını ve itimadını etkileyen faktörlerdendir.

1.2.3. Sağlıkta Güvenin Önemi

Sağlık hizmeti talep eden hastanın bedenini, ruhsal durumunu ve düşüncelerini, mahremini, özel hayatını sağlık çalışanlarıyla paylaşması, sağlıkta güven duygusunun neden bu kadar önemli olduğu sorusuna cevaplar nitelikte sebeplerdir. Hastalar hekimlerle veya diğer sağlık profesyonelleriyle özelini paylaşmasına karşılık olarak; onlardan kendilerine zarar vermeyeceğinin, dürüst davranılacağı ve haklarının korunacağı beklentisini taşırlar. Tüm hekimler de mesleğe başlamanın bir ritüeli gibi görünen Hipokrat yeminini ederken “Kasıtlı olarak her türlü yanlış yapmaktan ve zarar vermekten kaçınmaya” söz verirler (Read ve ark 2021). Hastaların bir kısmı kendileri üzerinde bizzat söz sahibi olmak isterken, bazıları ise kendini tamamen sağlık çalışanlarının kararlarına bırakmayı tercih ederler. Her iki durumun sonucunda ise nihai kararı verecek olanlar sağlık profesyonelleridir ve hastalar bu etkileşimde güven temelini hissetmek isterler. Hasta ve hekim arasındaki güven kültürü incelendiğinde onu etkileyen faktörler arasında; görüşme süresi, hekimin hasta odaklı iletişim kurması ve hastanın olanlar hakkında bilgilendirilmesi gibi durumlar sıralanabilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda güven kavramı; hekimin yetkin, sağlıklı bir iletişime açık, şefkatli olduğunu, hastasının menfaatini gözetecek şekilde hareket edeceği inancını ifade etmektedir.

Kişilerin, sağlık çalışanlarına karşı olan güven duygularının azalma sebepleri arasında, özellikle doktorların hastalarına yeterli vakit ayıramaması, onları dinleyip sağlıklı bir iletişim kuramaması, kültürel ve etnik farklılıklar, personellerin daha çok maddiyat isteğiyle hareket ettiği düşüncesi sayılabilir. Sağlık çalışanları tarafından hastada güven kültürü oluşturmak için kullanabilecek bazı unsurlar ise; teknik yeterlilik, hastaları empati yaparak dinleme, özel hayatın gizliliğine verdikleri önem, dürüstlükleri, hastalarının sağlığına ilgi göstermek olarak sıralanabilir. Sağlık sektöründe hastalarla sağlıklı bir iletişim kurulabilmesi hasta için güvenin temel unsuru sayılabilir. Hastanın menfaati için çalışmanın ve ona zarar vermeyecek şekilde davranmanın gereklilik olduğu tıbbi uygulamalarda hastanın güveni, hekim ve hasta ilişkisinin zeminini oluşturmaktadır (Atıcı 2007, Karakaya ve ark 2021). Hali hazırda

hastalar bilgi asimetrisi nedeniyle (mecburiyet kaynaklı olma ihtimaliyle birlikte) hekimlerine güvenmek durumundadırlar (Mechanic ve Meyer 2000). Bu güven tüm tıbbi ilişkilerde merkezi bir rol oynar, olumlu terapötik sonuçlara önemli bir katkı sağlar. Tıbbi bakımın başarısı hatta en önemli dayanağı güven temeline bağlıdır (Mechanic ve Schlesinger 1996). Terapötik bir aracı olarak hekim, oluşturduğu güven ortamıyla kronik hastalığa sahip kişilerin, uzun vadeli hastalık süreçlerindeki stresli dönemelerde, hastaların bağlanma ihtiyaçlarının bir kısmını potansiyel olarak karşılayabilir. Güven duygusu artan kronik hastaların tedavi edilme olasılıkları da yükselmektedir (Fuertes ve ark 2007).

Hekim ve hasta ilişkisinin çoğunlukla güven üzerine kurulu bir ilişki olduğu çoğu araştırmada belirtilmiştir. Bu etkileşimdeki güven duygusu zarar gördüğü taktirde ortaya çıkacak zararlar arasında, belirsizlik ve karmaşıklıklar, sağlık harcamalarında fazladan artışlar, kişilerin gereksiz sağlık tüketimi ve bunun sonucunda sağlıkta maddi ve insan kaynağındaki yetersizlikler olacaktır. Özellikle uzun hastalık hikayesi olan veya daha komplike hastalıklara sahip kişilerin belirsizliğinin, çalışan ve hasta arasında güven tahribatına sebep olduğu görülmektedir (Ertong 2011).

Son dönemlerde hastaların karar verme süreçlerinde daha aktif rol oynama isteği hasta ve hekim arasında daha derin bir etkileşim oluşmasına sebep olmuştur. Kişiler sorgusuz şekilde doktorlara güvenmeyi tercih etmek yerine artık daha sorgulayıcı ve koşullu bir güven duygusunu taşımaya başlamışlardır. Bu durum, hekim ve hastanın ortak şekilde hareket etmesi gereken kronik hastalıkların yönetim sürecinde ise özellikle önem taşımaktadır. Bu başarı hastaların tedavi sürecinde aktif olma isteğine ve yeteneğine; bunu yapmak için yeterli kaynaklara (finans, zaman ve enerji) sahip olup olmamasına bağlıdır. Yeni düzende kişilerarası güven nasıl şartlı bir hal alıyorsa, kurumlara duyulan güven de o şekilde evrimleşmiştir. Artık halk kaliteli sağlık hizmeti alacağını varsaymak yerine, taleplerini ve artan beklentileriyle ilgili görüşlerini, güven temelli sıkıntı duydukları alanları yetkili olan taraflara bildirmektedir (Rowe ve Calnan 2006).

İnsanların sağlık sistemlerine olan güveni; kişinin tıbbi bakıma erişimini, tıbbi bakımı kullanmasını, ilaçlara ve tedavilere uyum göstermesini, bakımın sürekliliğini, duyduğu memnuniyet düzeyini ve hatta kendi bildirdiği sağlık durumu ile sağlık

sonuçlarını açıklamada rol oynayan ve bu çıktıları etkileyen bir faktördür (Fiscella ve ark 2004; Ozawa ve Sripad 2013). Hastaların tıbbi bakıma katılım tercihleri ile tıp mesleğine duydukları güven arasında güçlü bir bağlantı vardır. Tıbbı olan yüksek güvenleri, bakım arama ve tedavi süreçlerine uymak gibi daha aktif hasta rolleriyle de tutarlılık sağlamaktadır (Trachtenberg ve ark 2005). Bir hasta ile bir sağlık hizmeti sağlayıcısı arasındaki güven; gelişmiş hasta deneyimi, sağlık sonuçları ve hastaların aldıkları bakımı algılama şekilleriyle de bağlantılıdır (Read ve ark 2021). Hastaların güveninin olmaması; daha az hekim-hasta etkileşimi ve daha az sağlık hizmetleri kullanımıyla da ilişkilidir (Musa ve ark 2009). Sağlık hizmetleri sistemine karşı güven düzeyi düşük olan bireylerin, önemli ölçüde daha yüksek oranda, kendi sağlık algılarının daha zayıf olduğu görülmüştür (Mohseni ve Lindstrom 2007). Hastalar sağlık çalışanlarına güvenmedikleri taktirde onlarla işbirliği içinde olma eğilimine girmezler, tavsiyelerine ve koşullarına uymazlar, tanıyı reddedebilirler, tedavi sürecini durdurabilirler, başka doktora müracaat etmek isteyebilirler veya hastaneden ayrılabilirler (Karakaya ve ark 2021). Yapılan bir araştırmaya göre sağlık sistemine güvensizlik, meme kanserinde “tedaviyi başlatmama ve tedaviye uyum sağlamayıp tamamlamamak” olarak tanımlanan tedavi uyumsuzluğu ile pozitif ilişkilidir. Sağlık sistemine güvensizliğin en yüksek diliminde yer alan hastaların tedavi uyumsuzluğu bildirme olasılığı, en düşük dilimde yer alan kişilere oranla %22 daha fazla olduğu bulunmuştur (Dean ve ark 2017). Hastaların hekimlere ve sağlık sistemine olan güvenleri azaldıkça koruyucu-önleyici hizmetlerin kullanım oranı da azalmaktadır (Thom ve ark 2004). Sağlık çalışanlarına ve bir bütün olarak sağlık sistemine güvenen hastalarda ise daha iyi sağlık davranışları, daha yüksek yaşam kalitesi ve daha az semptom meydana geldiği görülmüştür. Doktoruna güven duyan hastalar, kendilerine verilen ilaçları daha düzenli kullanmakta, kontrollerini aksatmamakta ve tedavi süreçleri boyunca kendine söylenenleri yerine getirmektedir. Kişilerin bu davranışları onları sağlıkları konusunda tatmin olmak için başka bir doktora yönelmekten vazgeçirmekte; gereksiz muayene, tetkik ve tahlil istemelerinin önüne geçmektedir. Bu durum fazladan istenilen testlerin önüne geçmekte, hastanın eksik bilgi vermesinden doğan sorunları gidermekte, klinik bakımın etkin kullanılmasını sağlayarak sağlık harcamalarının ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların atıl kalmasını veya boşa harcanmasını engellemektedir (Koca ve Erigüç 2021; Türkyılmaz 2021).

Güvensizlik; inanç sistemleri, değerler, algılar, beklentiler, ifade ve davranış tarzlarındaki farklılıklardan kaynaklanabilir. Azınlık ve etnik kimlik sebebiyle farklı ve olumsuz bir yaklaşıma maruz kalmak, ötekileştirilmek, güven inşasını olumsuz yönde etkiler (Alpers ve ark 2018). Sağlık eşitliği için kritik bir odak alanı olan “bireylerin sağlık hizmetlerine tam ve adil erişim hakkı” ırksal ve etnik açıdan farklı toplulukları aynı açıdan etkilememekte ve bu grupların güven düzeyleri de birbirinden farklı olmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde kendilerini Siyahi, Hispanik, Asyalı ve Kızılderili olarak tanımlayan hastalarla yapılan araştırmada kişilerin; %55’i bir sağlık hizmeti sağlayıcısına olan güvenlerini kaybetmelerine sebep olacak olumsuz bir deneyim bildirmişlerdir, %36’sı sağlık hizmeti sağlayıcısının veya personelinin kendilerine davranış şeklini beğenmedikleri için tedaviyi atladıkları veya tedaviden kaçındıklarını belirtmişlerdir. Güvenlerini kaybettikleri bir deneyimin ardından katılımcıların yaklaşık %80’i sağlık sisteminin onları aynı sağlayıcıya veya sağlık sistemine geri döndürmek için yapabileceği hiçbir şey olmadığını söylemişlerdir (Read ve ark 2021). Araştırmalar siyahi insanların sağlık sistemine daha az güven duyduklarını göstermiştir. Siyahi insanların doktora ve sağlık hizmetine olan güvensizlikleri, sağlık hizmetlerinin eşitsizliklerinden de kaynaklanmaktadır (Musa ve ark 2009). Yapılan bir çalışmada Afrikalı Amerikalılar sağlık bakımı hakkında daha az memnuniyet bildirmişlerdir. Tüm hastalar incelendiğinde Afrikalı Amerikalıların Güvensizlik bildirme olasılığının önemli ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür. Irkçılık algısı ve sağlık sistemine olan güvensizliğin, alınan bakımdan duyulan memnuniyetin de azalmasına yol açtığı tespit edilmiştir (LaVeist ve ark 2000).

1.2.4. Sağlık Sistemlerine Güven Düzeyini Ölçme Yöntemleri

Kişilerin sağlık sistemlerine duydukları güveni/güvensizliği ve bu durumu etkileyebilecek faktörleri öğrenmek için çeşitli ölçme araçları geliştirilmiştir. Sağlam güven ölçümleri, sağlık bakım sistemlerinin performanslarının göstergeleri olarak kullanılabilir (Gille ve ark 2014). Bunlardan biri Rose ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilen “Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği”dir. Ölçek geliştirmesi iki aşamadan oluşmuştur. İlk aşamasında 55 kişi ile pilot çalışma yapılmış, sonrasında 400 kişi ile anket yapılmıştır. 10 soru olarak geliştirilen ölçekte; dürüstlüğü ölçen dört madde, gizliliği ölçen iki madde, yeterliliği ölçen iki madde ve sadakati ölçen iki

madde bulunmaktadır (Rose ve ark 2004). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yeşildal ve arkadaşları tarafından 2020 yılında 272 kişinin ankete katılımı ile yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin 10 ifade ve tek boyuttan oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmadaki katılımcıların %55,1'i kadın, %71'inin orta düzey gelire sahip ve %80,5'inin de herhangi bir kronik rahatsızlığının olmadığı görülmüştür. Araştırmanın Cronbach Alpha değerlerine bakıldığında ölçeğin toplam güvenilirliğinin 0,789 ile iyi bir düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu belirlenmiştir (Yeşildal ve ark 2020).

Egede ve Ellis tarafından 2008 yılında "Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği" geliştirilmiştir. Ölçek sağlık profesyonellerine olan güveni içeren on madde, sağlık giderlerini karşılayan kuruma güveni içeren dört madde ve sağlık kurumlarına olan güveni içeren üç madde olmak üzere toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin en düşük toplam puanı 17, en yüksek toplam puanı ise 85'tir, alınan toplam puan yükseldikçe kişilerin sağlık hizmetlerine güvenlerinin o kadar yüksek olduğu söylenebilir. Ölçeğin iç tutarlılık analizinde Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dinç ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Veriler 1 Ocak-30 Aralık 2010 tarihlerinde Ankara'da hastanede yatan 232 hastadan toplanmıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular ölçeğin Türk kültüründe uygulanabilir ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

1.2.5. Sağlık Sistemlerine Güven/Güvensizlik Hakkında Çalışmalar

Sağlık hizmeti almak için başvuran hastaların sisteme olan güvenlerini veya güvensizlik durumlarını ölçerek, yapılması gerekenler ve noksan kısımlar belirlenmeye çalışılmıştır. Güvensizliğin sebebini bulmak ve onu mümkün olduğunca azaltmak veya ortadan kaldırmak, sağlık sistemlerinin gelişmesi yolunda büyük bir adım olacaktır. Bu amaçla Türkiye'de ve dünyada kişilerin sağlık sistemlerine güven düzeylerini ölçecek araştırmalar yapılmıştır.

Kanada'da 2002-2004 yılları arasında odak grup görüşmesi şeklinde yapılan araştırmanın sonucunda katılımcılar güven ve güvenilecek şey ile ilgili olarak kendilerini konumlandırmaya çalışmışlardır. Bunun sonucunda "biz" ve "onlar"

olacak şekilde grup ayrımları belirlenmiştir. Hastalar tarafından kendileri ve sistemler arasında ittifaklar ve kutuplaşmaların yaratıldığı belirlenmiştir (Abelson ve ark 2009). Bu belirgin tarafsız çizgiler hastalarda ayrı sistemlerin parçası olma ve bu yüzden “diğer” tarafa karşı savunmasız oldukları hissini doğurmaktadır. Hastalarda sükuneti sağlayabilmek ve onlarla sağlık sistemiyle ortak bir bütünün parçası oldukları konusunda hemfikir olabilmek için bu çizgiler en aza indirilmeli, bu sayede hastalar kendilerini taraf olarak görmemeleri sağlanmalıdır.

Amerika Birleşik Devletleri’nde 2014 yılında toplanan verilerin sonuçlarına göre; Amerika halkının büyük çoğunluğunun, kendi sağlık bilgilerine sahip olan ve bu bilgileri bir ya da birden fazla boyutta paylaşan kuruluşlara ve dolaylı olarak sağlık sistemlerine güvenmedikleri tespit edilmiştir. Sağlık sistemlerinde kurumun, ortamın, hizmet sunucuların davranışlarının öneminin yadsınamayacağı gerçeği ise araştırmada bulunan; demografik ve psikososyal faktörlerin sistem güveninde gözlemlenen değişkenliğin yalnızca yaklaşık %18’ini oluşturması ile destelenir niteliktedir (Platt ve ark 2017).

Türkiye’de Mersin ilinde 231 hasta üzerinde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre demografik ve sosyoekonomik faktörler güvenle ilişkili değildir. Sağlık hizmetlerinden daha yüksek düzeyde memnuniyet duyan hastaların sağlık hizmetlerine güven düzeyi de daha fazladır. Hemşirelere ve hekimlere duyulan güven ile hastanelere ve Sağlık Bakanlığı’na duyulan güven arasında güçlü ve pozitif yönlü bir ilişki mevcuttur (Ertong Attar 2018).

Ankara’da üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatarak tedavi alan 493 hastanın katılımıyla sağlık sistemine güven düzeyleri hakkında araştırma yapılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 47,7’dir. %50,1’i kadın, %58,2’si işsiz ve %70’i orta düzeyde gelire sahiptir. %63,5’i sağlık hizmetlerinden memnun olduklarını belirtmiştir. Sağlık sistemine duyulan güven ile yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi faktörleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kişilerin eğitim düzeyleri ve sağlık bakım sistemlerine güven düzeyleri arasında negatif bir ilişki vardır. Düşük eğitim seviyelerine sahip kişiler sağlık bilgisini ve aldıkları hizmeti sorgulamak yerine körü körüne güven geliştirmeye eğilimli bir yapıya sahiptirler. İşsiz ve düşük gelir düzeyine sahip katılımcıların sisteme olan güvenleri daha fazladır. Yine aynı şekilde 65 yaş üstü katılımcıların da sağlık sistemine daha çok güvendikleri tespit

edilmiştir. Bu durumlar eğitimsiz, işsiz, düşük gelirli ve yaşlı kesimin zaruriyet halinde sağlık sistemine mecbur olmalarından ve başka seçeneklerinin olmama durumdan kaynaklanabilir. Eğitim seviyesi, gelir durumu yüksek kişilerin; sorgulama, alternatifler arasında seçim yapabilme şansı bulunduğu sağlık sistemlerini daha objektif değerlendirebilirler. Aynı çalışmada Türk vatandaşlarının kişilerarası güven düzeyi düşükken, sağlık hizmeti sunucularına ve sağlık sistemine yüksek güven duymalarına dikkat çekilmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda hastalar kırılgan ve bağımlı olan tarafken; hizmet sunucuları ise bilgi sağlamaları, bilgiyi kullanmaları ve becerileri elinde tutmalarıyla güçlü olan taraftır. Sağlık hizmeti sunucularına duyulan güven, sağlık sistemine duyulan güven ile güçlü bir bağa sahiptir. Hizmet sunumu sırasında hastalar kişisel bilgilerini paylaşarak, mahremiyet gerektiren tanı ve testler yaptırdığından hizmet sunucular ile güvenli bir ilişki geliştirme eğilimindedirler. Bu nedenle, sağlık çalışanlarına olan güvenin artması, kişilerin sağlık sistemine olan güvenlerinin gelişmesine de yardım edebilir (Usta ve Korkmaz 2020).

2020 yılında Türkiye'nin farklı bölgelerinden toplam 640 adet katılımcının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerini belirlemek ve sosyo-demografik özelliklerine göre güven düzeylerinin değişip değişmediğini gözlemlemek için kartopu örnekleme yöntemiyle bir araştırma yapılmıştır. 29,4 yaş ortalamasına sahip katılımcıların %60'ı kadın, %64,1'i bekar, %23,3'ü lisans mezunudur. Erkek katılımcıların sağlık hizmetlerine duydukları güven düzeyi kadınlara göre daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Bunun sebebi olarak kadınların hamilelik ve çocuk bakım sürecinde sağlık konusunda daha hassas olmaları, daha detaylı düşünceleri ve genel olarak kadınların aile sağlığı üzerinde etkilerinin fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Güven düzeyleri medeni duruma göre incelendiğinde, bekar katılımcıların güven düzeyi evlilere oranla daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Kamu hastanesini tercih eden bireylerin sağlık sistemlerine güven düzeyleri, özel hastaneleri tercih edenlere göre daha fazladır. Bu durum özel hastanelerin kar amacıyla çalışıyor, kamunun ise hizmet karşılığında bir kar amacı gütmüyor olmasından kaynaklanabilir. Hastalar için, sağlık hizmeti sunucularının para kaygısı olduğunu düşünmek o kuruma olan güveni azaltıyor olabilir. Katılımcıların eğitim ve güven düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi artan katılımcıların sağlık sistemlerine güven düzeylerinin azaldığı gözlemlenmiştir. Kişilerin eğitim düzeyleri yükseldikçe çevrelerinde olan olayları sorgulamaya başlarlar, muhakeme ve mukayese

yetenekleri artar. Bu sebeple sağlık hizmetlerinde daha seğici ve daha güvensiz olabilirler (Nal 2021).



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık sistemlerine güvensizlik durumları arasındaki ilişkinin varlığını incelemektir. Bununla beraber demografik özelliklerin, kişilerin sağlık okuryazarlığını ve sağlık sistemlerine güvensizlik düzeylerini nasıl etkilediğini araştırmaktır.

2.2. Araştırmanın Önemi

İlgili literatüre bakıldığında kişilerde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin kişilerin tedaviye aktif katılımları, daha doğru ve düzenli ilaç kullanımları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde ve sağlık hizmetlerinde gereksiz maliyetlerin azaltılması gibi durumlarda etkili olduğu görülmüştür (Özkan 2017, Öztaş 2018, Yaprak 2020). Sağlık sistemlerinde güven/güvensizlik kavramları ise hekime güven, sağlık çalışanlarına güven, tedaviye veya sağlık uygulamalarına güven gibi alanlar çerçevesinde ele alınmıştır (Ertong Attar 2018, Nal 2021, Göde 2022). Ancak yapılan araştırmalar sonucunda daha önce sağlık okuryazarlığı ve sağlık sistemlerine güvensizliğin birlikte ele alındığı hiçbir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmada bu iki durumun birlikte çalışması ve aralarındaki ilişki düzeyinin ortaya çıkarılması bilimsel birikime katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda literatürde gözlemlendiği kadarıyla sağlık sistemlerine güven/güvensizlik hakkında mevcut çok az sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Genellikle hekime, hemşirelere veya diğer sağlık çalışanlarına duyulan güven hakkında birçok çalışma yapılmasına karşın sağlık sistemlerine güven hakkındaki çalışmalara aynı düzeyde ağırlık verilmediği veya konunun diğerlerine göre daha az gündeme geldiği görülmektedir. Yapılan bu araştırma da güven/güvensizlik konusunda öncü araştırmalardan sayılabilmektedir.

Araştırma kapsamında kişilerin demografik farklılıkları ışığında sağlık okuryazarlığı ve sağlık sistemlerine güvensizlik düzeylerinin nasıl şekillendiğini gözlemek ve ileride atılacak adımların da bu gruplandırmalar baz alınarak atılması gerektiği düşünülmüştür.

Araştırma sağlık hizmeti alıcıları ve sunucularının birbiriyle temasa geçtiği bir noktayı ele aldığından ve güven duygusunun hizmet kullanımı üzerindeki etkilerinden

dolayı sağlık politikaları, sağlık yönetimi alanı ve araştırmacıları ile idareciler için önem arz etmektedir.

Araştırma sonucunda ortaya çıkan sonuçlar hem sağlık çalışanları için hastalarla olan ilişkilerinin güven temelini yeniden gözden geçirmeleri hakkında bir fikir olabilecek hem de politika yapıcılar için düzenlenmesi gereken noktalarda bir yardım aracı olarak kullanılabilir. Hastalarda ve hasta yakınlarında güven duygusunu sağlamlaştırmak maksadıyla, kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin mevcut durumu ve etkileri hakkında sağlık yöneticilerine bilgi verecektir.

2.3. Araştırmanın Modeli

Yapılan araştırma nicel türdedir. Nicel araştırmalarda bir fenomeni (zelliği olan bir olay) ayrıntılı biçimde açıklamak ve tanımlamak veya farklı unsurlar arasındaki ilişkinin açıklanması amaçlanır. Nicel araştırma, sayısal veriler aracılığıyla kesin ölçümler yapar ve örneklem ölçümlerinin güvenirliğini destekler. Bu süreçte istatistiki analiz, deney ve anket yöntemlerinden yararlanır. Araştırma, grafik ve tablolar yardımıyla ilişkileri formüle eder. Tanımlayıcı istatistikler ve analizler sayesinde hipotezler doğrulur ya da yanlışlanır (Usta 2019).

2.4. Araştırmanın Evren ve rneklemi

Evren, araştırma bulgularının genellendiği ve içerisinden araştırma örneklemine seçildiği büyük gruptur (Gürbüz ve şahin, 2018). Ancak evrenin tamamına ulaşmak çoğu zaman g ve olanaksızdır. Bu sebeple araştırmacının daha kolay ulaşabilmesi için çalışma yapılacak alan belli standartlarla daraltılır. Yine Gürbüz ve şahin'e (2018) göre örneklem; belirli bir evrendeki birimler arasından sistematik bir şekilde seçilen ve evreni temsil ettiği kabul edilen daha küçük kümedir.

Araştırma evrenini Konya ili merkez ilçelerinden Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde yaşayan 18 yaş üstü 949 630 kişi oluşturmaktadır (TK, 2021). Araştırmacılar rneklem büyüklüğünü belirlemek için çeşitli yollar tercih etmektedirler. Araştırmanın yapısına göre nitel/nicel değişkenleri içeren formüllerden veya halihazırda mevcut tablolardan yararlanılabilir. Nicel verilerin kullanıldığı bu araştırmada aşağıda belirtilen, Gürbüz ve şahin (2018) tarafından uyarlaması yapılan

Şekil 2.4.1.'deki "Nicel Değişkenli Araştırmalar için Örneklem Hesaplama Formülü" kullanılabilir. Araştırma kapsamında 450 kişiden veri toplanmıştır. Aşağıda verilen Şekil 2.4.1.'den yola çıkarak 949 630 kişilik evrene karşılık 384 kişilik bir örneklemin yeterli olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamında ise 450 kişiye ulaşılmıştır.

Şekil: 2.4.1 Nicel Değişkenli Araştırmalar için Örneklem Hesaplama Formülü

$$n = \frac{n_0}{1 + n_0/N} \quad n_0 = \frac{t^2 \cdot s^2}{d^2}$$

N: Evren büyüklüğü

n: Örneklem büyüklüğü

t: Güven düzeyine karşılık gelen tablo değeri

s: Evren için tahmin edilen standart sapma

d: Kabul edilebilir sapma toleransı

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yeterli kapasite ve katılım noktasında herhangi bir sınırlılığı bulunmamaktadır. Seçilen örnekleme yeterli sayıda katılımcıya ulaşılmış ve katılımcılar anket sorularının tamamını cevaplamıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, yalnızca deneklerin ölçeklere verdikleri yanıtların doğruluğu ile sınırlıdır.

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında kullanılan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, gelir durumu, kişilerin kronik hastalığı olup olmaması, kişilerin ailesinde kronik hastalığa sahip birey olup olmaması ve yaşanan ilçe gibi demografik verileri içeren 8 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyelerini, üçüncü bölüm ise katılımcıların sağlık sistemlerine güvensizliklerini ölçmektedir. Toplamda 8 demografik bilgi, 24 ölçek ifadesinden oluşan toplamda 32 soruluk bir anket formu katılımcılara uygulanmıştır. (Bkz. EK-B)

Araştırmada kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği hakkında bilgiler aşağıda verilmiştir.

2.6.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Ölçek Suka ve arkadaşları (2013) tarafından 2010 yılında Japonya'da geliştirilmiş, Türkçeye geçerlilik ve güvenilirliği Türkoğlu ve Kılıç (2021) tarafından yapılmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 3 alt boyutta, toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Fonksiyonel Alt Boyut beş maddeden (1-5. maddeler), oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 5, alınabilecek en yüksek puan ise 25'tir. İnteraktif Alt Boyut beş maddeden (6-10. maddeler) oluşmaktadır. Bu alt boyutta alınabilecek en düşük puan 5, alınabilecek en yüksek puan ise 25'tir. Eleştirel Alt Boyut dört maddeden (11-14. maddeler) oluşmaktadır. Bu alt boyutta alınabilecek en düşük puan 4, alınabilecek en yüksek puan ise 20'dir. Ölçek 5'li Likert şeklinde derecelendirilmiştir. Maddelerin her biri katılımcılar tarafından "5-Kesinlikle katılıyorum, 4-Katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Katılmıyorum, 1-Kesinlikle katılmıyorum" olacak şekilde 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçek toplamından alınabilecek en düşük puan 14, en yüksek puan ise 70'tir. Alınan toplam puanın yükselmesi kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yükseldiğini göstermektedir. Ölçeğin Fonksiyonel Alt Boyutunu oluşturan 1,2,3,4 ve 5. maddeler ters kodlanmıştır, diğer maddeler olumlu yapıdadır. Ölçeğin toplam uygulanma süresi ortalama 2-3 dakikadır. Ölçeğin orijinalinde Cronbach Alpha değeri 0.81 olarak bulunmuştur. Geçerlilik ve güvenilirliği yapılan çalışmada da Cronbach Alpha değeri 0.85 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ifadelerine verdikleri yanıtlardan yapılan analize göre bu çalışmada Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Cronbach Alpha değeri 0,83 olarak bulunmuştur.

2.6.2. Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği

Ölçek Rose ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilmiştir, Türkçeye geçerlilik ve güvenilirliği 2019 yılında Yeşildal ve arkadaşları (2019) tarafından Konya ilinde yapılmıştır. Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği 10 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 5'li Likert şeklindedir. Maddelerin her biri katılımcılar tarafından "1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum" olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçek maddelerinin her birinden alınan puanlar 5'e yaklaştıkça sağlık sistemlerine güvensizliğin arttığı, 1'e doğru indikçe güvensizliğin azaldığını göstermektedir. Ölçek toplamından alınabilecek en düşük puan 10, alınabilecek en yüksek puan 50'dir. Alınan toplam puanın yükselmesi sağlık sistemlerine güvensizliğin arttığını, toplam puanın azalması sağlık sistemlerine güvensizliğin azaldığını göstermektedir. Ölçekte yer alan 2., 8. ve 9. sorular ters kodlanmıştır, diğer ifadeler olumlu yapıdadır. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda

ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,789 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise ifadelere verilen yanıtlardan yapılan analize göre Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği'nin Cronbach Alpha değeri 0,729 olarak bulunmuştur.

2.7. Verilerin Toplanması

Araştırma için öncelikle Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden etik kurul izni alınmıştır. Daha sonra veriler araştırmacı tarafından, 01.03.2022-15.05.2022 tarihleri arasında çevrimiçi ve yüz yüze anket teknikleri kullanılarak toplanmıştır. Katılımcı tarafından bir anket ortalama 5-6 dakikada doldurulmuştur.

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri toplandıktan sonra bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Araştırmada verilerin değerlendirilmesi için SPSS 25,0 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Araştırma bulgularının değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar, ortalamalar, standart sapmalar, minimum ve maximum değerler kullanılmıştır.

Verilerin, normal dağılıma uygun olup olmadığını belirlemek için çarpıklık-basıklık (Skewness-Kurtosis) normallik dağılım testi kullanılmıştır. Çarpıklık-Basıklık (Skewness-Kurtosis) testi sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı ve sağlık sistemlerine güvensizlik ölçekleri normal dağılım göstermiştir. Bunun sonucunda verilerin analizi yapılırken parametrik testler kullanılmıştır. Bağımsız Örneklem t-Test, Tek Yönlü Varyans Analizi, Pearson Korelasyon ve Basit Doğrusal Regresyon testlerinden faydalanılmıştır.

Verilerin analizi yapılırken Pearson Korelasyon testinde korelasyon katsayısı yorumu (Gürbüz ve Şahin 2018);

$0 < r \leq 0.3$ zayıf ilişki,

$0.3 < r \leq 0.7$ orta ilişki,

$0.7 < r \leq 1$ kuvvetli ilişki olarak yapılmaktadır.

Tablo 2.8.1. Ölçeklere Ait Normallik Testleri

Ölçekler	Skewness	Kurtosis
	p	p
Sağlık Okuryazarlığı Ö.	-0,248	-0,357
Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ö.	-0,065	0,562

Verilerin normallik testleri (Skewness-Kurtosis) sonucunda sağlık okuryazarlığı ve sağlık sistemlerine güvensizliğe ilişkin değerler +1,5 ve -1,5 arasında yer aldığından verilerin normal dağılıma uygun olduğu görülmüştür. Skewness ve Kurtosis değerleri +1.5 ile -1.5 arasında olduğu zaman normal dağılım olduğu kabul edilmektedir (Tabachnick ve Fidell 2013).

2.9. Araştırma Etiği

Araştırma için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 29.12.2021 tarihinde 1918 sayılı (Bkz. EK-C) kararı ile etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmaya katılan kişilere araştırmayla ilgili açıklama anket formunun öncesinde belirtilmiş ve bireylere araştırma öncesinde aydınlatılmış onam formu sunulmuştur (Bkz. EK-A).

2.10. Araştırmanın Hipotezleri

Kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini, sağlık sistemlerine güvensizlik düzeylerini ve bunlar arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bu araştırmanın hipotezleri şu şekilde sıralanabilir:

H₁: Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{1.a}: Katılımcıların cinsiyetleri ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{1.b}: Katılımcıların yaşları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{1.c}: Katılımcıların medeni durumları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{1.d}: Katılımcıların öğrenim durumları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{1.e}: Katılımcıların gelir durumları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{1.f}: Katılımcıların kronik hastalığa sahip olup/olmaması ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{1.g}: Katılımcıların ailesinde kronik hastalığa sahip kişinin bulunup/bulunmaması ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{1.h}: Katılımcıların yaşadıkları yer ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂: Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{2.a}: Katılımcıların cinsiyetleri ile sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{2.b}: Katılımcıların yaşları ile sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{2.c}: Katılımcıların medeni durumları ile sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{2.d}: Katılımcıların öğrenim durumları ile sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{2.e}: Katılımcıların gelir durumları ile sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{2.f}: Katılımcıların kronik hastalığa sahip olup/olmaması ile sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{2.g}: Katılımcıların ailesinde kronik hastalığa sahip kişinin bulunup/bulunmaması ile sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H_{2.h}: Katılımcıların yaşadıkları yer ile sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H₃: Kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlık sistemlerine güvensizlikleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₄: Kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyleri de anlamlı şekilde artar.



3. BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ölçeğine verdikleri yanıtlardan çıkarılan, bu kavramlara ilişkin istatistikî bulguları yer almaktadır.

3.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Analizler

Bu bölümde katılımcılara ait tanımlayıcı bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3.1.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Erkek	198	44,0
	Kadın	252	56,0
Yaş	18-22	153	34,0
	23-29	139	30,9
	30 ve üzeri	158	35,1
Medeni Durum	Bekar	295	65,6
	Evli	155	34,4
Öğrenim Durumu	Lise ve altı	110	24,4
	Ön lisans	62	13,8
	Lisans	226	50,2
Gelir Durumu (TL)	Lisansüstü	52	11,6
	0-4999	136	30,2
	5000-7999	162	36,0
Kronik bir hastalığınız var mı? (Şeker, tansiyon, astım vb.)	8000 ve üzeri	152	33,8
	Var	58	12,9
Ailenizde kronik hastalığı olan var mı?	Yok	392	87,1
	Var	219	48,7
Yaşanılan İlçe	Yok	231	51,3
	Selçuklu	219	48,7
	Meram	117	26,0
	Karatay	114	25,3

Araştırmaya katılmış olan kişilerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 3.1.1.'de verilmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin %44,0'ü (198 kişi) erkek, %56,0'sı (252 kişi) kadın olmak üzere katılımcılar toplam 450 kişiden oluşmaktadır. 18 – 22 yaş grubundaki kişiler katılımcı toplamının %34,0'ünü (153 kişi), 23 – 29 yaş grubu %30,9'unu (139 kişi), 30 yaş ve üzeri kişiler ise %35,1'ini (158 kişi) oluşturmaktadır.

Katılımcıların %65,6'sı (295 kişi) bekar iken, %34,4'ü (155 kişi) evlidir. Lise ve altında öğrenim düzeyine sahip kişiler %24,4'lük (110 kişi), ön lisans mezunu olan kişiler %13,8'lik (62 kişi), lisans mezunu olan kişiler %50,2'lik (226 kişi), lisansüstü öğrenim düzeyine sahip kişiler ise %11,6'lık (52 kişi) oranlara sahiptirler.

Katılımcıların gelir durumlarına bakıldığında %30,2'si (136 kişi) 0 – 4999₺ arası gelire, %36,0'sı (162 kişi) 5000 – 7999 ₺ arası gelire, %33,8'i (152 kişi) 8000₺ ve üzeri gelir durumlarına sahiptirler.

Araştırmaya katılan kişilerin %12,9'u (58 kişi) şeker, tansiyon, astım vb. bir kronik hastalığa sahipken; %87,1'inin (392 kişi) herhangi bir kronik hastalığı yoktur. Bu kişilerden ailesinde kronik hastalığa sahip olanların oranı %48,7 (219 kişi), ailesinde kronik hastalığa sahip olmayanların oranı ise %51,3'tür (231 kişi).

Katılımcıların %48,7'si (219 kişi) Selçuklu ilçesinde, %26,0'sı (117 kişi) Meram ilçesinde, %25,3'ü (114 kişi) ise Karatay ilçesinde yaşamaktadırlar.

3.2. Katılımcıların Ölçek Maddelerine ve Alt Boyutlarına İlişkin Yanıtlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

Bu bölümde katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ölçeklerine ve alt boyutlarına verdikleri yanıtların puan ortalamaları, standart sapmaları, minimum ve maksimum değerlerine yer verilmiştir.

Tablo 3.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Fonksiyonel Alt Boyut	Ort. (\bar{x})	SS
1. Okuyamadığım materyaller var	3,30	1,32
2. Yazılar okuyamayacağım kadar küçük yazılmış	3,55	1,23
3. İçerikleri anlamam oldukça zor	3,35	1,28
4. Talimatları ve broşürleri okumak çok uzun zaman alıyor	3,00	1,36
5. Talimatları ve broşürleri okumak için birinin yardımına ihtiyaç duyuyorum	3,90	1,29
İnteraktif Alt Boyut	Ort.	SS
6. Çeşitli kaynaklardan bilgi toplarım	4,00	1,06
7. İstedğim bilgileri elde ederim	3,86	1,04
8. Edindiğim bilgileri anlamaya çalışırım	4,22	0,92
9. Hastalığımla ilgili fikrimi çevremdeki insanlarla paylaşıyorum	3,74	1,12
10. Edindiğim bilgileri günlük yaşamımda uyguluyorum	3,91	1,01

Tablo 3.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler (Devamı)

Eleştirel Alt Boyut	Ort.	SS
11. Bilgilerin benim için uygulanabilir olup olmadığını düşünürüm	4,04	1,02
12. Bilgilerin inandırıcı olup olmadığını düşünürüm	4,09	0,98
13. Bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol ederim	4,13	1,00
14. Sağlığım ile ilgili kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım	4,24	0,96

Tablo 3.2.1’de yer alan verilere bakıldığında Sağlık Okuryazarlığı ölçek maddeleri puan ortalamaları arasında en yüksek puan $\bar{x}=4,24$ ile “Sağlığım ile ilgili kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım.” ifadesinde; en düşük puan ise $\bar{x}=3,00$ ile “Talimatları ve broşürleri okumak çok uzun zaman alıyor.” ifadesinde bulunmuştur.

Tablo 3.2.2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

	Ort. \pm SS	Min	Max
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	3,80\pm0,63	1,93	5,00
Fonksiyonel Alt Boyut	3,42 \pm 0,98	1,00	5,00
İnteraktif Alt Boyut	3,94 \pm 0,76	1,20	5,00
Eleştirel Alt Boyut	4,12 \pm 0,84	1,00	5,00

Tablo 3.2.2’de görüldüğü üzere Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinden alınan ortalama puan $\bar{x}=3,80$ olarak, minimum puan 1,93, maksimum puan ise 5 olarak bulunmuştur. Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin sırasıyla; Fonksiyonel alt boyutunda ortalama puan $\bar{x}=3,42$ minimum değer 1, maksimum değer ise 5; İnteraktif alt boyutunda ortalama puan $\bar{x}=3,94$ minimum değer 1,20, maksimum değer 5; Eleştirel alt boyutunda ortalama puan $\bar{x}=4,12$ minimum değer 1, maksimum değer ise 5 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.2.3. Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

İfadeler	Ort.	SS
1. Bilgi verilmeden üzerimde tıbbi deneylerin yapıldığını düşünüyorum	2,62	1,25
2. Tıbbi kayıtlarımın gizli tutulduğunu düşünüyorum	2,79	1,25
3. Sağlık sisteminden kaynaklı hatalardan her gün birçok insan ölmektedir	3,20	1,10
4. Kanımı aldıklarında bana bildirmedikleri testleri yaptıklarını düşünüyorum	2,56	1,25
5. Tedavi sürecimde bir hata yapılıyorsa, sağlık sistemi bunu benden gizlemeye çalışırdı	3,17	1,21

Tablo 3.2.3. Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeğine Ait Tanımlayıcı İstatistikler (Devamı)

İfadeler	Ort.	SS
6. İnsanların benim onayım olmadan tıbbi kayıtlarıma erişebileceğini düşünüyorum	2,98	1,27
7. Sağlık sistemi sağlığım için gerekli olanı yapmaktan çok maliyeti düşük tutmakla ilgilenmektedir	2,87	1,24
8. Sağlık kurumlarından yüksek kalitede tedavi hizmeti aldığımı düşünüyorum	2,93	1,07
9. Sağlık sistemi, hastalığımı tedavi ederken benim tıbbi ihtiyaçlarımı diğer tüm hususların üzerinde tutar	2,91	1,12
10. Bazı ilaçların içinde benden gizlenen şeyler vardır	3,09	1,23

Tablo 3.2.3'te yer alan verilere bakıldığında Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği maddelerinden en yüksek ortalama puanı $\bar{x}=3,20$ ile "Sağlık sisteminden kaynaklı hatalarda her gün birçok insan ölmektedir." ifadesi, en düşük ortalama puanı ise $\bar{x}=2,56$ ile "Kanımı aldıklarında bana bildirmedikleri testleri yaptıklarını düşünüyorum." ifadesi almıştır.

Tablo 3.2.4. Katılımcıların Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

	Ortalama±SS	Min	Max
Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği	2,91±0,64	1,00	4,90

Tablo 3.2.4.'te görüldüğü üzere Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ölçeğinden alınan ortalama puan $\bar{x}=2,91$ 'dir. Minimum puan 1, maksimum puan ise 4,90 olarak bulunmuştur.

3.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Ölçekler ve Alt Boyutlarının Analizi

Bu bölümde Sağlık Okuryazarlığı ve alt boyutları ve Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği ile;

- Cinsiyet, medeni durum, kişilerin kronik hastalıklarının olup olmaması ve kişilerin ailesinde kronik hastalığa sahip bireylerin olup olmama durumları arasında yapılan t testinin verileri,
- Yaş, öğrenim durumu, gelir durumu ve kişilerin yaşadığı ilçeler arasında yapılan One-Way ANOVA testinin verileri,

- Sağlık Okuryazarlığı ile alt boyutları arasında, Sağlık Okuryazarlığı ve alt boyutları ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ölçeği arasında yapılan Pearson Korelasyon testi verileri,
- Sağlık Okuryazarlığı ve alt boyutları ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ölçeği arasında yapılan regresyon testi verilerine yer verilmiştir.

Tablo 3.3.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin t Testi Analizi

		SOY Ölçeği	Alt Boyutlar		
			Fonksiyonel	İnteraktif	Eleştirel
Cinsiyet	Erkek	3,66±0,65	3,29±0,98	3,81±0,79	3,93±0,87
	Kadın	3,92±0,60	3,51±0,97	4,04±0,73	4,27±0,79
<i>Test ve p değeri</i>		t=-4,330 p<0,001	t=-2,389 p=0,017	t=-3,191 p=0,002	t=-4,256 p<0,001
Medeni Durum	Bekar	3,84±0,61	3,49±0,93	3,93±0,74	4,16±0,81
	Evli	3,74±0,68	3,27±1,06	3,95±0,82	4,05±0,90
<i>Test ve p değeri</i>		t=1,598 p=0,111	t=2,231 p=0,026	t=-0,216 p=0,829	t=1,239 p=0,216
Kronik Hastalık	Var	3,71±0,65	3,34±1,03	3,92±0,74	3,92±0,93
	Yok	3,82±0,63	3,43±0,98	3,94±0,77	4,15±0,82
<i>Test ve p değeri</i>		t=-1,185 p=0,236	t=0,698 p=0,507	t=-0,225 p=0,822	t=-1,916 p=0,056
Ailede Kronik Hastalık	Var	3,81±0,65	3,38±1,03	3,96±0,76	4,16±0,86
	Yok	3,80±0,62	3,45±0,93	3,93±0,77	4,08±0,82
<i>Test ve p değeri</i>		t=0,137 p=0,891	t=-0,684 p=0,494	t=0,413 p=0,680	t=0,893 p=0,372

Tablo 3.3.1.'de görüldüğü üzere SOY ölçeği ve alt boyutları ile cinsiyet faktörü arasında yapılan t testi sonuçlarına göre Sağlık Okuryazarlığı ölçek puanında, Fonksiyonel, İnteraktif ve Eleştirel alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). SOY ölçek puanlarına bakıldığında kadınların ($\bar{x}=3,92$) sağlık okuryazarlığı seviyeleri, erkeklere ($\bar{x}=3,66$) göre daha yüksektir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığında kadınların ($\bar{x}=3,51$) fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyleri, erkeklere ($\bar{x}=3,29$) göre daha yüksek bulunmuştur. İnteraktif sağlık okuryazarlığında kadınların ($\bar{x}=4,04$) seviyesi, erkeklerin ($\bar{x}=3,81$) seviyesinden daha yüksektir. Eleştirel sağlık okuryazarlığında da kadınların ($\bar{x}=4,27$) seviyesi, erkeklerin ($\bar{x}=3,93$) seviyesine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sebeple $H_{1.a}$ hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile medeni durum arasında yapılan t testi sonuçlarına göre Fonksiyonel alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). SOY ölçek puanında, İnteraktif alt boyutta ve Eleştirel alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Medeni durumu bekar ($\bar{x}=3,49$) olanların, medeni durumu evli ($\bar{x}=3,27$) olanlara göre Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu sebeple $H_{1.c}$. hipotezi kabul edilmiştir.

Kronik hastalık ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonuçlarında; katılımcıların kronik hastalığı olup olmama durumları ile SOY ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Bu sebeple $H_{1.f}$. hipotezi reddedilmiştir.

Ailede kronik hastalık ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan t testi sonuçlarına göre; katılımcıların ailesinde kronik hastalığa sahip kişilerin olması veya olmamasıyla SOY ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Bu sebeple $H_{1.g}$. hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 3.3.2. Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeğine İlişkin t Testi Analizi

		Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği
Cinsiyet	Erkek	2,96±0,64
	Kadın	2,87±0,65
<i>Test ve p değeri</i>		t=1,52 p=0,127
Medeni Durum	Bekar	2,92±0,61
	Evli	2,88±0,70
<i>Test ve p değeri</i>		t=0,706 p=0,480
Kronik Hastalık	Var	3,04±0,73
	Yok	2,89±0,63
<i>Test ve p değeri</i>		t=1,66 p=0,097
Ailede Kronik Hastalık	Var	2,97±0,68
	Yok	2,85±0,60
<i>Test ve p değeri</i>		t=1,84 p=0,066

Tablo 3.3.2’de yer alan verilere bakıldığında Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ölçeği ile cinsiyet faktörü arasında yapılan t testi sonuçlarına göre aralarında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu nedenle H₂.a. hipotezi reddedilmiştir.

Medeni durum ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ölçeği arasında yapılan t testi sonuçlarına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sebeple H₂.c. hipotezi reddedilmiştir.

Kronik hastalık ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ölçeği arasında yapılan t testi sonuçlarına göre, kişilerin kronik hastalığı olup olmama durumları ile sağlık sistemlerine güvensizlikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sebeple H₂.f. hipotezi reddedilmiştir.

Ailede kronik hastalık ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ölçeği arasında yapılan t testi sonuçlarına göre, katılımcıların ailesinde kronik hastalığa sahip kişilerin olması veya olmamasıyla sağlık sistemlerine güvensizlikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sebeple H₂.g. hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 3.3.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin ANOVA Testi Analizi

		SOY Ölçeği	Alt Boyutlar		
			Fonksiyonel	İnteraktif	Eleştirel
Yaş	18-22 ¹	3,91±0,58	3,69±0,88	3,93±0,69	4,17±0,78
	23-29 ²	3,86±0,65	3,48±0,95	3,97±0,83	4,19±0,85
	30+ ³	3,66±0,65	3,10±1,03	3,92±0,78	4,01±0,88
Test ve p değeri		F=7,027 p=0,001	F=14,691 p<0,001	F=0,175 p=0,839	F=1,92 p=0,146
Post-Hoc		1,2 > 3 ^a	1,2 > 3 ^a		
Öğrenim Durumu	Lise ve altı ¹	3,60±0,68	3,21±1,03	3,80±0,78	3,83±0,92
	Önlisans ²	3,95±0,56	3,56±0,88	4,06±0,73	4,29±0,78
	Lisans ³	3,84±0,59	3,49±0,97	3,93±0,73	4,17±0,80
	Lisansüstü ⁴	3,91±0,71	3,38±0,98	4,11±0,87	4,32±0,77
Test ve p değeri		F=5,718 p=0,001	F=2,493 p=0,060	F=2,62 p=0,050	F=6,54 p<0,001
Post-Hoc		2,3,4 > 1 ^a			2,3,4 > 1 ^a
Gelir (TL)	0-4999	3,80±0,59	3,45±0,93	3,85±0,73	4,18±0,77
	5000-7999	3,77±0,64	3,36±0,98	3,95±0,79	4,06±0,88
	8000 ve üzeri	3,85±0,67	3,45±1,03	4,01±0,76	4,13±0,85
Test ve p değeri		F=0,562 p=0,571	F=0,467 p=0,627	F=1,499 p=0,224	F=0,745 p=0,475
Post-Hoc					
	Selçuklu ¹	3,90±0,59	3,56±0,99	4,00±0,71	4,19±0,81
	Meram ²	3,78±0,65	3,35±0,97	3,92±0,78	4,14±0,79

Yaşanılan Yer	Karatay ³	3,65±0,68	3,22±0,95	3,85±0,84	3,95±0,93
Test ve p değeri		F=5,572	F=4,944	F=1,34	F=3,106
		p=0,004	p=0,008	p=0,261	p=0,046
Post-Hoc		1 > 3 ^a	1 > 3 ^a		1 > 3 ^b
Post-Hoc testleri a=Scheffe b=LSD					

Tablo 3.3.3.'te yer alan verilere bakıldığında Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile yaş faktörü arasında yapılan ANOVA testine göre SOY ölçek puanı ve Fonksiyonel alt boyut ile kişilerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Yaş ile İnteraktif alt boyut ve Eleştirel alt boyut arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Sağlık Okuryazarlığı ile yaş arasında yapılan Post-Hoc (Scheffe) testine bakıldığında 30 yaş ve üzeri katılımcıların ($\bar{x}=3,66$) sağlık okuryazarlığı düzeyleri, 18-22 yaş ($\bar{x}=3,91$) ve 23-29 yaş ($\bar{x}=3,86$) gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. Fonksiyonel alt boyut ile yaş arasında yapılan Post-Hoc (Scheffe) testine göre 30 yaş ve üzeri katılımcıların ($\bar{x}=3,10$) fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyleri, 18-22 yaş grubuna ($\bar{x}=3,69$) ve 23-29 yaş grubuna ($\bar{x}=3,48$) göre daha düşüktür. Bu nedenle $H_{1.b}$ hipotezi kabul edilmiştir.

Öğrenim durumu ile Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testi incelendiğinde SOY ölçek puanı ve Eleştirel alt boyut ile kişilerin öğrenim durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Öğrenim durumu ile Fonksiyonel alt boyut ve İnteraktif alt boyut arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Öğrenim durumu ile Sağlık Okuryazarlığı ölçek puanı arasında yapılan Post-Hoc (Scheffe) testine göre lise ve altı ($\bar{x}=3,60$) öğrenim durumuna sahip kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri; ön lisans ($\bar{x}=3,95$), lisans ($\bar{x}=3,84$) ve lisansüstü ($\bar{x}=3,91$) mezunlarına göre daha düşüktür. Eleştirel alt boyut ve öğrenim durumu arasında yapılan Post-Hoc (Scheffe) testine göre lise ve altı ($\bar{x}=3,83$) öğrenim durumuna sahip olan kişilerin eleştirel sağlık okuryazarlığı seviyeleri; ön lisans ($\bar{x}=4,29$), lisans ($\bar{x}=4,17$) ve lisansüstü ($\bar{x}=4,32$) mezunlarına göre daha düşüktür. Bu nedenle $H_{1.d}$ hipotezi kabul edilmiştir.

Gelir ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testinin sonucuna göre SOY ölçeği ve alt boyutları ile kişilerin gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu nedenle $H_{1.e}$ hipotezi reddedilmiştir.

Yaşanılan yer ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testine göre SOY ölçek puanı ile Fonksiyonel ve Eleştirel alt boyutlarda anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). İnteraktif alt boyut ile kişilerin yaşadığı yer arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Yaşanılan yer ile Sağlık Okuryazarlığı ölçek puanı arasında yapılan Post-Hoc (Scheffe) testine göre Selçuklu ($\bar{x}=3,90$) ilçesinde yaşayan katılımcıların, Karatay ($\bar{x}=3,65$) ilçesinde yaşayan katılımcılara göre sağlık okuryazarlığı seviyeleri daha yüksektir. Fonksiyonel alt boyut ve yaşanılan yer arasında yapılan Post-Hoc (Scheffe) testine göre Selçuklu ($\bar{x}=3,56$) ilçesinde oturan katılımcıların fonksiyonel sağlık okuryazarlığı seviyeleri, Karatay ($\bar{x}=3,22$) ilçesinde oturan katılımcılara göre daha yüksektir. Eleştirel alt boyut ve yaşanılan yer arasında yapılan Post-Hoc (LSD) testine göre Selçuklu ilçesinde oturan katılımcıların eleştirel sağlık okuryazarlığı seviyeleri ($\bar{x}=4,19$), Karatay ($\bar{x}=3,95$) ilçesinde oturan katılımcılara göre daha yüksektir. Bu nedenle $H_{1.h}$ hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.3.4. Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeğine İlişkin ANOVA Testi Analizi

		Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği	F	p
Yaş	18-22	2,90 ± 0,61	0,273	0,761
	23-29	2,94 ± 0,62		
	30+	2,89 ± 0,70		
Post-Hoc				
Öğrenim Durumu	Lise	2,85 ± 0,62	1,014	0,386
	Önlisans	2,85 ± 0,58		
	Lisans	2,93 ± 0,68		
	Lisansüstü	3,01 ± 0,61		
Post-Hoc				
Gelir (TL)	0-4999	2,81 ± 0,57	2,424	0,090
	5000-7999	2,98 ± 0,63		
	8000 ve üzeri	2,92 ± 0,71		
Post-Hoc				
Yaşanılan Yer	Selçuklu	2,92 ± 0,63	0,477	0,621
	Meram	2,86 ± 0,67		
	Karatay	2,94 ± 0,65		
Post-Hoc				

Tablo 3.3.4'te görüldüğü üzere katılımcıların yaşları ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği arasında yapılan ANOVA testine göre; kişilerin yaşlarıyla sağlık sistemlerine güvensizlikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Bu sebeple $H_{2.b}$ hipotezi reddedilmiştir.

Öğrenim durumu ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği arasında yapılan ANOVA testinin sonuçlarına göre; kişilerin öğrenim durumları ile sağlık sistemlerine güvensizlikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sebeple $H_{2.d}$ hipotezi reddedilmiştir.

Gelir ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği arasında yapılan ANOVA testine bakıldığında; kişilerin gelir durumları ile sağlık sistemlerine güvensizlikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sebeple $H_{2.e}$ hipotezi reddedilmiştir.

Yaşanılan yer ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği arasında yapılan ANOVA testinin sonuçlarına göre; katılımcıların yaşadıkları ilçe ile sağlık sistemlerine güvensizlikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sebeple $H_{2.h}$ hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 3.3.5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği Arasında Korelasyon Analizi

	Sağlık Okuryazarlığı	SOY Fonksiyonel Alt Boyut	SOY İnteraktif Alt Boyut	SOY Eleştirel Alt Boyut	Sağlık Sistemlerine Güvensizlik
Sağlık Okuryazarlığı	r=1				
SOY Fonksiyonel Alt Boyut	r=0,679**	r=1			
SOY İnteraktif Alt Boyut	r=0,768**	r=0,131**	r=1		
SOY Eleştirel Alt Boyut	r=0,782**	r=0,186**	r=0,703**	r=1	
Sağlık Sistemlerine Güvensizlik	r=-0,209**	r=-0,275**	r=-0,040	r=-0,104*	r=1
**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır. *Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.					

Tablo 3.3.5.'te de görüldüğü gibi SOY ölçeği ile alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizine göre Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Fonksiyonel

($r=0,679$) alt boyutta pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki; İnteraktif ($r=0,768$) ve Eleştirel ($r=0,782$) alt boyutlarda ise pozitif yönde kuvvetli düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Fonksiyonel, İnteraktif ve Eleştirel sağlık okuryazarlığı seviyeleri arttıkça, kişilerin genel olarak sağlık okuryazarlığı da artmaktadır.

Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizi doğrultusunda Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ($r=-0,209$), Fonksiyonel alt boyut ($r=-0,275$) ve Eleştirel alt boyut ($r=-0,104$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuca göre H_3 hipotezi kabul edilmiştir; kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça sağlık sistemlerine duydukları güven artmaktadır.

Tablo 3.3.6. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği Arasında Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	sh	t	F	p	R ²
Sağlık Sistemlerine Güvensizlik	Sabit	3,722	0,182	20,499	20,436	0,000	0,044
	Sağlık Okuryazarlığı	-0,212	0,047	-4,521			

Tablo 3.3.6.'da yer alan veriler ışığında Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği arasında yapılan basit doğrusal regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz doğrultusunda sağlık sistemlerine güvensizlikte gerçekleşen değişimin %4,4'ünün sağlık okuryazarlığı tarafından açıklandığı görülmüştür ($R^2=0,044$). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinde gerçekleşen artış kişilerin sağlık sistemlerine güvensizlik durumuna yansımaktadır ($B=-0,212$). Elde edilen sonuçlara göre H_4 hipotezi reddedilmiştir. Çünkü sağlık okuryazarlığındaki artış sağlık sistemlerine güvensizliği negatif yönde etkilemektedir. Varılan neticede sağlık okuryazarlığı arttıkça sağlık sistemlerine duyulan güvenin de arttığı görülmüştür.

4. TARTIŞMA

Yapılan bu araştırmada Konya ilinin Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde yaşayan vatandaşların Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sistemlerine Güvensizlik düzeylerini belirlemek ve bu ölçekler arasındaki ilişki düzeyini tespit etmek hedeflenmiştir.

Araştırmaya katılan kişilerin %56'sı (252 kişi) kadın, %44'ü (198 kişi) erkek olmak üzere toplamda 450 kişiden oluşmaktadır. 30 yaş ve üzeri katılımcıların sayısı %35,1 (158 kişi) ile %34 oranla 18-22 yaş (153 kişi) ve %30,9 oranla 23-29 yaş (139 kişi) gruplarındaki katılımcıların sayısına göre daha fazladır. Katılımcıların %65,6'sı (295) bekar, %34,4'ü (155 kişi) evlidir.

450 kişinin yanıtladığı Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nden alınan ortalama puan $\bar{x}=3,8$ olarak bulunmuştur. Ölçek ifadelerinin tamamını yanıtlayan katılımcılardan bu ölçeğe verilen en yüksek puan $\bar{x}=5$, en düşük puan ise $\bar{x}=1,93$ olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarına verilen yanıtlar incelendiğinde Eleştirel Alt Boyuta verilen puanın $\bar{x}=4,12$, diğer alt boyut puanlarından daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum katılımcıların sağlık okuryazarlığı becerilerinin tümü içinde eleştirel becerilerinin fonksiyonel ve interaktif becerilerine göre daha gelişmiş olduğunu ifade etmektedir.

Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği puanları incelendiğinde 450 katılımcının puanlarının ortalaması $\bar{x}=2,91$ olarak bulunmuştur. İfadelere hatasız şekilde cevap veren katılımcılardan en yüksek ortalama $\bar{x}=4,9$ iken, en düşük ortalamasının ise $\bar{x}=1$ olduğu görülmüştür.

Cinsiyet faktörü ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ($\bar{x}=3,92$), erkek katılımcılara ($\bar{x}=3,66$) göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yine kadınların fonksiyonel ($\bar{x}=3,51$), interaktif ($\bar{x}=4,04$) ve eleştirel ($\bar{x}=4,27$) alt boyutlarda da erkeklerden (sırasıyla $\bar{x}=3,29/ \bar{x}=3,81/ \bar{x}=3,93$) daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmüştür. Türkoğlu (2016), Kıraç ve Öztürk (2020) yaptıkları araştırmalarda kadınların sağlık okuryazarlığı seviyelerini erkeklere kıyasla daha yüksek bulmuştur. Benzer şekilde, Amerika ve Avrupa'da yapılmış olan araştırmalarda da kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu

gözlemlenmiştir (Cavanaugh ve ark 2010, Sorensen ve ark 2015). Kadınların sağlık okuryazarlığının erkeklerden yüksek olmasının sebepleri arasında; kişisel bakım ve sağlıkları konusunda daha özverili olmaları, biyolojik yapıları gereği hamilelik ve doğum sonrası süreçlerde hastane ve tedavilerle daha yakından ilişkili olmaları ve kalıplaşmış anlayışlar sebebiyle çocuk bakımı sorumluluğunu üstlenerek onların sağlıklarıyla da ilgilenmeleri sayılabilmektedir. Bu sonuçların aksine erkeklerin sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu çalışmalar da mevcuttur. Van ilinde yapılmış olan bir araştırmada erkeklerin sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuş ve bunun sebebi olarak da coğrafi konumun kültürüne bağlı olarak erkeklerin okuryazarlık oranlarının daha yüksek olması ihtimali gösterilmiştir (Beyoğlu 2019). Kosova’da yapılmış olan bir araştırmada da yine aynı şekilde erkeklerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi olarak savaş sonrası Kosova’nın zaten düşük bir sosyoekonomik düzeye sahip olduğunu ve buna bağlı olarak da en çok dezavantajlı grupların (kadınlar, çocuklar, yaşlılar vb.) olumsuz etkilendiğini göstermiştir (Kamberi ve ark 2013).

Cinsiyet faktörü ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçlarında katılımcıların cinsiyetlerinin, onların sağlık sistemlerine olan güven düzeylerini etkilemediği görülmüştür. Yapılmış olan araştırmalarda da bu sonuçlara paralel şekilde, cinsiyet ve sağlık sistemlerine güvensizlik arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (Rose ve ark 2004, Armstrong ve ark 2006, Göde ve Kuşcu 2022).

Katılımcıların medeni durumları ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına bakıldığında, medeni durumun genel ölçek puanını etkilemese de fonksiyonel alt boyutu etkilediği ve bekarların fonksiyonel sağlık okuryazarlığının ($\bar{x}=3,49$), evli ($\bar{x}=3,27$) olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Afyonkarahisar’da yapılan bir çalışmada bekar katılımcıların evli olanlara göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun sebebi olarak da bekar katılımcıların daha genç yaşta ve öğrenim düzeyi yüksek kişilerden oluşması ve evli kişilerin daha yoğun hayat şartlarından dolayı okuma ve sosyalleşme fonksiyonlarından uzak kalıyor olmaları gösterilmiştir (Alagöz Ekti 2020). Türkoğlu (2016) ve Beyoğlu (2019) yapmış oldukları çalışmalarda da buna benzer sonuçlara ulaşmışlardır. Literatürde bu durumun aksine evli bireylerin, bekar

olanlara göre sağlık okuryazarlığının daha yukselendiği çalışmalar da mevcuttur (imen ve Bayık Temel 2017, Bulun Yediyıldız 2021). Evli kişilerin sağlıklı olmak açısından kendilerini daha fazla sorumluluk sahibi hissetmeleri ve eşlerin hastalık ve tedavi süreçlerinde birbirlerine destek olmaları onların sağlık okuryazarlığı seviyelerini yükseltecek faktörlerden sayılabilir. Aynı zamanda ocuk sahibi olan kişilerin hem kendi sağlıklarını hem de çocuklarının sağlıklarını korumak maksadıyla bu konu hakkında daha titiz davranmaları da sağlık okuryazarlığı düzeylerini arttıran faktörlerden biri olarak değerlendirilebilir.

Katılımcıların medeni durumları ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik lği arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına bakıldığında, bekar ya da evli olma durumlarının sağlık sistemlerine duydukları güven üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış olan bir araştırma sonucunda da medeni durum ve sağlık sistemine güvensizlik arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Gupta ve ark 2014).

Araştırmaya katılanların kronik hastalığı olup olmama durumları ile Sağlık Okuryazarlığı lği ve alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre katılımcıların herhangi bir kronik hastalığa sahip olmaları veya olmamaları durumunun onların sağlık okuryazarlığı seviyelerini etkilemediği gözlemlenmiştir. Türkoğlu (2016) tarafından yürütülmüş olan çalışmada da sağlık okuryazarlığı ve kronik hastalık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu konu ile ilgili yapılmış olan diğer araştırmalar incelendiğinde Beyoğlu (2019) alışmasında diyabetes mellitus ve hipertansiyon gibi kronik hastalığa sahip kişilerin, kronik hastalığı olmayan kişilere göre sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Akpınar (2019) alışmasında, katılımcıların kronik hastalık durumları ile TSOY 32 lği aracılığıyla sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmüş ve kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha düşük olduğunu gözlemlemiştir. Bu durumu, kronik hastalığı olmayan gruptaki kişilerin yaş ortalamalarının daha düşük, eğitim seviyelerinin ise daha yuksel olması ile ilişkilendirmiştir. Temel olarak kronik hastalığa sahip kişilerle yürütülen çalışmada kronik hastalığa/hastalıklara sahip kişilerin genellikle sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahip oldukları gözlemlenmiştir (Dost ve zsoy Durmaz 2022). Ankara'da yapılan bir çalışmada da

kronik hastalığa sahip olan kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Aktürk Oğulluk 2019). Benzer şekilde Çiftçi'nin (2015) çalışmasında da kronik hastalığı olan kişilerin sağlık okuryazarlığı puanları anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Bunun sebebinin sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek olan kişilerin sağlık hizmetlerini etkin kullanması ve sağlık bakım ihtiyaçlarının da farkında olmaları bu sayede çeşitli hastalıklara yakalanma ihtimallerinin düşmesi olabileceği düşünülmüştür. Çeşitli ülkelerde; KOAH, hiperkolesterolemi, kronik böbrek hastalığı, diyabet, kalp yetmezliği gibi farklı kronik hastalıklara sahip kişilerle yapılan araştırma sonuçlarında da kronik hastalığa sahip olan kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin, sağlıklı kişilere göre daha yetersiz olduğu gözlemlenmiştir (Gazmararian ve ark 2003; Sadeghi ve ark 2013; Hagger ve ark 2018; Jovanić ve ark 2018; Taylor ve ark 2018).

Araştırmaya katılanların kronik hastalığı olup olmama durumları ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği arasında yapılan bağımsız gruplarda t testinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kişilerin kronik hastalığının olup olmaması onların güvensizlik düzeyleri üzerinde herhangi bir değişim yaratmamaktadır. Göde ve Kuşcu (2022) tarafından yürütülmüş çalışma da bu sonucu destekleyecek niteliktedir. Kanada da yapılmış bir başka çalışmada da kişilerin kronik hastalığı ve güvensizlik durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Lourenco ve ark 2008).

Katılımcıların ailelerinde kronik hastalığı bulunan kişi olup olmama durumları ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları incelendiğinde katılımcıların ailesinde kronik hastalığa sahip bireyin/bireylerin bulunup bulunmaması, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkilememektedir. Literatür incelendiğinde, bu sonuçları destekleyecek ya da aksine sonuç verebilecek bir araştırmaya rastlanılmamıştır.

Katılımcıların ailelerinde kronik hastalığı bulunan kişi olup olmama durumları ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre katılımcıların ailesinde kronik hastalığa sahip birey bulunması ya da bulunmaması, katılımcıların sağlık sistemlerine güven düzeyleri üzerinde etkili değildir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde bu bulguyu destekleyecek veya aksine sonuç verecek bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Yaş faktörü ile Sağlık Okuryazarlığı ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 18-22 yaş grubunda $\bar{x}=3,91$ ve 23-29 yaş grubunda $\bar{x}=3,86$ olan ortalama, 30 yaş ve üzeri ($\bar{x}=3,66$) kişilerin ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yine yaş faktörü ile fonksiyonel alt boyut arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. 18-22 yaş ($\bar{x}=3,69$) ve 23-29 yaş ($\bar{x}=3,48$) gruplarındaki kişilerin 30 yaş ve üzeri ($\bar{x}=3,10$) kişilere göre fonksiyonel sağlık okuryazarlıklarının daha yeterli olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde ulaşılan sonuçlar da bu durumu destekler niteliktedir. Kişilerin yaşları arttıkça eğitim süresinde geçirilen vaktin azalması, daha az teknoloji kullanımı ve yaş ile beraber fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda azalmalar onların sağlık okuryazarlık seviyelerinin daha düşük gözlemlenmesinin sebeplerinden olabilmektedir. Daha önce ülkemizde yapılan araştırmalardan da bu sonuçları destekleyecek nitelikte benzer sonuçlar mevcuttur (Öncü ve ark 2020; Yeşildal ve Kaya 2021). Tayvan’da yapılmış olan bir araştırmada 60 yaş üstü kişilerin işlevsel ve iletişimsel sağlık okuryazarlığı seviyelerinin diğer yaş gruplarına kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Yeh ve ark 2018). Çeşitli ülkelerde yürütülmüş olan çalışmalarda da artan yaş oranlarının, kişilerin sağlık okuryazarlık seviyesi toplam puanlarının ve/veya ölçeklerin alt boyutlarından alınan puanların düşmesine neden olduğu görülmüştür (Shibuya ve ark 2011; Jeong ve Kim 2016).

Yaş faktörü ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği arasında yapılan ANOVA testinde katılımcıların yaşları ile sağlık sistemlerine duydukları güven arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak Göde ve Kuşcu’nun (2022) çalışması incelendiğinde 22 yaş üstü katılımcıların, 22 yaş altı katılımcılara göre sağlık sistemlerine güvensizlik puanlarının azaldığı görülmüştür. Bunun sebebi olarak ise artan yaşa paralel olarak artması muhtemel eğitim seviyesi sebebiyle güvensizliğin azaldığı düşünülmektedir. Bunun aksine Armstrong ve arkadaşları (2006) tarafından yapılmış olan çalışmada ise 31-60 yaş arasındaki bireylerin sağlık sistemlerine güvensizliğinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun sebebi olarak ise genç bireylerin daha az sağlık sistemi başvurusundan ve daha az olumsuz deneyim yaşamasından kaynaklı olabileceği gösterilmiştir. Gupta ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada da 65 yaşın altındaki katılımcıların sağlık sistemine güvensizlik ihtimallerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Kişilerin yaş farklarından kaynaklı memnuniyet düzeylerinin, onların içinde bulunduğu kuşağın yaşantı ve

alışkanlıkları sebebiyle de değişim gösterebileceği düşünülebilir. Yapılan araştırmalar “Baby Boomer” kuşağı ve sonrasında doğan nesillerin güven düzeyinin giderek azaldığını ve genel olarak yüksek düzeyde hoşnutsuzluk sergilediklerini ortaya koymuştur (Robinson ve Jackson 2001).

Kişilerin öğrenim durumları ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testinin sonuçlarına göre lise ve altında öğrenim seviyesine sahip kişilerin ($\bar{x}=3,60$); önlisans mezunu ($\bar{x}=3,95$), lisans mezunu ($\bar{x}=3,84$) ve lisansüstü ($\bar{x}=3,91$) mezunlarına göre daha düşük sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durum genellikle kişilerin öğrenim düzeyine paralel olarak doğru okuma, anlama ve yorumlama becerilerinin de yükselmesi ile açıklanabilir. Aynı zamanda kişilerin değişen öğrenim durumları, onların eleştirel sağlık okuryazarlığı seviyelerinin de farklılaşmasına sebep olmuştur. Lise ve altında öğrenim durumuna sahip kişilerin ($\bar{x}=3,83$); önlisans ($\bar{x}=4,29$), lisans ($\bar{x}=4,17$) ve lisansüstü ($\bar{x}=4,32$) öğrenim durumlarına sahip kişilerden daha yetersiz bir eleştirel sağlık okuryazarlığı becerisine sahip oldukları tespit edilmiştir. Daha fazla öğrenim düzeyine sahip kişilerin, aldıkları öğrenim ile beraber durumlara bakış açıları ve eleştirel düşünme kabiliyetleri de gelişmiştir. Daha fazla şey bilen kişilerin sorgulama eğilimleri de artış göstermiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında yapılan araştırmada genel olarak eğitim düzeyi düşük katılımcıların sağlık okuryazarlıklarının düşük, eğitim seviyesi yüksek katılımcıların sağlık okuryazarlıklarının da yüksek olduğu gözlemlenmiştir (TC Sağlık Bakanlığı 2016). Paasche-Orlow ve Wolf (2007) tarafından yapılan araştırmada düşük okuryazarlığa sahip bireylerin sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duydukları, bu sebeple daha kötü sağlık çıktılarına sahip oldukları ve sağlık okuryazarlığı seviyelerinin de daha düşük olduğu belirtilmiştir. 2016 yılında Güney Kore’de yapılmış çalışma sonucu da düşük eğitim seviyelerinin yetersiz sağlık okuryazarlığına sebep olduğunu ortaya koymaktadır (Jeong ve Kim 2016). Bir diğer araştırma sonucu da daha az yıl eğitim görmüş kişilerin sağlık okuryazarlığının daha düşük seviyede olduğunu göstermektedir (Cavanaugh ve ark 2010). İran’ın İsfahan eyaletinde yürütülen çalışmada katılımcıların eğitim düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Kişilerin eğitim düzeyleri ne kadar yüksekse sağlık okuryazarlığı seviyelerinin de o oranda yükseldiği tespit edilmiştir (Chajae ve ark 2018).

Öğrenim durumları ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği arasında yapılan ANOVA testinin sonuçlarında kişilerin öğrenim sürelerinin artmasının, onların sağlık sistemlerine duydukları güveni etkilemediği görülmüştür. Armstrong (2006) ve Gupta (2014) tarafından yapılmış olan çalışmalarda da böyle bir ilişkinin varlığına rastlanılmamıştır. Rose ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu çalışmada ise eğitilmiş bireylerde sağlık sistemlerine güvensizliğin daha fazla olduğu görülmüştür.

Gelir durumu ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testine göre katılımcıların gelir düzeylerinin, onların sağlık okuryazarlığı seviyeleri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir. Ancak Paasche-Orlow ve arkadaşları (2005) tarafından araştırma sonuçlarında düşük sağlık okuryazarlığının, düşük gelirle ilişkilendirilebileceği belirtilmiştir. Yapılmış bir diğer araştırma sonucuna göre düşük gelir düzeyi bildiren katılımcıların, yüksek gelir düzeyi bildiren katılımcılara oranla daha düşük ortalama TOFHLA puanlarına sahip oldukları gözlemlenmiştir (Kamberi ve ark 2013). Birleşik Krallık'ta sınırlı işlevsel sağlık okuryazarlığının yaygınlığını ölçmek için 759 kişiyle yürütülmüş bir çalışmanın sonucuna göre yıllık kişisel geliri 10.000 Sterlin'den az olan katılımcıların, geliri bu miktardan fazla olan katılımcılara göre sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorisine girme oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (von Wagner ve ark 2007).

Gelir durumu ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği arasında yapılan ANOVA testine göre katılımcıların gelir seviyesiyle güven düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Gupta (2014) tarafından yapılmış olan çalışmada da gelir ve güvensizlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların yaşadıkları yer ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testine göre Selçuklu ($\bar{x}=3,90$) ilçesinde yaşayan kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri, Karatay ($\bar{x}=3,65$) ilçesinde yaşayan kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyelerine göre anlamlı olarak daha yüksektir. Aynı şekilde Selçuklu ilçesinde yaşayan kişilerin hem fonksiyonel hem de eleştirel alt boyutlarda Karatay ilçesinde yaşayanlara göre daha yeterli bir beceriye sahip oldukları görülmektedir. Bu durumun sebebi olarak Selçuklu ilçesinde iki adet üniversite olması, genç nüfusunun daha fazla olması, sosyo-ekonomik düzeyinin Karatay ilçesine göre daha yüksek olması gibi faktörler sıralanabilir.

Katılımcıların yaşadıkları yer ile Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği arasında yapılan ANOVA testine göre kişilerin sağlık sistemine güvensizlik düzeylerini, yaşadıkları ilçelere göre sınıflandırmanın mümkün olmadığı görülmüştür. İlgili literatür incelendiğinde kişilerin yaşadıkları yere bağlı olarak sağlık sistemlerine güven düzeylerini inceleyen başka bir çalışma bulunamamıştır.

Araştırmanın son kısmına gelindiğinde ise kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri ile sağlık sistemlerine güvensizlikleri arasında negatif yönde anlamlı düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Kişilerin sağlık okuryazarlığındaki artış, sağlık sistemlerine daha fazla güven duymalarını sağlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı yüksek kişiler, yönerge ve talimatlara daha fazla uyum gösterdikleri ve sağlıkları konusunda daha özenli davrandıkları için sağlık sistemi içerisinde olumsuz durumlarla karşılaşma ihtimalleri de nispeten azalmaktadır. Sağlık sistemindeki işleyişin verimli kısmında yer alan bu kişilerin de sisteme karşı düşüncelerinin daha olumlu olması beklenen bir durumdur. Diğer yandan kendi sağlıklarına dikkat etmediği halde ek olarak tedaviden kaçınan/yarım bırakan, ilaç uyumu düşük ve bilinçsiz kişilerin daha fazla sorunla karşılaştıkları da incelenen çalışmalarca gözlemlenmiştir. Sık sık olumsuzluklarla karşılaşan kişilerin ise sisteme karşı olumlu bir tutum içerisinde olup güven duymalarını beklemek olanaksızdır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Son yıllarda adından söz ettirmeye başlayan sağlık okuryazarlığı kavramı; sağlık sisteminde, politikasında ve planlamasında büyük önem arz etmektedir. Artan sağlık okuryazarlığı oranları ile sağlık sisteminin daha etkili ve verimli kullanılması amaçlanmaktadır. Araştırmada kişilerin cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu gibi demografik farklılıklarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde etkili olduğu gözlemlenmiştir. Aynı zamanda kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri arttıkça, sağlık sistemlerine duydukları güvenin de arttığı tespit edilmiştir. Sağlık sistemine güven duyan hastaların daha olumlu bir hasta profili sergiledikleri açıktır. Bu kişiler sistemde verimliliğin artmasına yardımcı olur. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık sistemine güveni yüksek hastalar, politika yapıcılarla/sağlık sistemiyle karşılıklı etkileşimde etkin bir taraf rolü üstlenerek sistemde yapılacak değişikliklere ve iyileştirmelere katkı sağlarlar.

Elde edilen veriler ışığında kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin yükseltilmesine ve sağlık sistemlerine güvenlerinin artırılmasına yönelik politika yapıcılar için öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik; eğitim kurumlarında, mesleki eğitimlerde ve toplumsal eğitimlerde; bilgilendirme, öğretim ve uygulama çalışmaları yapılabilir.
- Sağlık okuryazarlığının büyük bir etkeni olan çevre faktörünün olumsuz etkilerini en aza indirmek için (ekonomik, hijyenik, sosyo-kültürel vb.) iyileştirme çalışmaları yapılabilir.
- Güveni çokça etkileyen sağlıkta iletişimi güçlendirebilmek için, özellikle hasta ve sağlık personellerinin karşılaştığı ortamlar hakkında düzenlemeler yapılabilir.
- Hasta ve sağlık sistemi temsilcilerinin daha sağlıklı irtibat kurabilmeleri, beklenti ve taleplerini iletebilmeleri için ortak bir platform oluşturulabilir.

Yapılan literatür taraması sonucunda sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalara sıkça rastlanırken, sağlık sistemlerine güven/güvensizlik hakkında çalışmaların çok yetersiz kaldığı gözlemlenmiştir. Alanda çalışma yapmak isteyen akademisyenlere ve diğer kişilere bu konuya yönelik çalışmalar tavsiye edilmekle beraber diğer öneriler de aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Kişilerin sağlık okuryazarlığı seviyeleri ile sağlık sistemlerine güven düzeylerinin ve bu başlıkları etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik daha geniş çaplı araştırmalar yapılabilir.
- Hasta ve sağlık çalışanlarının karşı taraftan beklenti ve tutumlarını tespit edebilmek amacıyla saha çalışmaları yapılabilir.
- Sağlık hizmeti alıcısı ve sunucusu arasındaki iletişim düzeyi ile sağlık sistemlerine güven düzeylerinin birlikte incelendiği daha kapsamlı çalışmalar yapılabilir.
- Farklı toplumlarda ve ülkelerde kişilerin sağlık okuryazarlığı veya sağlık sistemlerine güven düzeyleri ile ülkemizdeki mevcut durum arasında karşılaştırmalar yapıp, etkileyen faktörler incelenebilir.



6. KAYNAKLAR

- Abelson J, Miller FA, Giacomini M, 2009. What does it mean to trust a health system? A qualitative study a Canadian health care values. *Health Policy*, 91(1), 63-70.
- Addae D, 2021. Adults who learn: Evaluating the social impact of an adult literacy project in rural South Africa. *Social Sciences and Humanities Open*, 3(1).
- Akpınar ÖF, 2019. Erişkin hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımı üzerine etkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul.*
- Aktaş H, 2018. Sağlık ve eğitimi değerlendirmede bir ölçme aracı; sağlık okuryazarlığı. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1(1), 12-16.
- Aktürk Oğulluk Z, 2019. Sosyodemografik özellikler ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık anksiyetesi üzerine etkisinin araştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.*
- Alagöz Ekti Z, 2020. Aile sağlığı merkezine kayıtlı kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel sağlık taramaları ve sağlık algısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyonkarahisar.*
- Aldemir A, 2003. Bilgiye erişimde yeni yaklaşım: Bilgi okuryazarlığı. *ÜNAK '03: Bilgiye Erişimde Değişen Yollar ve II. Tıbbi Bilgi Yönetimi ve Teknolojileri Sempozyumu*, 25-26 Eylül, Ankara.
- Alpers LM, 2018. Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. *Nursing Ethics*, 25(3), 313-23.
- Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E, 2015. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. *Sakarya Yayıncılık, Sakarya*, 137.
- American Medical Association, 1999. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs, *The Journal of the American Medical Association*, 281, 552-57.
- Andrus MR, Roth MT, 2002. Health literacy: a review. *Pharmacotherapy*, 22(3), 282-302.
- Aras Z, Bayık Temel A, 2017. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2), 85-94.
- Armstrong K, Rose A, Peters N, Long JA, McMurphy S, Shea JA, 2006. Distrust of the health care system and self-reported health in the United States. *J Gen Intern Med*, 21(4), 292-97.
- Arozullah M, Yarnold PR, Bennett CL, Soltysik RC, Wolf MS, Ferreira RM, Lee SY, et al., 2007. Development and validation of a short-form, rapid estimate of adult literacy in medicine. *Medical Care*, 45(11), 1026-33.
- Aşıcı M, 2009. Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 7(17), 9-26.
- Atıcı E, 2007. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(2), 91-96.
- Ayaz-Alkaya S, Dülger H, 2021. Fear of coronavirus and health literacy levels of older adults during the COVID-19 pandemic. *Geriatric Nursing*, 11 Kasım 2021(Çevrimiçi olarak mevcut).
- Aytaç Ö, Kurdaş MÇ, 2015. Sağlık-hastalığın toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-50.
- Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, 1998. Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13(12), 791-8.
- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al., 2004. Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 215-20.

- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J, 2007. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med.*, 167(14), 1503-09.
- Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B, 2014. Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-26.
- Bass PF, Wilson JF, Griffith CH, 2003. A shortened instrument for literacy screening. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1036-8.
- Bayat B, 2014. Uygulamalı sosyal bilim araştırmalarında ölçme, ölçekler ve “Likert” ölçek kurma tekniği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(3), 1-24.
- Bayın G, 2016. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sürecinde hasta ve toplum katılımının rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 458-66.
- Baykul Y, 1999. İstatistik Metotlar. Anı Yayıncılık, Ankara.
- Berkman ND, Davis TC, McCormack L, 2010. Health literacy: What is it?. *Journal of Health Communication International Perspectives*, 15, 1-19.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al., 2011. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence report/technology assessment*, 199, 1-941.
- Beyoğlu MM, 2019. Diyabetes mellitus veya hipertansiyonu olan yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı, endişe ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Van.*
- Börü D, İslamoğlu G, Birsnel M, 2007. Güven: bir anket geliştirme çalışması. *Öneri Dergisi*, 7(27), 49-59.
- Bulakbaşı M, 2015. Sağlık tanımı, sağlık hizmetleri, Türk sağlık sistemi. Erişim tarihi, 31.10.2021. Erişim adresi, <https://neu.edu.tr/wp-content/uploads/2015/11/Sa%C4%9F1%C4%B1k-Tan%C4%B1m%C4%B1-Sa%C4%9F1%C4%B1k-Hizmetleri-T%C3%BCrk-Sa%C4%9F1%C4%B1k-Sistemi.pdf>
- Bulun Yediyıldız M, 2021. Preoperatif hasta anksiyete düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya.*
- Can İ, 2019. Güveni nasıl tanımlayabiliriz? Ya da sosyal bilimlerin konusu olarak güven. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.*
- Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, et al., 2010. Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. *Journal of the American Society of Nephrology*, 21(11), 1979-85.
- Cavlak H, 2021. Etkinlik, etkililik, verimlilik, karlılık, performans: kavramsal bir çerçeve ve karşılaştırma. *Journal of Research in Business*, 6(1), 99-126.
- Çarıkcı F, 2019. Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin sağlığın sosyal belirleyicileri hakkındaki bilgilerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
- Chahardah-Cherik S, Gheibizadeh M, Jahani S, Cheraghian B, 2018. The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 6(1), 65-75.
- Chajae F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, Mostafavi F, 2018. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electron Physician*, 10(3), 6470-77.
- Çiftçi Kİ, 2015. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık bakım hizmetlerinin belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.*
- Çimen Z, Bayık Temel A, 2017. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-25.

- Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, Bairnsfather LE, 1991. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients, *Family Medicine*, 23(6), 433-5.
- Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, Crouch MA, 1993. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25(6), 391-5.
- Dean LT, Moss SL, McCarthy AM, Armstrong K, 2017. Healthcare system distrust, physician trust, and patient discordance with adjuvant breast cancer treatment recommendations. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 26(12), 1745-52.
- Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP, 2004. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-39.
- Dinç L, Korkmaz F, Karabulut E, 2013. A validity and reliability study of the multidimensional trust in health-care systems scale in a Turkish patient population. *Social Indicators Research*, 113(1), 107-20.
- Dost A, Özsoy Durmaz M, 2022. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 652-66.
- Durmuş V, 2021. Differences in health literacy level of patients from public and private hospitals: a cross-sectional study in Turkey. *Public Health*, 200, 77-83.
- Dümenci L, Matsuyama RK, Kuhn L, Perera RA, Siminoff LA, 2013. On the validity of the rapid estimate of adult literacy in medicine scale as a measure of health literacy. *Communication Methods and Measures*, 7(2), 134-43.
- Egede LE, Ellis C, 2008. Development and testing of the multidimensional trust in health care systems scale. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 808-15.
- Eichler K, Wieser S, Brügger U, 2009. The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313-24.
- Ekinci Y, 2020. Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. *Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.*
- Ertong Attar G, 2018. Trust in the health system: the case of cardiology patients in Turkey. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22(2), 961-76.
- Ertong G, 2011. Sağlık sisteminde hekim hasta ilişkisi ve güven unsuru. *Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.*
- Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, et al., 2004. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians?. *Medical Care*, 42(11), 1049-55.
- Fortenberry JD, McFarlane MM, Hennessy M, Bull SS, Grimley DM, Lawrence ST, 2001. Relation of health literacy to gonorrhoea related care. *Sex Transm Inf*, 77(3), 206-11.
- Frankel K, Becker B, Rowe M, Pearson PD, 2016. From “What is reading?” to what is literacy?. *Journal of Education*, 196(3), 7-17.
- Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al., 2007. The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 29-36.
- Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW, 2003. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 267-75.
- Gille F, Smith S, Mays N, 2014. Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention. *Journal of Health Services Research and Policy*, 20(1), 62-64.
- Göde A, Kuşcu FN, 2022. E-Nabız sistemi kullanımının sağlık sistemlerine güvensizlik üzerine etkisinin incelenmesi: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Journal of Academic Value Studies*, 8(1), 37-46.
- Gözlü K, 2018. Sağlık okuryazarlığı ve hekim-hasta iletişiminin kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi: aile sağlığı merkezleri örneği. *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.*

- Gupta C, Bell SP, Schildcrout JS, Fletcher S, Goggins KM, Kripalani S, 2014. Predictors of healthcare system and physician distrust in hospitalized cardiac patients. *Journal of Health Communication*, 19(2), 44-60.
- Gülcemal E, Keklik B, 2016. Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: Isparta ili örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 64-87.
- Güven A, 2016. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Hagger MS, Hardcastle SJ, Hu M, Kwok S, Lin J, Nawawi HM, et al, 2018. Health literacy in familial hypercholesterolemia: A cross-national study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(9), 936-43.
- Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK, 2001. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?. *The Milbank Quarterly*, 79(4), 613-39.
- Hall MA, Camacho F, Dugan E, Balkrishnan R, 2002. Trust in the medical profession: Conceptual and measurement issues. *Health Services Research*, 37(5), 1419-39.
- Hanson-Divers EC, 1997. Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. *Journal of Health Care For the Poor and Underserved*, 8(1), 56-69.
- Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M, 2018. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 394.
- Jeong SH, Kim HK, 2016. Health literacy and barriers to health information seeking: A nationwide survey in South Korea. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1880-87.
- Jovanić M, Zdravković M, Stanisavljević D, Jović Vraneš A, 2018. Exploring the importance of health literacy for the quality of life in patients with heart failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1761-73.
- Kale Aktaş H, 2021. Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının ve sağlık algısının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul.
- Kamberi H, Hysa B, Toçi E, Jerliu N, Qirjako G, Burazeri G, 2013. Functional health literacy among primary health care users in transitional Kosovo. *Journal of the Academy of Medical Archives*, 67(3), 209-11.
- Karakaya Ç, Sümer FE, Demir ZG, Durmaz E, 2021. Is communication a receipt for doctors? The relationship between communication competence and trust: a research on breast patients. *Türkiye İletişim Araştırmaları Dergisi*, 37, 92-108.
- Kavuncuoğlu D, 2020. Erzurum il merkezinde yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkili faktörler. Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum.
- Keefe EB, Copeland SR, 2011. What is literacy? The power of a definition. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 36(3), 92-99.
- Kendir Çopurlar C, Kartal M, 2016. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 42-47.
- Kıraç R, Öztürk YE, 2020. Halkın sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişki. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 23(2), 214-243.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, 2017. Health literacy: the solid facts. World Health Organization Regional Office for Europe. Erişim tarihi, 13.01.2023. Erişim adresi, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Kim SH, 2009. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 18-16, 2337-43.

- Koca GŞ, Eriğüç G, 2021. Hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi: hastaların bakış açısıyla ölçmeye yönelik bir ölçek geliştirme çalışması. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19, 186-202.
- Kurudayıoğlu M, Tüzel S, 2010. 21. Yüzyıl okuryazarlık türleri, değişen metin algısı ve Türkçe eğitimi. *Türklük Bilimi Araştırmaları Dergisi*, 28, 283-98.
- LaVeist TA, Nickerson KJ, Bowie JV, 2000. Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among African American and white cardiac patients. *Medical Care Research and Review*, 57(1), 146-61.
- Lourenco MT, Walsh A, Boon H, Al-Khabouri M, Brandwein J, Gupta V, et al, 2008. Superstition but not distrust in the medical system predicts the use of complementary and alternative medicine in a group of patients with acute leukemia. *Leuk Lymphoma*, 49(2), 339-41.
- Matterne U, Egger N, Tempes J, Tischer C, Lander J, Diersk M, et al., 2021. Health literacy in the general population in the context of epidemic or pandemic coronavirus outbreak situations: rapid scoping review. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 223-34.
- McCray AT, 2005. Promoting health literacy. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(2), 152-63.
- McKnight DH, Chervany NL, 2000. What is trust? A conceptual analysis and an interdisciplinary model. *AIS Electronic Library*, Erişim tarihi, 12.11.2021. Erişim Adresi, <https://aisel.aisnet.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1876&context=amcis2000>
- Mechanic D, Schlesinger M, 1996. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA*, 275(21), 1693-97.
- Mechanic D, Meyer S, 2000. Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science and Medicine*, 51(5), 657-68.
- Mohammadkhah F, Shamsalinea A, Shirinkam F, Daneshnia M, Mahmoudian A, et al., 2021. Exploring COVID-19 anxiety in Iranian adult based on health literacy by moderating demographic variables: a structural equation model. *Heliyon*, 7(6).
- Mohseni M, Lindstrom M, 2007. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study. *Social Science and Medicine*, 64(7), 1373-83.
- Musa D, Schulz R, Harris R, Silverman M, Thomas SB, 2009. Trust in the health care system and the use of preventive health services by older black and white adults. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1293-99.
- Nal M, 2021. Türkiye'de sağlık hizmetleri sistemine güven. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 1-10.
- Nielsen-Bohlman L, Panzer MA, Kindig DA, 2004. *Health literacy: a prescription to end confusion*, Institute of Medicine, National Academies Press, Washington.
- Njeru JW, Hagi-Salaad MF, Haji H, Cha SS, Wieland ML, 2016. Diabetes health literacy among Somali patients with diabetes mellitus in a US primary care setting. *J Racial Ethn Health Disparities*, 3(2), 210-16.
- Nutbeam D, 1998. The WHO health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-64.
- Nutbeam D, 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-67.
- Oguro N, Yajima N, Miyawaki Y, Yoshimi R, Shimojima Y, Sada K, et al, 2022. Impact of communicative and critical health literacy on trust in physicians among patients with systemic lupus erythematosus: the TRUMP²-SLE project. *The journal of rheumatology*, November.
- Ozawa S, Sripad P, 2013. How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine*, 91, 10-14.

- Önal İ, 2010. Tarihsel değişim sürecinde yaşam boyu öğrenme ve okuryazarlık: Türkiye deneyimi. *Bilgi Dünyası*, 11(1), 101-21.
- Öncü E, Vayisoğlu SK, Güven Y, Aktaş G, Ceyhan H, Karakuş E, 2020. Bir il örneğinde hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. *Turk J Public Health*, 18(1), 10-25.
- Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N, 2010. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-77.
- Özdemir SM, 2011. Toplumsal değişme ve küreselleşme bağlamında eğitim ve eğitim programları: kavramsal bir çözümleme. *Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(1), 85-110.
- Özer Ö, 2021. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörler. *Uzmanlık Tezi*, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzincan.
- Özkan O, 2017. Sağlık hizmetlerinde hasta odaklı yaklaşım: hasta katılımı. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(2), 1759-70.
- Öztaş Ö, 2018. Yaşlı bireylerin ilaç kullanımını konusundaki bilgi ve davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Öztürk EU, 2018. Sağlık okuryazarlığı ve önemi. *Biruni Sağlık ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, Erişim tarihi, 09.11.2021. Erişim adresi, <https://openaccess.biruni.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12445/114#sthash.KfDBcieL.B3Q1bQ6J.dpbs>
- Özvarış Ş, Doğan B, Çaman Ö, Ünlü H, Doğan N, Gelbal S, Sakarya S, 2018. Türkiye’de erişkin yaş grubuna özgü sağlık okuryazarlık ölçeği. *Hacettepe Üniversitesi, Ankara*.
- Paasche-Orlow Mk, Riekert KA, Bilderback A, Chanmugam A, Hill P, Rand CS, et al., 2005. Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. *Am J Respir Crit Care Med*, 172(8), 980-86.
- Paasche-Orlow MK, Wolf MS, 2007. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behaviour*, 31(1), 19-26.
- Platt JE, Jacobson PD, Kardia SL, 2017. Public trust in health information sharing: a measure of system trust. *Health Services Research*, <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12654>
- Rasiah S, Jaafar S, Ponnudurai G, Yusof S, 2020. A study of the nature and level of trust between patients and healthcare providers, its dimensions and determinants: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 10(1), 1-5.
- Read L, Korenda L, Nelson H, 2021. Rebuilding trust in health care. Erişim tarihi, 13.02.2023. Erişim adresi, <https://www2.deloitte.com/us/en/insights/industry/health-care/trust-in-health-care-system.html>
- Robinson RV, Jackson EF, 2001. Is trust in others declining in America? An age-period-cohort analysis. *Social Science Research*, 30(1), 117-45.
- Rose A, Peters N, Shea JA, Armstrong K, 2004. Development and testing of the health care system distrust scale. *Journal of General Internal Medicine*, 19(1), 57-63.
- Rowe R, Calnan M, 2006. Trust relations in health-care the new agenda. *The European Journal of Public Health*, 16(1), 4-6.
- Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K, 2004. *Literacy and health in America*. Princeton, Educational Testing Service.
- Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R, 2013. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(1), 72-78.
- Saefer RS, Keenan J, 2005. Health literacy: the gap between physicians and patients. *American Family Physician*, 72(3), 463-68.

- Saka G, 2018. Halk sağlığı bakış açısıyla sağlık ve hastalıkların belirleyicileri. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi. Erişim tarihi, 30.10.2021. Erişim adresi, https://www.dicle.edu.tr/Dosya/2018-09/sagligin-belirleyicileri_1060.PDF
- Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW, 2002. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5), 395-404.
- Sezer A, Kadioğlu H, 2014. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 165-70.
- Sezgin D, 2013. Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi, Özel sayı 3*, 73-91.
- Somunoğlu S, 1999. Kavramsal açıdan sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(1), 51-62.
- Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Marka H, 2012. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agraftotis D, vd., 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-58.
- Sorensen K, 2020. Health literacy is an emerging strategic priority in national cancer control plans in the EU. *Journal of Cancer Policy*, 26.
- Straten GFM, Friele RD, Groenewegen PP, 2002. Public trust in Dutch health care. *Social Science and Medicine*, 55(2), 227-34.
- Street B, 2016. Learning to read from a social practice view: Ethnography, schooling and adult learning. *Prospects Comparative Journal of Curriculum, Learning and Assessment*, 46, 335-44.
- Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, et al., 2013. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18(5), 407-15.
- Tabachnick BG, Fidell LS, 2013. *Using multivariate statistics*. Pearson, Boston.
- Taş U, Yenilmez F, 2008. Türkiye’de eğitimin kalkınma üzerindeki rolü ve eğitim yatırımlarının geri dönüş oranı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(1), 155-86.
- Taylor DM, Fraser S, Dudley C, Oniscu GC, Tomson C, Ravanan R, et al., 2018. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 33(9), 1545-58.
- TC Sağlık Bakanlığı TSHGM, 2011. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik dönüm noktaları global konferanslardan bildiriler, Ankara.
- TC Sağlık Bakanlığı TSHGM, 2011. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü, Ankara.
- TC Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2016. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Ed: Okyay P, Abacıgil F. Anıl Reklam Matbaa, Ankara.
- TC Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2018. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, Özyurt Matbaacılık, Ankara.
- TDK, Türk Dil Kurumu 2021. Erişim tarihi, 28.10.2021. Erişim adresi, <https://sozluk.gov.tr/>
- Tekin A, 2007. Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur örneği). Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Teleş M, 2018. Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri ve hasta sonuçlarına etkisi: kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde bir araştırma. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Thom DH, Hall MA, Pawlson LG, 2004. Measuring patients’ trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs (Project Hope)*, 23(4), 124-32.

- Trachtenberg F, Dugan E, Hall MA, 2005. How patients' trust relates to their involvement in medical care. *The Journal of Family Practice*, 54(4), 344-52.
- Tsai T, Yu W, Lee SD, 2018. Is health literacy associated with greater medical care trust?. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(7), 514-19.
- Tuğut N, Yılmaz A, Yeşildağ Çelik B, 2021. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 103-11.
- Türkoğlu Ç, 2016. Sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi: Isparta ili örneği. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Türkoğlu N, Kılıç D, 2021. Sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 25-33.
- Türkyılmaz D, 2021. Tıbbi güven ve güvensizlik. *Başkent Üniversitesi sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 15-30.
- Usta A, 2019. Evreleri ile bilimsel araştırma süreci ve raporlaştırılması. *ASSAM International Refereed Journal*, 6(13), 85-111.
- Usta D, Korkmaz F, 2020. Trust levels in the healthcare system of the patients receiving services from tertiary care institutions in Turkey. *Cukurova Medical Journal*, 45(3), 860-70.
- Uzun Y, Çelik G, 2020. Akademisyenlerin okuryazarlık algısındaki değişimler. *Uluslararası Toplum araştırmaları Dergisi*, 15(22), 1136-56.
- Üçpunar E, 2014. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J, 2007. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*, 61(12), 1086-90.
- Wang C, Lang J, Xuan L, Li X, Zhang L, 2017. The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *Int J Equity Health*, 16(1), 58.
- White RO, Osborn CY, Gebretsadik T, Kripalani S, Rothman RL, 2013. Health literacy, physician trust and diabetes-related self-care activities in hispanics with limited resources. *J Health Care Poor Underserved*, 24(4), 1756-68.
- Yağız E, 2020. Kocaeli Üniversitesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve bu durumun akılcı ilaç kullanımıyla olan ilişkisinin incelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli.
- Yaprak B, 2020. Üçüncü basamağa başvuran hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden haberdarlığına sağlık okuryazarlığının etkisi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- Yeh J, Wei C, Weng S, Tsai C, Shih J, Shih C, et al., 2018. Disease-specific health literacy, disease knowledge, and adherence behavior among patients with type 2 diabetes in Taiwan. *BMC Public Health*, 18(1), 1062-76.
- Yeşildal M, Erişen MA, Kırac R, 2020. Sağlık sistemlerine güvensizlik: bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 251-59.
- Yeşildal M, Kaya ŞD, 2021. Yetişkin bireylerde dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki: Konya örneği. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(2), 174-81.
- Yılmaz Kartal İB, 2019. Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesi ve ilaç uyumu ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum.
- Yılmaz M, Tiraki Z, 2016. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-47.

- Yılmazel G, Çetinkaya F, 2016. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(1), 69-74.
- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS, 2005. Understanding health literacy: an expanded model. Helath Promotion International, 20(2), 195-203.



7. EKLER

EK-A: Aydınlatılmış Onam Formu

Sizi Yunus Emre ÖZTÜRK danışmanlığında Beyzanur ÜSTÜNBAŞ tarafından yürütülen “Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararı vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ya da katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma hakkına** sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır.

Araştırma ile ilgili bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma, kişilerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık sistemlerine güvensizlik düzeylerinin demografik faktörlere göre değişip değişmediğini görmek ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık sistemlerine güvensizlik arasındaki ilişki durumunu incelemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Türü: Nicel Araştırma

Araştırmanın Öngörülen Süresi: Araştırma 01.03.2022 – 15.05.2022 tarihleri arasında yapılacaktır.

Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcısı /Gönüllü sayısı: 450

Araştırmanın Yapılacağı Yer: Konya ili; Selçuklu, Meram ve Karatay ilçeleri

Araştırmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan araştırmadan önce katılımcıya / gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve gönüllü olarak katılmam istenen araştırmanın amacını, kapsamını ve gönüllü bir katılımcı olarak üzerime düşün sorumlulukları anladım. **Araştırma ile ilgili ihtiyacım olan yazılı ve sözlü açıklama yukarıda adları belirtilen araştırmacılar tarafından yapıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

EK-B: Anket Formu

Sayın katılımcı sizden Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK danışmanlığında, Beyzanur ÜSTÜNBAŞ tarafından hazırlanan yüksek lisans tezine katkı sunmanızı talep etmekteyim. Araştırma için 4-5 dakikanızı ayırmanız yeterli olacaktır. Çalışmadan elde edilecek veriler tamamen araştırma amacıyla kullanılacak olup, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen tüm soruları eksiksiz ve size en uygun gelen seçenekleri seçerek cevaplamanızdır. Araştırma ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duymanız halinde tarafıma beyzanurustunbas@gmail.com adresinden ulaşabilirsiniz.

Genel Bilgiler:	
1. Cinsiyetiniz?	1)Erkek 2)Kadın
2. Yaşınız?	
3. Medeni durumunuz?	1)Bekar 2)Evli
4. Öğrenim durumunuz?	1)Okuryazar değil 2)İlkokul 3)Lise 4)Önlisans 5)Lisans 6)Lisansüstü
5. Ailenizin aylık gelir durumu?	
6. Kronik bir hastalığınız var mı? (Şeker, tansiyon, astım vb.)	1)Var 2)Yok
7. Ailenizde kronik hastalığı olan var mı?	1)Var 2)Yok
8. Yaşadığınız ilçe?	1)Selçuklu 2)Meram 3)Karatay

Sağlık Okuryazarlığı	1-Kesinlikle katılmıyorum 2-Katılmıyorum 3-Kararsızım 4-Katılıyorum 5-Kesinlikle katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
A. Hastane veya eczanelerdeki talimatları veya broşürleri okurken, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanı seçiniz.						
1.	Okuyamadığım materyaller var	1	2	3	4	5
2.	Yazılar okuyamayacağım kadar küçük yazılmış	1	2	3	4	5
3.	İçerikleri anlamam oldukça zor	1	2	3	4	5
4.	Talimatları ve broşürleri okumak çok uzun zaman alıyor	1	2	3	4	5
5.	Talimatları ve broşürleri okumak için birinin yardımına ihtiyaç duyuyorum	1	2	3	4	5
B. Bir hastalık tanısı alırsanız ve sizin bu hastalığa ve tedavisine ilişkin fazla bir bilginiz yoksa, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.						

6.	Çeşitli kaynaklardan bilgi toplarım	1	2	3	4	5
7.	İstediğim bilgileri elde ederim	1	2	3	4	5
8.	Edindiğim bilgileri anlamaya çalışırım	1	2	3	4	5
9.	Hastalığımla ilgili fikrimi çevremdeki insanlarla paylaşıyorum	1	2	3	4	5
10.	Edindiğim bilgileri günlük yaşantımda uyguluyorum	1	2	3	4	5
C. Bir hastalık tanısı alırsanız ve bu hastalığa ve tedavisine ilişkin bilgiler edinirseniz, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.						
11.	Bilgilerin benim için uygulanabilir olup olmadığını düşünürüm	1	2	3	4	5
12.	Bilgilerin inandırıcı olup olmadığını düşünürüm	1	2	3	4	5
13.	Bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol ederim	1	2	3	4	5
14.	Sağlığım ile ilgili kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım	1	2	3	4	5

Sağlık Sistemlerine Güvensizlik		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1-Kesinlikle katılmıyorum 2-Katılmıyorum 3-Kararsızım 4-Katılıyorum 5-Kesinlikle katılıyorum						
1.	Bilgi verilmeden üzerimde tıbbi deneylerin yapıldığını düşünüyorum	1	2	3	4	5
2.	Tıbbi kayıtlarımın gizli tutulduğunu düşünüyorum	1	2	3	4	5
3.	Sağlık sisteminden kaynaklı hatalardan her gün birçok insan ölmektedir	1	2	3	4	5
4.	Kanımı aldıklarında bana bildirmedikleri testleri yaptıklarını düşünüyorum	1	2	3	4	5
5.	Tedavi sürecimde bir hata yapılsaydı, sağlık sistemi bunu benden gizlemeye çalışırdı	1	2	3	4	5
6.	İnsanların benim onayım olmadan tıbbi kayıtlarıma erişebileceğini düşünüyorum	1	2	3	4	5
7.	Sağlık sistemi sağlığım için gerekli olanı yapmaktan çok maliyeti düşük tutmakla ilgilenmektedir	1	2	3	4	5
8.	Sağlık kurumlarından yüksek kalitede tedavi hizmeti aldığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
9.	Sağlık sistemi, hastalığımı tedavi ederken benim tıbbi ihtiyaçlarımı diğer tüm hususların üzerinde tutar	1	2	3	4	5
10.	Bazı ilaçların içinde benden gizlenen şeyler vardır	1	2	3	4	5

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE
SAĞLIK SİSTEMLERİNE
GÜVENSİZLİK ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Yazar Beyzanur Üstünbaş

Gönderim Tarihi: 21-May-2023 09:15PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 2098459178

Dosya adı: STEMLER_NE_G_VENS_ZL_K_ARASINDAK_L_K_N_N_NCELENMES_YL_TEZ.docx (173.18K)

Kelime sayısı: 22141

Karakter sayısı: 156592

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK SİSTEMLERİNE GÜVENSİZLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLIK RAPORU

% **16**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **16**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **4**

YAYINLAR

% **6**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	%4
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
4	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1
5	www.jshsr.org İnternet Kaynağı	%1
6	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
7	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
8	javstudies.com İnternet Kaynağı	<%1
9	Submitted to Selçuk Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1