



**ANKARA İLİ AKYURT İLÇESİ SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN SAPTANMASI**

Kazım Tolga ERSEN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

EYLÜL 2019

Kazım Tolga Ersen tarafından hazırlanan “Ankara ili Akyurt İlçesi Sağlık Okuryazarlığı ve Etkileyen Faktörler” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ/~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Asiye UĞRAŞ DİKMEN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Başkan : Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~

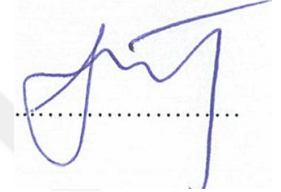


Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hülya ŞİRİN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Tez Savunma Tarihi: 13/09/2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Kazım Tolga ERSEN

13/09/2019



ANKARA İLİ AKYURT İLÇESİ SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN SAPTANMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Kazım Tolga ERSEN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Eylül 2019

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık okuryazarlığı; iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bireylerin bilgiye erişmesini, bilgiyi anlamasını, bilgiyi kullanmasını belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerdir. Sağlık okuryazarlığı; kişisel yaşam şeklini, çevresel faktörleri, sağlığıyla ilgili durum ve etkenleri değiştirerek, kişisel sağlığını ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla bilgi, beceri ve tutum düzeyine ulaşılmasıdır. Ülkemizde sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılmış az sayıda çalışma vardır ve yeterli sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Bu çalışmada; Ankara il Akyurt ilçesinde 18 yaş üstü bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Yaptığımız bu çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyinin; medeni durum, çalışma durumu, öğrenim durumu, spor yapma durumu ve genel sağlık durumu gibi faktörlerden etkilendiği, ayrıca sosyal güvence kapsamı olanlarda sağlık okuryazarlık düzeyinin daha iyi olduğu görülmüştür. Sonuç olarak; sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi, yıllar içinde takip edilebilmesi ve sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilebilmesi için bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Yapılacak bu çalışmalar sağlıkla ilgili farkındalık faaliyetleri planlanmasında ve sağlık politikaları oluşturulmasında katkı sağlayacaktır.

Bilim Kodu : 1029

Anahtar Kelimeler : sağlık okuryazarlığı, halk sağlığı, Akyurt, TSOY-32

Sayfa Adedi : 71

Danışman : Dr.Öğr. Üyesi Asiye UĞRAŞ DİKMEN

HEALTH LITERACY LEVEL AND DETERMINATION OF AFFECTING FACTORS
IN AKYURT DISTRICT OF ANKARA

(M. Sc. Thesis)

Kazım Tolga ERSEN

GAZİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

September 2019

ABSTRACT

According to the World Health Organization, health literacy; It is the cognitive and social skills that determine the motivation of individuals and the ability of individuals to access information, understand information, use information in a way that promotes and maintains good health. Health literacy in the Ministry of Health dictionary; it means achieving a level of knowledge, skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions. There are few studies on health literacy in Turkey and the level of health literacy is low. The aim of this study was to evaluate the health literacy level and the factors affecting the age of 18 years old in Akyurt district of Ankara. This is a descriptive study. In this study, the level of health literacy; marital status, working status, education status, sports status and general health status were affected by factors and people have social health founds are good at health literacy. As a result; further studies are needed to determine the health literacy level, to follow it over the years and to improve the health literacy level. These studies will contribute to the planning of health awareness activities and health policies.

Science Code : 1029

Key Words : health literacy, public health, Akyurt, TSOY-32

Page Number : 71

Supervisor : Assist. Prof. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince deneyimleri, görüş ve önerileri ile yol gösterici olan, değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr.Üyesi Asiye UĞRAŞ DİKMEN'e teşekkür ederim. Her zaman yanımda olan yüksek lisans eğitimim boyunca ufkumu açan, yol gösteren değerli hocalarım; Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN, Prof. Dr. F.Nur BARAN AKSAKAL, Prof. Dr. Sefer AYCAN ve Prof. Dr. Seçil ÖZKAN'a teşekkürü bir borç bilirim. Tezimin yazım aşamasında desteğini esirgemeyen Asis.Dr. Feyza Nur AKAN ÇELEN' e teşekkür ederim. Eğitimim süresince ve hayatımın her safhasında yanımda olan eşim Dr. Gamze ERSEN'e, kardeşim Tuğba ERSEN'e, hayatıma renk katan kızlarım Beren ERSEN ve Gökçe ERSEN'e ve bugünlere gelmemde emeği olan annem Süheyla ERSEN ve babam Şenol ERSEN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Kazım Tolga ERSEN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Okuryazarlık Nedir	3
2.2. Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları	3
2.3. Sağlık Okuryazarlığı (SOY) Kavramı.....	4
2.4. Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkili Bazı Kavramlar.....	8
2.5. Sağlık Okuryazarlığının Türkiye ve Dünya'daki Önemi	9
2.6. Sağlık Okuryazarlığının Etkileşim Alanları	12
2.7. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi.	13
2.8. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	15
2.8.1. Okuduğunu anlama testleri.....	18
2.8.2. Kelime tanıma testleri	18
2.8.3. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı testleri.....	18
2.8.4. İnfomal testler.....	18
2.8.5. Tıpta yetişkin okuryazarlığının hızlı tahmini (Rapid estimate of adult literacy in medicine, REALM)	19

2.8.6. Erişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testi (Test of functional healthy literacy in adults, TOFHLA)	21
2.8.7. En yeni yaşamsal bulgu ölçeği (Newest vital sign, NVS).....	23
2.8.8. Sağlık aktiviteleri okuryazarlığı ölçeği (Health activities literacy scale, HALS).....	24
2.8.9. Geniş aralıklı ulaşım testi (Wide range achievement test, WRAT).....	25
2.8.10. Avrupa sağlık okuryazarlığı anketi (European health literacy survey questionnaire HLS-EU-Q / Sağlık okuryazarlığı anketi-Avrupa Birliği SOYA-AB)	25
2.8.11. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR) ve Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği-32 (TSOY-32)	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Kapsamı	29
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı	29
3.3. Araştırmanın Tipi	29
3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı.....	29
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	30
3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri.....	30
3.5.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri	30
3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı.....	31
3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli.....	31
3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi	31
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	33
4. BULGULAR	35
4.1.Karşılaştırmalı Bulgular	42
5. TARTIŞMA	49

	Sayfa
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
KAYNAKLAR.....	57
EKLER.....	61
EK-1. Çalışma anketi.....	62
EK-2. Etik Kurul Onayı.....	67
ÖZGEÇMİŞ.....	70



ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. REALM_R testi REALM testinin bir uyarlaması	21
Çizelge 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı-1	35
Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı-2	36
Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin alışkanlıklarına ait özelliklerin dağılımı..	38
Çizelge 4.4. Araştırmaya katılan bireylerin sağlık kuruluşlarına başvuru özelliklerinin dağılımı	39
Çizelge 4.5. Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 ölçeğine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı.....	41
Çizelge 4.6. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı.....	42
Çizelge 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin karşılaştırmalı bulguları	44
Çizelge 4.8. Araştırmaya katılan bireylerin sağlıkla ilgili özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin dağılımı	46

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Matriks modeli	7
Şekil 2.2. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sonuçları.....	13
Şekil 2.3. REALM testi.....	20
Şekil 2.4. TOFHLA puanlama sistemi.....	22
Şekil 2.5. Newest vital sign, NVS	24
Şekil 4.1. TSOY-32 Ölçeğine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Ankara, 2019	41

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

Açıklamalar

%

Yüzde

$p<0.05$

İstatistiksel anlamlılık değeri

Kısaltmalar

Açıklamalar

TÜİK

Türkiye İstatistik Kurumu

TSOY-32

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

SOY

Sağlık Okuryazarlığı

REALM

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

TOFHLA

Test of Functional Healty Literacy in Adults

NVS

Newest Vital Sign

HALS

Health Activities Literacy Scale

WRAT

Wide Range Achievement Test

HLS-EU-Q

European Helath Literacy Survey Questionnaire

SOYA-AB

Sağlık okuryazarlığı anketi-Avrupa Birliği

1. GİRİŞ

Okuryazarlık çağın gerektirdiği bir beceri olarak kavramlaşmaktadır[1]. Günümüzde okuma-yazma ve okuryazarlık birbirinden farklılaşmış kavramlar olarak görülmektedir[2]. Okuryazarlık; yazı sembolleri harfler ile yazma ve bunları okuma becerisinin haricinde, birçok zihinsel becerinin bir araya getirilmesini, iletişim becerilerini ve bilgi, beceri, tutum davranış şeklinin tamamını kapsayan bir eğitim terimi olarak ifade edilmektedir[3]. Sağlık okuryazarlığı (SOY) ise en temel ifadeyle; bir kişiye sağlığıyla ilgili bir bilgi verilmek istenildiğinde, bireyin bu bilgiyi anlayıp, yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesidir. Sağlık okuryazarlığı; kişinin sağlık bilgisini sadece okuyup anlaması değil, sağlığını değerlendirebilmesi, hastalığının farkında olması, hastalığını bilmesi ve tanınması, sağlığıyla ilgili doğru kararlar alabilecek bilgi ve beceriye sahip olması, sağlık sisteminin yapısını bilmesi ve bu sistemi nasıl kullanıp faydalanacağını bilmesi üzerine geliştirilmiş bütüncül bir kavram olarak tanımlanmaktadır[4].

National Assessment of Adult Literacy' nin 2006'da sunmuş olduğu 2003 verilerinin sonuçlarına göre [5] Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinlerin %47'si orta derecenin altında sağlık okuryazarlığına sahiptir. Kanada'da yapılan bir araştırma sonucuna göre Kanadalı yetişkinlerin %60'ı sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etmede ve kendi kararlarını vermede yetersiz olduklarını belirtmişlerdir[6]. Türkiye'de Tanrıöver ve arkadaşları tarafından Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası desteğiyle 2009 ile 2012 yılları arasında yapılan çalışmanın sonuçlarına göre bireylerin %24,5'inde yetersiz, %40,1'inde ise sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi olduğu belirtilmiştir [7]. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından 2016 yılında yapılan bir çalışmada da geçerlilik güvenilirliği yapılmış olan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmış ve yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi %74 olarak bulunmuştur [8] . 2018 yılında Türkiye SOY Düzeyi ve İlişkili Faktörler araştırmasında ise sınırlı-yetersiz SOY düzeyi %68,9 bulunmuştur [9]. Bu sonuçlara göre 53 milyon erişkin nüfus göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye'de yaklaşık 39 milyon bireyin yetersiz ya da sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu söylenebilir. Bu durum hem dünyada hem de ülkemizde sağlık okuryazarlığı yetersizliğinin çok sayıda bireyi etkilediğini göstermektedir.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı; kişilerin sağlıklarını olumsuz yönde etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda tedavinin artan tutarlarının finansal yükünü toplumun geri kalanına yansıtmaktadır. Sonuç olarak ülkenin sağlık harcamalarını artmaktadır [10]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2015 yılında 1.345 TL (\$496)[10] ve 2017 yılında ülkemizde kişi başına düşen sağlık harcaması 1.751 TL (\$480) dir[11].

Sağlık okuryazarlığı soyut bir kavram olarak görölse de bu konuda ölçme ve değerlendirme yapılması mümkündür. Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için zaman içinde farklı yöntemlerle uygulanan ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerde genellikle, sağlık kuruluşuna başvuru ve buradaki yönlendirmeleri anlama, tıbbi formları okuma, anlama ve doldurma, ilaçlarla ilgili talimatları ve sağlık çalışanlarını anlama ile kontrole gelme ile ilgili bilgileri anlama gibi durumlar sorgulanmaktadır[12]. Bizim çalışmamızda ülkemiz için geçerlik güvenilirliği olan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)” kullanılmıştır.

Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi; sağlık politikaları, toplumun sağlık düzeyini artırmak ve sağlığı geliştirmek açısından önem arz etmektedir. Ülkemizde de diğer birçok ülkede olduğu gibi sağlık okuryazarlığının belirlenmesi amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmada kişilerin doğru sağlık bilgilerine ulaşabilme imkanını değerlendirebilmek, bu konuda yapılacak düzenleme ve yeniliklere zemin oluşturmak amaçlanmaktadır. Bu çalışmada Ankara ili Akyurt ilçesinde yaşayan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi ve sağlık okuryazarlık düzeyine etki eden faktörlerin saptanıp değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Okuryazarlık Nedir?

Başlarda okuma ve yazma eylemi ile sınırlı olan okuryazarlık kavramı, birçok alanda o alanla ilgili bilgiyi anlama düzeyi olarak yeniden kavramlaşmıştır [1]. Farklı dönemlerde ve insanların gereksinimlerine göre; toplumsal kabuller, örf ve adetler, hayatı anlamlandırma değişiklik göstermektedir. Okuryazarlıkta bu çerçevede farklı alanlarda çağın gerektirdiği bir beceri şekli olarak anlamlandırılmıştır[2]. Günümüzde okuma-yazma ve okuryazarlık birbirinden farklılaşmış kavramlar olarak görülmektedir. En temel ifadeyle okuma-yazma, bireyin yazı sembolleri aracılığıyla yazılı metinleri okuması ve yazmasıdır [3]. Okuryazarlık; sadece yazı sembolleri harfler ile yazı yazıp bunları okumak becerisinden farklı olarak, pek çok zihinsel becerinin, iletişim becerilerinin ve bu becerileri davranışa yansıtmanın, tutum kazanmanın karşılığı olarak kavramlaşmaktadır [1]. UNESCO okuryazarlığı; “değişik kapsamdaki yazılı ve basılı materyalleri kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve işlem yapma yeteneği” olarak tanımlamıştır[4]. Okuma-yazma, belirli bir harf sistemini oluşturmaya ve çözümlenmeye yarayan, böylece kişiler arası aktarım yapılabilen bir sistemdir. Oysa okuryazarlık, bilgi dahil olmak üzere tüm uyarıların toplanıp değerlendirildiği ve olan her şeyi anlamlandırmayı amaçlayan buna göre karar vermeyi sağlayan, geliştirilebilir bir beceridir[2].

2.2. Okuryazarlıkta Yeterliliğin Boyutları

Okuryazarlık için gerekli yeterliliklerin altı boyutu tanımlanmıştır ve bu yeterlilikler sağlık okur-yazarlığı için de geçerlidir. Bunlar; 1-Operasyonel (fonksiyonel), 2-İnteraktif (etkileşim) , 3-Otonomi, 4-Bilgisel, 5-İçeriğe (Ortama) dayalı, 6-Kültürel yeterlilik şeklindedir[5].

1- Operasyonel (fonksiyonel) Yeterlilik: dilin yeterli düzeyde kullanımı için araçların, prosedürlerin ve tekniklerin -okuma ve yazma gibi bir dizi bağlamda- yeteri kadar kullanılması olarak tanımlanmıştır[5]. Sağlık okuryazarlığı boyutunda operasyonel yeterlilik; sağlık çalışanları tarafından iletilen sözlü veya yazılı bilgiyi, anlama-okuma

ve bu bilgiye göre davranma yeteneğini içerir[6].

- 2- İnteraktif (etkileşim) yeterlilik: Bireyin öz-yönetim (birey tarafından alınan kararları ve eylemleri kapsar) yoluyla bireysel iyileşme ve gelişim için başkaları ile işbirliği içerisinde olması olarak tanımlanmıştır[5]. Sağlık okuryazarlığı boyutunda, bireyin sağlık çalışanları ile işbirliği içinde sorunların bireysel çözümünde yer almasıdır[7].
- 3- Otonomi Yeterliliği: Sağlıkla ilgili kararlarda bireyin etkili bir şekilde sorumluluk almasını amaçlayan öz farkındalık olup kişisel bir güçtür[7].
- 4- Bilgisel Yeterlilik: Sağlık bilgisinin ve güncel bilginin doğruluğunun vurgulanmasında önemli bir nokta olarak belirtilmekte olan otorite ve geçerliliğini belirleme yeteneğidir[5].
- 5- İçeriğe (Ortama) Dayalı Yeterlilik: Çevre konusunda uzmanlıktır. Bazı bireylerin sağlık bakım çevresinde rahat değilken bazılarının rahat olması, bu bireylerin tanıdık ortamlarda içeriği etkileşim ve yorumlama yoluyla daha iyi öğreneceklerini düşündürmektedir[5].
- 6- Kültürel Yeterlilik: Sosyal sistem uygulamalarının anlamını yorumlama yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Sağlık bilgisini harekete geçirmek ve yorumlamak için gerekli olan ortak inançların, geleneklerin, dünya görüşünün ve sosyal kimliğin farkına varılmasını ve kullanılmasını içermektedir[5].

Yeni iletişim teknolojilerinin gelişimine paralel olarak geleneksel okuryazarlığın yanı sıra; görsel okuryazarlık, medya okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, spor okuryazarlığı ve teknoloji okuryazarlığı alanlarında son yıllarda yoğun çalışmaların yapılmakta olduğu gözlemlenmektedir[13].

2.3. Sağlık Okuryazarlığı (SOY) Kavramı

Sağlık okuryazarlığı en temel ifadeyle; bir kişiye sağlık alanında bir bilgi vermek istenildiğinde, kişinin bu bilgiyi anlayıp, yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesidir. Sağlık okuryazarlığı; kişinin sağlık bilgisini sadece okuyup anlaması değil, sağlığını değerlendirebilmesi, hastalığının farkında olması, hastalığını bilmesi ve tanınması, sağlığıyla ilgili doğru kararlar alabilecek bilgi ve beceriye sahip olması, sağlık sisteminin yapısını bilmesi ve bu sistemi nasıl kullanıp faydalanacağını bilmesini üzerine geliştirilmiş bütüncül bir kavramdır [14].

Zaman ilerledikçe tanı araçlarının sayıları artmakta, bu tanı araçlarıyla tanı koyma süreci karmaşıklaşmaktadır. Buna tıp literatürüne giren yeni bilgiler de eklenince insanların sağlıklarıyla ilgili doğru bir şekilde bilgi alması ve bu bilgiyi yorumlaması giderek zorlaşmaktadır. Tüm bunlara anadil farklılıkları, yaşlanmayla meydana gelen bilişsel bozukluklar, düşük eğitim seviyesi nedeniyle bilgi eksikliği, düşük sosyoekonomik düzey ve sağlık hizmeti veren ile alan kişi arasındaki iletişim sorunları da eklendiğinde çoğu zaman verilen sağlık bilgisinin yarısından fazlası daha alınırken kaybolmaktadır[10]. Bu da sağlık okuryazarlığı kavramına duyulan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır.

1986 yılının Kasım ayında Ottawa’da gerçekleştirilen “Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı” nda; “sağlığı geliştirmeye yönelik çabaların yalnızca sağlık sektörü ile değil diğer sektörleri de içeren ortak bir yaklaşımla ele alınması gerektiği ve bilimsel olarak üretilen bilgilerin yalın bir iletişim yolu kullanılarak topluma ulaştırılması, bireylerin de sunulan bu bilgilerden edindiği bilgiler ile uygun davranışlar geliştirmesi üzerinde durulmuştur”. Bu da sağlık okuryazarlığı kavramını gündeme getirmiştir[12].

İlk kez 1974 yılında Simonds “Sosyal Politika olarak Sağlık Eğitimi” (Health Education as Social Policy) adlı makalesinde sağlık okuryazarlığı kavramını kullanmıştır. Sağlık okuryazarlığından; sağlık sistemini, kitle iletişim araçlarını ve eğitim sistemini etkileyen bir politika konusu olarak, tüm okul düzeylerinde sağlık okuryazarlığının minimum standartlarının belirlenmesinden söz etmiştir[15]. Sağlık okuryazarlığı, 1993 yılında Nutbeam ve Wise tarafından “Bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi” şeklinde tanımlanarak literatürde yerini almıştır[16].

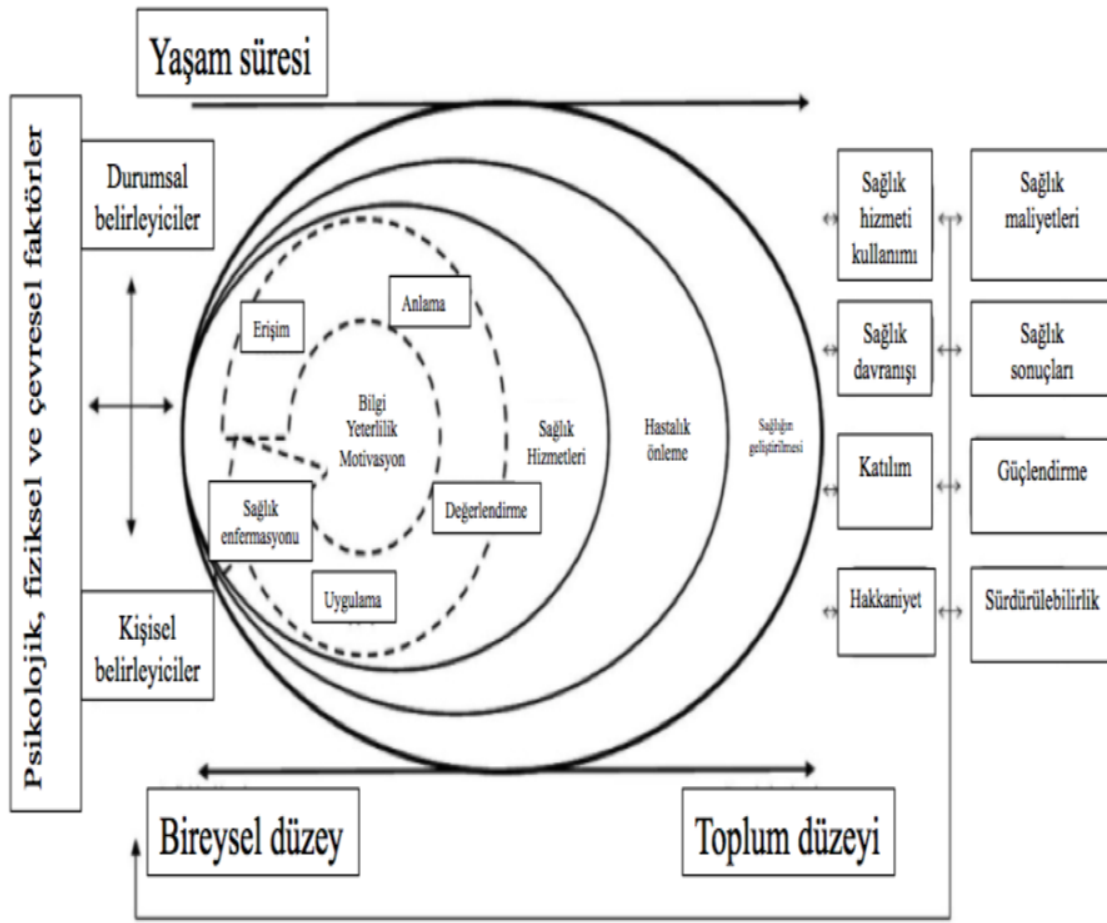
Sağlık Bakanlığı tarafından Türkçeye çevirisi yapılan Dünya Sağlık Örgütü Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi sözlüğünde sağlık okuryazarlığı tanımı; “bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri” şeklinde yapılmıştır[17].

Amerikan Tıp Derneği 1999’da, sağlık okuryazarlığını ilaç üzerindeki etiketleri anlama düzeyi ile ilişkilendirmiştir[16]. 2000 yılında Nutbeam’in üç seviyeli olarak geliştirdiği model sağlık okuryazarlığı kavramsal modellemeleri arasında en önemlilerden biridir.

Bu modele göre;

1. Seviye; Fonksiyonel Okuryazarlık: Bireyin sahip olduğu temel okuryazarlık yeteneğini sağlıkla ilgili materyallere uygulayabilmesidir,
2. Seviye; Etkileşimli Okuryazarlık: İleri bilişsel fonksiyonların geliştirilerek sosyal bir ortama yönlendirilebilmesidir,
3. Seviye ise; Kritik Okuryazarlık: Fonksiyonel ve etkileşimli okuryazarlık temelleri üzerine kurularak bireyin sağlıkla ilgili konularda sosyal hareket katılımını desteklemesi ve bireysel ve toplumsal gelişimini sağlamasıdır[18].

Tıp Enstitüsü (IOM) ise 2004'te, "Sağlık Okuryazarlığı düzeyi; bir bireyin bir sağlık bilgisini edinebilme, değerlendirebilme, anlama ve doğru sağlık kararını verebilmek için uygun hizmetleri kullanabilme düzeyidir" şeklinde tanımlamıştır[16]. Tıp Enstitüsü'nün bu tanımı Amerika'nın ulusal sağlık hedeflerini gösteren "Healthy People 2010" da kullanılmıştır[12]. 2012 yılında, Sorensen ve diğerleri, o güne kadar kullanılan tüm tanımları sentezleyerek "Sağlık Okuryazarlığı; okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik" şeklinde tanımlamışlardır. Sorenson ve diğerleri ayrıca merkezde bilgi, yeterlilik ve motivasyonun yer aldığı, halkalarını erişim-anlama-yorumlama-uygulama, sağlık bakımı, hastalıkları önleme ve sağlığın geliştirilmesinin oluşturduğu bir matriks modeli geliştirmişlerdir[16].



Şekil 2.1. Matriks modeli[14]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık okuryazarlığını, “bireyin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiye ulaşabilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme yeteneğini elde edebilmesi” olarak tanımlamıştır[7].

Sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşam süresinin ve kalitesinin artmasının yanı sıra sağlık eşitsizliklerinin giderilmesini de sağlar. Sağlık profesyonelleri için faydaları şu şekildedir; mesleki tatmini artırır, doğru iletişim becerilerinin ve klinik becerilerin kazanılmasını ve bu becerilerin uygulanmasını sağlar. Sağlık hizmeti alanlar için faydaları ise; sağlık hizmetinin anlaşılır olması, bireyin karar mekanizmasına dahil olması ve kaliteli sağlık hizmetinden yararlanabilmesidir[19].

Freedman ve ark.ları sağlık okuryazarlığının tanımını “halk sağlık okuryazarlığı” kapsamında yapmıştır. Halk sağlık okuryazarlığı, bireysel sağlık okuryazarlığının

bütünleyicisi konumundadır. Sonuçları ise toplumun halk sağlığı mesajlarını anlama, değerlendirme ve sağlık bakımı konularında sivil harekete katılma becerilerini içermektedir[20].

Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemini belirleyen altı genel tema şu şekildedir[21]:

1. Etkilediği insan sayısı: Okuryazarlık becerilerinin yetersizliğinin, gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de şaşırtıcı bir şekilde yaygın olduğu belirtilmektedir. Fonksiyonel okuryazarlık becerilerinin yetersizlik oranının ülkeler arasında farklılık göstermekle beraber %7-47 arasında değiştiği gösterilmiştir[22]. Kadınların bu oranı daha fazla etkilediği, dünya genelinde kadınların üçte ikisinin temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğu belirtilmektedir.
2. Olumsuz sağlık sonuçları: Yetersiz sağlık okuryazarlığı ile artmış mortalite/morbidite oranları arasında kesin bir ilişki vardır.
3. Kronik hastalık oranlarında artış: Hastalık yükünün %47'sini oluşturan kronik hastalıkların bireysel yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli rol oynamaktadır.
4. Sağlık bakım maliyetleri: Yetersiz sağlık okuryazarlığı toplam sağlık bakım harcamasına yıllık %3-5 oranında ek maliyet getirmektedir.
5. Sağlık bilgisi talepleri: Hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma düzeyi arasında bir uyumsuzluk mevcuttur. Tıbbi terimlerin ve mesleki dilin kullanımı sağlıkla ilişkili kaynakların kullanımını oldukça zorlaştırmaktadır.
6. Eşitlikçilik: Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireyin kendi sağlığını etkin şekilde yönetmemesine, sağlık hizmetlerine yeterince ulaşamamasına, sağlıkla ilgili bilgileri anlayamamasına ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasına neden olduğunu ifade eder[21].

2.4. Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkili Bazı Kavramlar

Sağlık okuryazarlığı ile benzer bazı kavramların bilinmesi konunun bütünlüğü açısından önemlidir. Bunlar:

- 1- Sağlığın Teşviki/Değerlendirilmesi: İnsanların sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini arttırmaları ve böylelikle kendi sağlıklarını iyileştirme ve geliştirme becerisi kazanmaları sürecidir. Sağlığın teşviki/değerlendirilmesi kavramı, kapsamlı bir

sosyal ve politik süreçtir. Bireylerin bilgi, beceri ve kapasitelerini artırmaya yönelik eylemlerle birlikte sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları değiştirmeye yönelik faaliyetleri de içerir. Hedeflenen, bu koşulların toplumsal ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini azaltmaktır.

- 2- Sağlık Eğitimi: Sağlığı etkileyen sosyal, ekonomik ve çevresel koşullarla ilgili bilgi paylaşımını, bireysel risk faktörlerine, risk davranışlarına ve sağlık hizmetleri sisteminin kullanımına yönelik bilginin paylaşılmasını içerir. Sadece bilgi paylaşımı ile de sınırlı olmayıp bunun yanında sağlığı iyileştirmek için gerekli motivasyon, beceri ve özgüvenin teşvik edilmesi gibi durumları da kapsamaktadır.
- 3- Sağlık İletişimi: Toplumun sağlıkla ilgili merak ettiği konuları, endişelerini değerlendirip bilgilendirmek, önemli sağlık konularını gündemde tutmak, önemli sağlık bilgilerini hafızalarda tutmak için kullanılan iletişim yöntemidir. Amaç, toplum için faydalı sağlık bilgilerinin yayılması için kitle iletişim araçlarının, medya araçlarının ve diğer teknolojik araçların kullanılması, bireysel ve toplumsal sağlığın önemi hakkında toplumsal farkındalığın artırılması ve sağlık durumunun iyileştirilmesidir.
- 4- Sosyal Pazarlama: Sosyal pazarlamada amaç geleneksel pazarlama yöntemleri kullanılarak toplumun gerçek ihtiyaçlarına yönelik ve toplum için faydalı olan hizmet sunmaktır. Ticari pazarlamada yer alan pazar analizi, planlama ve kontrol tekniklerindeki başarılı ve etkin deneyimlerin sosyal olaylara da başarılı bir şekilde uygulanabileceğine dayanan bir yaklaşım planlanır. Günümüzde sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme programlarının planlanması nedeniyle sosyal pazarlama geliştirilmesi oldukça gerekli bir hal almıştır[23].

2.5. Sağlık Okuryazarlığının Türkiye ve Dünya'daki Önemi

National Assessment of Adult Literacy' nin 2006'da sunmuş olduğu 2003 verilerinin sonuçlarına göre [24] Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinlerin %47'si orta derecenin altında sağlık okuryazarlığına sahiptir. Kanada'da yapılan bir araştırma sonucuna göre Kanadalı yetişkinlerin %60'ı sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etmede ve kendi kararlarını vermede yetersiz olarak belirtilmişlerdir [25]. Türkiye'de Tanrıöver ve arkadaşları tarafından Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası desteğiyle 2009 ile 2012 yılları arasında yapılan çalışmanın sonuçlarına göre bireylerin %24,5'inde yetersiz, %40,1'inde ise sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi olduğu belirtilmiştir [26] . Bu sonuçlara

göre Türkiye’de ortalama 35 milyon bireyin yetersiz ya da sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar bize hem dünyada hem de ülkemizde sağlık okuryazarlığı yetersizliğinin çok sayıda bireyi etkilediğini göstermektedir.

Tanrıöver ve ark. yeterli olmayan sağlık okuryazarlığının birey, toplum ve sağlık sistemi üzerindeki birçok olumsuz etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Bu etkileri şöyle sıralamışlardır:

- Daha sağlıksız yaşam
- Kronik veya bulaşıcı olmayan hastalıklarla (diyabet vb.) ilgili bilgi eksikliği nedeniyle bu hastalıklar kapsamında verilen eğitimleri anlamada güçlük
- Koruyucu sağlık hizmetleri hakkında bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanma sırasında sorunların ortaya çıkması
- Acil servis kullanımı ve hastaneye yatışta artma
- Verilen tedaviye uymada karşılaşılan güçlükler ve zorluklar
- İlaç uygulama hatalarının sıklığı
- Sağlık harcamalarında artma
- Ölüm oranında yükselme eğilimi [26].

Nutbeam, sağlık okuryazarlığının hem bireysel hem de toplumsal yararları olabileceğini belirtmektedir. Ayrıca sağlığa ilişkin bilgiler kullanılarak; bireyin sağlık sistemini kullanma şeklini ve yaşam tarzını değiştirilmesi amacıyla yönlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Sağlık okuryazarlığının; kişinin sadece kendi çıkarlarına yönelik bir kaynak olmadığını, sosyal, ekonomik ve çevresel etkilerinin de olduğu hakkında farkındalığın artması gerektiğini savunmaktadır [7].

Sağlık okuryazarlığındaki yetersizlik hasta-doktor iletişiminin kurulması açısından son derece önemlidir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz seviyede olan kişiler, korku, güvensizlik hissi ve bilgi eksikliğinden mahcup olmaları nedeniyle bunu gizlemeye çalışmaktadır. Bu hastalar doktora vereceği bilginin anlamlılığından, yeterli miktarında ya da gereğinden fazla miktarda olup olmadığından emin olmadığı için; bununla birlikte doktorun vereceği bilgileri anlamayacağı endişesi ile sınırlı iletişim kurmaktadır. Sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan hastalar soru sormaktan geri durmakta ya da yanlış anladıkları tedavi talimatları için açıklama istememektedir [13].

Ayrıca hekimler de zaman zaman hastaların tıbbi bilgiyi ya da hekimlerin verdiği talimatları anlamadıklarının farkına bile varmayabilmekte, bazen de ilgilenmemektedir.

Hastalara tedavi ve talimatlarla ilgili bilgileri yalnızca doktorların vermesi, doktorların iş yükünü artırmakla kalmayıp aynı zamanda diğer hastaların zamanından da çalmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti veren diğer kişilerin sağlık okuryazarlığı konusunda daha aktif rol alması, gerekirse bunun için sayılarının artırılması sağlık okuryazarlığının yükseltilmesinde oldukça yardımcı olacaktır[13].

Bu durumun sağlık ve ilaç hakkındaki artmış yanlış uygulamalara yol açması; yani sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz kişilerin, sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek kişilere oranla ilaç reçetelerini yanlış yorumlaması ve uygulaması, sadece hasta bireyleri etkilemekle kalmaz, aynı zamanda tedavinin artan tutarlarının finansal yükünü toplumun geri kalanına yansıtır. Sonuç olarak ülkenin sağlık harcamalarını arttırır [13].

Weiss, Amerika Birleşik Devletleri'nde düşük okuryazarlık becerilerinin yıllık 50-73 milyar dolara mal olduğunu tahmin etmektedir [27]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2015 yılında ülkemizde kişi başına düşen sağlık harcaması 1.345 TL (\$496) dir. Türkiye'de 2017 yılında yapılan ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel sağlık harcamaları üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığından kaynaklanan ortalama maliyet 26.619.686.508 TL olarak bulunmuştur. Bu da toplam sağlık harcamalarının %17'sine karşılık gelmektedir [12].

Artan tedavi masraflarının bir diğer nedeni, sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan kişilerin, yüksek olanlara oranla hastanede ayaktan ve yatarak tedavi olma oranlarının daha fazla olmasıdır. Hizmetlerin eksik kullanımı, kısa dönemli sağlık hizmeti tutarlarına yol açarak maliyeti düşürdüğü halde, tedavi edilmeyen, ertelenen tedavilerden doğan sakatlık ya da hastalıklar nedeniyle uzun süren ve maliyetleri artan sonuçlar doğabilmektedir [13]. Bir çalışmaya göre; "sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek olan hastaların hastaneye yatış oranı %15 iken, sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük olan hastaların hastaneye yatış oranı %30'dur" [27].

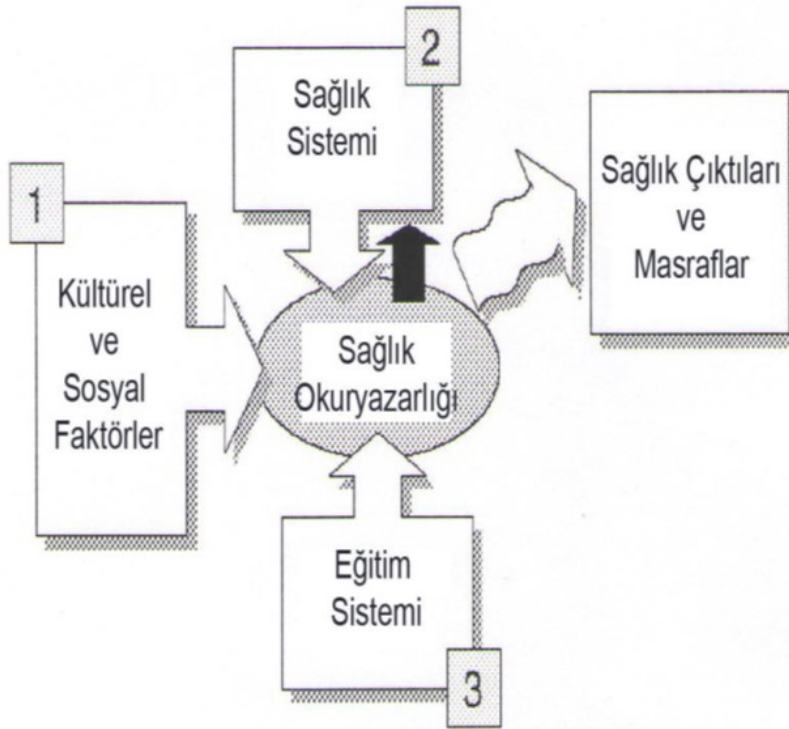
Ayrıca, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler daha fazla sağlık sorunlarıyla karşılaşmakta, koruyucu hizmetlerden de daha az yararlanmaktadır. Böylece sağlıklarını geliştirmekte büyük güçlükler yaşamaktadırlar. Sağlık okuryazarlığı becerilerinin; bireyin sağlık hizmetlerinden akıllıca yararlanmasını ve yaşam kalitesini arttırmasını doğrudan etkilediği bilinmektedir [27].

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi konusunda kişisel çabalar tek başına yeterli olmamaktadır. Gerek ulusal, gerekse uluslararası düzeyde sağlık hizmetleri sunan çeşitli düzeyde kurum ve kuruluşlara, örgütlere de bireylerin sağlık okuryazarlığını geliştirme konusunda önemli görevler düşmektedir [27]. Bu yapılar; bireyi doğru bilgi ile bilgilendirebilir ve toplumu kitlesel olarak yönlendirebilirler.

2.6. Sağlık Okuryazarlığının Etkileşim Alanları

Bireylerin eğitim seviyeleri, kültürel durumu, sosyoekonomik durumu, anadili, mevcut sağlık sistemi gibi birçok faktör genel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemektedir. Bu da sonuç olarak sağlık giderleri ve sağlık maliyetini etkilemektedir. Yine aynı şekilde sağlık ve eğitim sistemi, aile, toplumdaki kültürel ve sosyal faktörler, kavramsal bilgi, dinleme, yazma, konuşma, sayısal beceriler gibi faktörlerin etkileşmesi sağlık okuryazarlığı düzeyinin şekillendirmesinde etkili olmaktadır.

Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerine hangi faktörlerin etkisinin olduğunu anlamak için o toplumdaki bireylerin sağlık bilgisini hangi yolla, ne şekilde, kimden veya nereden edindiğini ve kullandığını bilmek gerekir. Gıda sanayi, ilaç sanayi gibi birçok sektör sağlıkla ilgili çeşitli bilgiler üretir ve bunu medya aracılığıyla topluma iletir. Bu noktada bireylerin sosyoekonomik durumları, eğitim düzeyi, anadili, kültürel yapısı vs bu bilgileri nasıl yorumlayacağını ve bu bilgiler ile ne yapacağını etkiler [28].



Şekil 2.2. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sonuçları[29]

Sağlıkla ilgili bilgiyi anlamak tıbbi terimleri bilmek, eğitim seviyesi ve sosyokültürel düzeyi yüksek olan kişilere dahi zor ve karmaşık gelebilir. Tıbbi terimler, ilaçla ilgili talimatlar ve tarifler, tıbbi işaretler ve uyarılar, aydınlatılmış onam formları ve sosyal hizmet formları gibi resmi belgeler, bireylerin sağlık hizmetlerini kullanmasını gereksiz yere zorlaştırmaktadır. Kültürel farklılıklar, inançlar ve inanışlar da bireylerin sağlık algısını farklı yönlerde etkileyebilir. Sağlık hizmeti veren ve sağlık hizmeti alan kişilerin karşılıklı olarak anlaşabilmesi; sağlık hizmeti veren ve alanın birbirine davranışlarında, yasal düzenlemelerde, sağlık sisteminin kurgusal yapısında ve sağlık hizmetinin sorunsuz olarak yürümesinde, sağlık hizmetlerinin devamlılığında önem arz etmektedir.[29].

2.7. Sağlık Okuryazarlığının Etkileşim Alanları

Sağlık okuryazarlığı soyut bir kavram olarak görülse de bu konuda ölçme ve değerlendirme yapılması mümkündür. Ancak, sağlık okuryazarlığını ölçmek için “altın bir standart” olmadığı söylenebilir. Önceleri sağlık okuryazarlığı seviyelerinin değerlendirilmesi hasta bilgisi üzerine odaklanmakta idi. Sağlık okuryazarlığı sadece

bireylerin kapasitesi olarak kabul edilirse, bireyin okuma yeteneğinin ve kelime bilgisinin ölçülmesi yeterli olacaktı. Oysa günümüzde, sağlık okuryazarlığının bireylerin iletişim kapasiteleri ile sağlık sistemi arasındaki ilişki olarak kabul edilmesi, sadece bireysel kapasitelerin ölçülmesinin yeterli olmayabileceğini düşündürmüştür. Eğer bilgi sağlık okuryazarlığının bir parçası ise her ikisinin de ölçülmesi zorunludur. Bu nedenle araştırmacılar kompleks ve çok yönlü bir yapıda olan sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi amacıyla çeşitli araçlar geliştirmiştir.

Tıp Enstitüsü Uzman Paneli sağlık okuryazarlığını dört kategoriye ayırmıştır. Bu kategoriler:

- Kültürel ve kavramsal bilgi
- Konuşma ve dinleme becerilerini içeren sözlü okuryazarlık
- Yazma ve okuma becerilerini içeren yazılı okuryazarlık
- İşlemsel becerilerdir [29].

Sağlık okuryazarlığı değerlendirilirken; kişinin sadece aldığı eğitim, okuduğu okul ve mezuniyeti gibi bilgiler üzerinden değerlendirilmesi, buna göre sağlık okuryazarlık düzeyinin tespiti hata olur. Yüksek eğitim düzeyine sahip pek çok kişi yaşının ilerlemesi ile birlikte duyuşsal ve bilişsel fonksiyonlardaki azalmanın sonucu olarak okuryazarlık becerilerinde azalma veya yetersizlik yaşayabilmektedirler. Başka bir yaygın hata da, okuma-yazma becerilerinin değerlendirilmesinde hastanın kendi değerlendirmesine göre karar vermektir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların büyük çoğunluğu okuma-yazmasının “iyi” olduğunu söylemektedirler. Yetersiz okuryazarlık düzeyi olan hastalar genellikle, sağlık personelinden talimat ve bilgilerin tekrarını istemekten çekinebilir, soru sormaktan mahcup olabilir veya bu gibi davranışlarda utanç duygusu hissedebilirler [30].

Okuryazarlık düzeyinin düşük olduğunu düşündüren bazı belirtiler şunlardır:

- Sağlık personelinden okuma konusunda yardım istemek
- Hastaneye gelirken yanında okuması için birini getirmek
- Randevuları unutmak
- Bahane üretme
- İlaç kullanımında uyumsuzluk

- Önerilen müdahalelere uymamak, kötü/yanlış uyum
- Karar vermeyi erteleme
- Okumayı gösteren taklit davranışları [30].

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde ideal olan bireylerin okuma akıcılıklarını, sözcük dağarcıklarını ve sağlık bilgilerini ölçmek ve aynı zamanda bu bireylerin kendi eşsiz sağlık hizmeti ortamlarında karşılaşmaları muhtemel olan sağlık profesyonellerinin konuşmalarının karmaşıklığını ve yazılı sağlık materyallerinin zorluğunu eş zamanlı olarak ölçmektir. Bu teorik olarak mümkün gözükmektedir. Bu durumda bireylerin okuma akıcılıkları, sözcük dağarcıkları, geçmiş bilgileriyle sözlü ve yazılı iletişim talepleri arasındaki uyum (veya uyumsuzluk) her kişinin sağlık okuryazarlığının göstergesi olacaktır. Ancak sağlık okuryazarlığının bu tür kapsamlı ve doğrudan ölçümü pratik olmaktan uzaktır [31].

Sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan hastaların, tıbbi terimleri bilmesi veya anlaması da zordur, bu durum yazılı eğitim broşürlerinin yararlılığını azaltmaktadır. Özellikle 90'lı yıllarda standart eğitim materyallerinin genellikle hastaların sağlık okuryazarlık düzeyini aşacak şekilde yazıldığı bilinmektedir. Son yıllarda eğitim materyalleri daha basit bir dille yazılıyor olsa da, yapılan çalışmalar sağlık eğitim materyallerinin halen sağlık okuryazarlığı yetersiz hastalar için anlaşılması zor kelimelerle yazıldığını göstermektedir [32].

Hekimlerin hastalarının tıbbi durumlarını ve tedavilerini anlamaları için hastalara açık ve basit bilgiler sağlaması gereklidir. Çoğu doktor ve sağlık çalışanları tarafından hasta ile görüşmede tartışılan bilgilerin daha açıklayıcı olması veya hastanın kendisini güçlendirmesi için eve yazılı materyal verilse bile, bu yazılı materyallerin sıklıkla hastanın anlayabileceği düzeyin üstünde olduğu belirtilmektedir. Ayrıca eğitim materyallerinin kısa, açık, basit ve resimler içermesi de önerilmektedir [29].

2.8. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla bazı anket ve ölçekler geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili ölçeklerde genellikle sağlık kuruluşuna başvuru ve kullanılan yönlendirmeleri anlama, tıbbi formları okuma, anlama ve doldurma, ilaçlarla

ilgili talimatları ve sağlık çalışanlarının direktiflerini anlama ile kontrole gelme ile ilgili bilgileri anlama gibi hususlar sorgulanmaktadır [33].

Yapılan ilk çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla, "Size bir sağlık materyali verildiğinde anlıyor musunuz?", "Sağlık materyallerini okurken yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?" gibi sorular sorularak, hastanın verdiği yanıtı göre sağlık okuryazarlık düzeyi tespit edilmeye çalışılmıştır [34].

Nutbeam'ın (2008) sağlık okuryazarlığı modelindeki "klinik risk" yaklaşımı ile sağlık okuryazarlık düzeyi düşük ya da yetersiz olan bireylerin tanımlanması ve bu konunun geliştirilmesi önerilmektedir. Bu noktada sağlık çalışanları, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin farkına vararak sağlıklarının geliştirilmesinde etkin rol alabilirler.

Zaman içinde farklı yöntemlerle uygulanan ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerde genellikle, sağlık kuruluşuna başvuru ve buradaki yönlendirmeleri anlama, tıbbi formları okuma, anlama ve doldurma, ilaçlarla ilgili talimatları ve sağlık çalışanlarını anlama ile kontrole gelme ile ilgili bilgileri anlama gibi durumlar sorgulanmaktadır. Ayrıca her ölçeğin kendine özgü sınırlılıkları bulunmaktadır [35].

Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş ölçeklerden bazıları şunlardır:

1. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALM-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)
2. Revize Edilmiş-Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALMR-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised)
3. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA -Test of Functional Health Literacy in Adults)
4. Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA- Short Test of Functional Health Literacy in Adults)
5. En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS- Newest Vital Sign)
6. Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (Single Item Literacy Screen)
7. Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Tahmini Ölçeği (Brief Estimate of Health Knowledge and Action.)

8. Tıbbi Formları Kendi Kendinize Doldurma Konusunda Ne Kadar İyisiniz? (How confident are you filling out medical forms by yourself?)
9. Geniş Aralıklı Ulaşım Testi(WRAT- Wide Range Achievement Test)
10. Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Public Health Literacy Scale)
11. SOS Kısaltması (SOS Mnemonic)
12. Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri (HLSQMs - Health Literacy Screening Question Methodologies)
13. e- Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (eHEALS- eHealth Literacy Scale)
14. Tıbbi Terim Tanıma Testi (METER- Medical Term Recognition Test)
15. İspanyol Yetişkinler İçin Sağlık Okuryazarlığı Kısa Değerlendirilmesi(SAHLSA- Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults)
16. Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirilmesi(ABLE -Adult Basic Learning Examination)
17. Diyabet İçin Okuryazarlık Değerlendirilmesi (LAD -Literacy Assessment for Diabetes)
18. Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (NLS- Nutritional Literacy Scale)
19. Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALD - Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)
20. Slosson Sözlü Okuma Testi(Slosson Oral Reading Test)
21. Yetişkin Basit Eğitimi Testi (TABE-Test of Adult Basic Education)
22. Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS- Health Activities Literacy Scale)
23. Sağlık Okuryazarlık Becerileri Enstrümanı(Health Literacy Skills Instrument)
24. İşlevsel İletişim ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı (FCCHL –Functional Communicative and Critical Health Literacy)
25. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU-Q- European Health Literacy Survey Questionnaire) [35].

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde ‘altın standart’ bir ölçek olmamakla beraber, Türkiye’de ve Dünya’da farklı ölçekler kullanılarak birçok farklı çalışma yapılmıştır. Fakat en sık kullanılan iki ölçek Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testidir (TOFHLA) ve Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM) ölçekleridir [31].

Gelişim, yapı, kapsam ve ölçüm özellikleri konusundaki farklılıklar dikkate alınarak tüm bu ölçüm araçları; okuduğunu anlama, kelime tanıma, fonksiyonel sağlık okur-yazarlığı

ve informal testler olmak üzere dört ana boyutta değerlendirilebilir. [36].

2.8.1. Okuduğunu anlama testleri

Bu tip testlerde sağlık eğitimi alanında kullanılan ölçüm araçları ile kişilerin okuduğu bölümü anlayıp anlamadığı kontrol edilerek, sağlık okuryazarlığı düzeyleri belirlenmektedir. Bu testler, Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) ile En Yeni Vital Bulgu (The Newest Vital Sign - NVS) Testidir [37].

2.8.2. Kelime tanıma testleri

Bu tip testlerde, bireylere sağlık ve hastalık ile ilgili birtakım kelimeler verilir. Kişilerin bu kelimeleri bilip bilmediğine ve okuma düzeyine bakılır. Tıpta Yetişkin Okuryazarlığını Hızlı Değerlendirme Testi(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM), Tıbbi Terimleri Tanıma Testi(Medical Term Recognition Test- METER) ve Geniş Çaplı Başarı Testi (Wide Range Achievement Test-WRAT) birer kelime tanıma testleridir[36,37].

2.8.3. Fonksiyonel sağlık okuryazarlık testleri

En Yeni Vital Bulgu Testleri (Newest Vital Sign) ve Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlık Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) fonksiyonel sağlık okur-yazarlığını ölçmek üzere geliştirilmiştir [36].

2.8.4. İnfomal testler

Birkaç maddelik olarak geliştirilen sağlık okuryazarlığı tarama testleri, sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemeye yarayan ve klinik ortamlarda kullanılabilen informal testlerdendir [36, 37]. Bu testler haricinde, yetişkinlerin genel okuryazarlık düzeylerini ya da spesifik bir alandaki sağlık okuryazarlık düzeylerini ölçen, Diyabette Okuryazarlık Değerlendirme (Literacy Assessment in Diabetes-LAD) ölçeği ve Diyabet Sayısal Testi (Diabetes Numeracy Test-DNT) gibi ölçüm araçları da bulunmaktadır [37].

2.8.5. Tıpta yetişkin okuryazarlığının hızlı tahmini (Rapid estimate of adult literacy in medicine, REALM)

Bu ölçekte, artan zorluk derecesine göre yazılmış 66 tıbbi kelimenin tanınması ve telaffuzu değerlendirilmektedir. Sağlık ve tıbbi terimleri tanıma ve söyleme kabiliyetini ölçmektedir. Güçlü yönü, uygulama süresinin 3-6 dakika gibi kısa bir süre olmasıdır. Sınırlılıkları ise sadece İngilizce ve İspanyolca olarak kullanılabilmesi ile anlama ve sayısal beceriyi ölçmemesidir.

Puanların toplamına göre:

- 0-44 puan; Yetersiz sağlık okuryazarlığı
- 45- 60 puan; Düşük sağlık okuryazarlığı
- 61-66 puan; Yeterli sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilmektedir[35].

RAPID ESTIMATE OF ADULT LITERACY IN MEDICINE (REALM)		
Terry Davis, PhD, Michael Crouch, MD, Sandy Long, PhD		
Chart # _____	Examine date: _____	
Name: _____	Birth date: _____	
REALM generated reading level: _____	Grade completed: _____	
List 1	List 2	List 3
Fat _____	Fatigue _____	Allergic _____
Flu _____	Pelvic _____	Menstrual _____
Pill _____	Jaundice _____	Testicle _____
Dose _____	Infection _____	Colitis _____
Eye _____	Exercise _____	Emergency _____
Stress _____	Behavior _____	Medication _____
Smear _____	Prescription _____	Occupation _____
Nerves _____	Notify _____	Sexually _____
Germs _____	Gallbladder _____	Alcoholism _____
Meals _____	Calories _____	Irritation _____
Disease _____	Depression _____	Constipation _____
Cancer _____	Miscarriage _____	Gonorrhea _____
Caffeine _____	Pregnancy _____	Inflammatory _____
Attack _____	Arthritis _____	Diabetes _____
Kidney _____	Nutrition _____	Hepatitis _____
Hormones _____	Menopause _____	Antibiotics _____
Herpes _____	Appendix _____	Diagnosis _____
Seizure _____	Abnormal _____	Potassium _____
Bowel _____	Syphilis _____	Anemia _____
Asthma _____	Hemorrhoids _____	Obesity _____
Rectal _____	Nausea _____	Osteoporosis _____
Incest _____	Directed _____	Impetigo _____
# of (+) Responses in List 1: _____	# of (+) Responses in List 2: _____	# of (+) Responses in List 3: _____
LEGEND: (+)=Correct (-)=Word not attempted (/)=Mispronounced word		Raw Score: _____
Red Lake Hospital, Red Lake MN 56671 4/98/JMcD		

Şekil 2.3. REALM testi [33].

Aşağıda REALM_R testi REALM testinin bir uyarlaması verilmiştir. Kelime sayısı 66 kelimedenden 10 kelimeye indirilmiştir. Böylece uygulama süresi de 2 dakikaya düşmüştür. Bu testin güçlü tarafı 2 dakikalık zaman süresi korunarak değerlendirmeye yeni kelimeler eklenebilmesidir. Bu da ölçeğin hastalıklara göre özelleştirilebilmesine olanak sağlar.

Testin sınırlılıkları da vardır. Bunlar, zayıf okuryazarlık becerisi olduğu düşünölen yaşlı ve azınlıklarda REALM-R'nin geçerlik çalışmalarıının yetersiz olması ve bu testin araştırma ve klinik ortamlardaki yararlılığının az biliniyor olmasıdır [35].

Çizelge 2.1. REALM_R testi REALM testinin bir uyarlaması

REALM-R WORLD TEST (REALM-R KELİME TESTİ)
Fat
Flu
Pill
Allergic
Jaundice
Anemia
Fatigue
Directed
Colitis
Constipation
Osteoporosis

2.8.6. Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Healthy Literacy in Adults, TOFHLA)

TOFHLA, İngilizce, İbranice ve İspanyolca olarak kullanılabilir. Testin ölçmeye çalıştığı okuryazarlık, bireyin sağlık sistemini anlayarak sistem içerisinde düzgün iletişim kurma becerisiyle ilişkilidir. Olağan okuryazarlık becerisini hedef almamaktadır. Test iki bölümden oluşur. Birinci bölüm katılımcılara bir etiket üzerindeki tıbbi talimatları ve bir tanı işlemi için yönergeleri sunar. Katılımcılar senaryoları gözden geçirerek sorulara yanıt verir. İkinci bölümde, katılımcılar tıbbi konular hakkında verilen metinleri (standart bir bilgilendirilmiş gönüllü olur formu, hasta hakları ve yükümlölükleri, üst sindirim sistemi radyografi serisine hazırlık için verilen talimatlar) okuyarak seçilen kelimeler ile (çoktan seçmeli listedeki kelimeleri kullanarak) boşluklu bölümleri doldurur. Erişkinlerde işlevsel

sağlık okuryazarlığı testi puanları 0-100 arasında değişmektedir.

Puanlama sistemi;

- Yetersiz Sağlık Okuryazarlık: 0-59
- Düşük(Marjinal) Düzey Sağlık Okuryazarlık: 60-74
- Yeterli Sağlık Okuryazarlık: 75-100 şeklindedir.

TOFHLA, sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için en sık kullanılan araçlardan biridir ve psikometrik özellikleri oldukça iyidir. Fakat uygulama süresinin uzun olması (kısa versiyonu için 7-10 dakika, uzun versiyonu için 18-22 dakika) bu testin en önemli dezavantajıdır [38, 39].

TOFHLA PUANLAMA	
Uygulanan TOFHLA	<input type="checkbox"/> Sayısal Beceri <input type="checkbox"/> Okuduğunu Anlama
Sayısal Beceri Ham Puanı (0-15)	□□
Sayısal Beceri Ağırlıklı Puanı	□□
Okuduğunu Anlama Ham Puanı	□□
Toplam Puan (Sayısal beceri ağırlıklı puanı + Okuduğunu anlama ham puanı)	□□□
Fonksiyonel Sağlık Okur Yazarlığı	<input type="checkbox"/> 0-59 (Yetersiz sağlık okuryazarlığı) <input type="checkbox"/> 60-74 (Düşük sağlık okuryazarlığı) <input type="checkbox"/> 75-100 (Yeterli sağlık okuryazarlığı)

Şekil 2.4. TOFHLA puanlama sistemi[38].

TOFHLA'nın kısaltılmış uyarlaması olan s-TOFHLA, yeniden düzenlenmiş çıkartmalı (Cloze) yöntemi kullanan, 36 maddelik süreli bir okuduğunu anlama testidir. Bir pasajdaki her 5-7 kelime çıkartılmış ve 4 çoktan seçmeli seçenek sunulmuştur. Kısaltılmış s-TOFHLA iki sağlık hizmet pasajı içerir; bunlardan bir tanesi, bir üst sindirim sistemi radyografi serisine hazırlık için verilen talimatlardan seçilmiştir. Diğeri ise bir Medicaid başvurusunda yer alan hastaların "Hakları ve Sorumlulukları" bölümünden alınarak yapılmıştır [38].

Hem klinik hem de toplumsal alanlarda sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için oldukça faydalı araçlar olmasına rağmen ne REALM ne de TOFHLA sağlık okuryazarlığının yapısal karmaşıklılığını yakalamak için yeterli değildir. Her ikisi de sağlıkla ilgili terimleri ve metinleri kullanarak temel yazılı okuryazarlığı ölmektedir. TOFHLA ek olarak rakamsal işlemleri de içeriyor olsa bile, sağlık okuryazarlığı, kelime tanıma, metin anlama ve matematiksel becerilerden daha fazlasını gerektirmektedir [28].

2.8.7. En yeni yaşamsal bulgu leği (Newest vital sign, NVS)

NVS, düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı olan bireyleri saptamada yüksek güvenilirlik kapasitesine sahip hızlı bir tarama yöntemidir. İngilizce ve İspanyolca olarak kullanılmaktadır. Katılımcıların bir dondurma kutusunun besin etiketindeki bilgileri ayıklaması ve daha sonra etiketteki bilgileri yorumlayarak 6 soruyu cevaplandırması istenir. Her doğru yanıt için 1 puan verilir ve puanların toplamı sağlık okuryazarlık düzeyini gösterir. 4'ten az puanlar sınırlı sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilir. NVS'deki işlemsel sorular hem okuduğunu anlamayı hem de matematiksel yeteneği değerlendirir. Tüm bu yetenekler temel sağlık bilgisini anlama ve yönetme ile doğrudan ilişkilendirilerek bir sonuca ulaşılır. NVS, sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde birinci basamakta zaman, maliyet ve klinik yararlar açısından fayda sağlamaktadır. Sınırlılıkları özgüllüğü nedeniyle düşük sağlık okuryazarlığını olduğundan daha fazla gösterebilmesi ve iyi ve sınırdaki sağlık okuryazarlığını çok iyi ayırt edememesidir [29].

Besleyici Özellikleri		
Bir öğün miktar		Yarım içecek
Bu kutudaki öğün miktar		4 öğün
Her öğündeki		
Kalori 250		Yağ Kalorisi 120
% olarak alınması gereken günlük miktar		
Toplam yağ	13 gr	%20
Doymuş yağ	9 gr	%40
Kolesterol	28 m gr	%12
Sodyum	55 m gr	%2
Toplam Karbonhidrat	30 gr	%12
Lif 2 gr		
Şeker 23 gr		
Protein	4 gr	
İçindekiler		
		% olarak alınması gereken günlük miktar 2000
Krema, yağsız süt, şeker, su, yumurta		kalorilik bir diyeteye göre hesaplanmıştır. Kalori
sarımsak, süt yağı, fıstık yağı, tereyağı, tuz,		ihtiyacına göre bu miktarlar çoğalıp azalabilir.
vanilya özü		

Şekil 2.5. Newest vital sign, NVS [29].

REALM ve NVS 2009 yılında Özdemir ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmış ve 456 hastanın SOY düzeyi belirlenerek sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılmıştır. İki testin okuryazarlık değerlendirmeleri arasında farklılık olduğu ve hastaların REALM testinde NVS'ye göre daha yüksek okuryazarlık düzeyi gösterdiklerini belirlemişlerdir. Bir diğer geçerlilik güvenilirliği yapılan ölçek de 2015 yılında Eyüboğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanan TOFHLA ölçeğidir. Önceden belirlenmiş iki diyabet kliniğine başvuran 302 hasta üzerinde yapılan bir çalışmayla ölçek Türkçe'ye uyarlanmış ve bu ölçekte yer alan 36 madde değerlendirilmiştir [39, 40].

2.8.8. Sağlık aktiviteleri okuryazarlığı ölçeği (Health activities literacy scale, HALS)

HALS, sağlıkla ilişkili beş alanda düzyazı, sayısal ve belge maddeleri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Bu alanlar; sağlığın teşviki, sağlık korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık hizmeti ve idamesi ve sistem yönlendirmesi olarak sıralanabilir [31]. Nüfus düzeyindeki sağlıkla ilişkili okuma kapasitelerinin anlaşılmasındaki potansiyel değere

sahip olsa da uzunluğu bir dezavantajdır. Test, 5 puan aralıklarla, 0-500 arasında geniş bir skor tablosu sunar ve tamamlanması yaklaşık 1 saat sürer. HALS'ın“konum belirleyici” versiyonunun tamamlanma süresi 30 ila 40 dakika arasındadır ve sağlık okuryazarlık düzeylerini gerçek bir skor vermeksizin 1, 2, 3 veya daha yüksek düzeylere ayırır. Bu, REALM ya da TOFHLA'nın kısa versiyonuna (S-TOFHLA) göre çok daha uzundur [41].

2.8.9. Geniş aralıklı ulaşım testi (Wide range achievement test, WRAT)

Bu test ortalama 20-30 dakika sürmektedir. Katılımcının aritmetik yeteneğini, okuduğunu anlama ve telaffuz düzeyini belirlemeye yönelik bir testtir. Ortalama 20-30 dakika sürmektedir. Sağlıkla ilgili yapılan araştırmalarda araştırmacılar genelde testin okuduğunu anlama bölümünü kullanmaktadır. Bu bölüm yaklaşık 5 dakika sürmektedir. Tıbbi terimler kullanılmaz ve eğitimde kullanım için standardize edilmiştir. Sadece İngilizcesinin mevcut olması dezavantajdır.

5-11 yaş çocuklar için seviye 1, 12-64 yaş için seviye 2'si mevcuttur. Test 3 bölümden oluşmaktadır.

- 1) Sözcükleri tanıma ve telaffuz bölümü: Bu bölüm 42 sözcükten oluşmaktadır.
- 2) Yazma bölümü: Bu bölüm 40 sözcükten oluşmaktadır.
- 3) Aritmetik hesaplama, rakamları okuma, yazılı olarak hesaplamalar yapma bölümü [35].

2.8.10. Avrupa sağlık okuryazarlığı anketi [European health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q) / Sağlık okuryazarlığı anketi- Avrupa Birliği (SOYA-AB)]

Avrupa'daki belirli ülkelerdeki nüfusun sağlık okuryazarlığını ölçmek ve karşılaştırmak amacıyla geliştirilen Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nı (HLS-EU) gerçekleştirmek için, Avusturya, Bulgaristan, Almanya, İrlanda, Hollanda, Polonya, İspanya ve Yunanistan'dan dokuz araştırma enstitüsünden oluşan HLS-EU Konsorsiyumu Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketini (HLS-EU-Q) geliştirilmiştir. Bu anket NVS ölçeğinin de dahil olduğu 47 sorudan oluşan bir ankettir [26].

Anket her biri 1 ile 4 arasında puanlanan bir ölçekte (1=çok zor, 2= zor, 3= kolay, 4= çok kolay) değerlendirilmiştir. Bu ölçek, her bir soruda belirtilen davranışın ne kadar “kolay” ya da “zor” olduğunun kişinin kendi algısına göre değerlendirilmesi ilkesine dayanmaktadır. Sorulara verilen cevaplara göre hesaplanan puan sonuçları şu şekilde değerlendirilir.

- 0-25 puan yetersiz sağlık okuryazarlığı,
- 25-33 sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı,
- 33-42 yeterli sağlık okuryazarlığı,
- 42-50 mükemmel sağlık okuryazarlığı [26].

2.8.11. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR) ve Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği-32 (TSOY-32)

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından çıkarılan yolda sağlık okuryazarlığı alanında büyük bir ihtiyaç olan “sağlık okuryazarlığını ölçme araçları” geliştirilmiştir. 28 Ekim 2013 tarihinde gerçekleştirilen ilk toplantı, 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi sırasında yapılmıştır. Bu toplantıda, yeni geliştirilecek ölçmek için “The European Health Literacy Survey (HLS-EU)” (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) çalışmasında geliştirilen çerçevenin kavramsal olarak kullanılmasına karar verilmiştir. Bu amaçla HLS-EU ölçeği Türkçe’ye çevrilerek çalışmaya sunulmuştur. Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalışmayı 19-20 Aralık 2013 tarihlerinde Ankara’da gerçekleştirilmiştir. Çalıştayda farklı disiplinlerden 17 uzman çalışmışlardır. Metodolojik araştırma yöntemi ile HLS-U ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği değerlendirilmiştir. Birinci çalışmanın sonucunda “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR)” ortaya çıkmıştır. Ardından, ASOY-TR’nin yeterli ve yetersiz olduğu alanları belirleyip, Türkiye’ye uygun bir aracın geliştirilmesi çalışması başlamıştır. İkinci çalışmanın çıktısı “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)”dir. Son olarak, uygulama daha az rastlanılan, ancak gerçek hayata daha yakın bir sorgulamayı hedefleyen bir senaryo ölçeğinin ilk sürümü yapılandırılmış ve tanımlayıcı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Daha sonra ASOY-TR’nin maddelerinin sahada nasıl işlediğinin görülmesi amacıyla yeni bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışma sonrasında, ölçeğin sağlık okuryazarlığını genel olarak ölçtüğü, ancak “tedavi ve hizmet”, “hastalıklardan

korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” boyutlarını ayrı ayrı tanımlama konusunda sıkıntılı olduğu görülmüştür. Bu nedenle, ülkemiz özelinde kavramsal çerçevenin “hastalıklardan korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” boyutlarının birleştirilerek birlikte değerlendirilmesine karar verilmiştir. Bu doğrultuda çalıştayda önerilen maddelerin kullanılması ile 32 maddelik bir likert ölçek geliştirilmiş ve 15 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Geliştirilen ölçek, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) olarak adlandırılmıştır [42].





3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Ankara ili Akyurt ilçesi sınırları içerisinde bulunan 18 yaş üstü bireylerin katılımı ile yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Akyurt ilçesinde gerçekleştirilmiştir. Akyurt ilçesi, Ankara'nın kuzeydoğusunda Ankara ilinin taşra (merkez dışı) ilçelerinden biridir. İlçenin 2018 yılı adrese dayalı nüfus sistemi verilerinde nüfusu 34.588 kişidir. Nüfusun %50,75'i erkek, %49,25'i kadındır. İlçede sağlık kurumu olarak; 1 toplum sağlığı merkezi, 1 devlet hastanesi, 4 aile sağlığı merkezi bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde toplam 10 aile hekimi hizmet vermekte ve aile hekimi başına ortalama 3500 kişi düşmektedir. İlçede 40 okul, 454 öğretmen, 7043 öğrenci bulunmaktadır. Sosyoekonomik olarak orta düzeyde bir ilçedir. Akyurt ilçesinde sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen bir çalışma daha önce yapılmadığından, bu düzey bilinmemektedir.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı

Araştırmanın evrenini; Ankara ili Akyurt ilçesinde bulunan 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır.

Araştırmanın planlanırken, araştırma yapılacak Akyurt ilçesinin 18 yaş üstü toplam nüfusu öğrenilmiştir. 18 yaş üstü toplam nüfus 23.384 kişi belirlenmiş ve %74 sınırlı-yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi [8] alınarak %5 sapma ve %95 güven aralığında 292 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem yöntemi olarak küme örneklem düşünülmüştür. Her mahalle bir küme olarak seçilmiş, Büyükşehir Belediye yasası ile birlikte köyler mahalle statüsü kazandığı için ve 5 merkez mahalle ile birlikte toplamda 26 küme

örnekleme alınmıştır. 292 kişi her kümenin nüfusuna göre ağırlıklandırılarak dağıtılmıştır. Mahallelere gidilince rastgele sayılar tablosundan seçilen ev numaralarına gidilerek her hanede 1 kişiye anket yapılması planlanmıştır. Fakat gidilen evlerde kişilere ulaşamama veya anket yapmayı reddetme nedenlerinden çalışmanın dizaynı revize edilmiştir. Araştırmacı ulaşabildiği 18 yaş üstü tüm gönüllüleri ayırım yapmaksızın araştırmaya dahil etmiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- Sağlık okuryazarlık düzeyi

3.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Yaşadığı yer
- Hanede yaşayan kişi sayısı
- Çalışma durumu
- Aylık geliri
- Sosyal güvence durumu
- Kronik hastalığı olma durumu
- Ailede kronik hastalığı olma durumu
- Spor yapma durumu
- Görsel iletişim araçlarını kullanma süresi
- Televizyonda izlediği program türleri
- Sigara kullanma durumu
- Alkol kullanma durumu
- Sağlık kurumlarına başvuru sayısı
- Sağlık kuruluşlarını tercih sırası
- Sağlık kuruluşlarına başvuru amacı

- Hastalık halinde ilk tercih ettiği kurum
- Sağlığını değerlendirme
- TSOY-32'ye göre sağlık okuryazarlığı durumu

3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı

Araştırmada veri kaynağı olarak “Ankara İli Akyurt İlçesi 18 Yaş Üstü Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi” anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmayı yürüten ekip tarafından hazırlanmıştır.

Anket 2 bölüm ve 55 sorudan oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü 23 sorudan oluşmakta ve katılımcıların demografik özellikleriyle ilgili sorular içermektedir. Anketin ikinci bölümünde 5’li likert tipi 32 önermeden oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği uygulanmıştır. Kullanılan anket formu ektedir (Ek-1)

3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda yüksek lisans öğrencisi olan araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan anket formu oluşturulduktan sonra 2018 yılı Mart ayında 10 kişiye ön uygulama yapılmış, aksayan yönler dikkate alınarak anket formu yeniden gözden geçirilmiş ve uygulama öncesi son halini almıştır.

Anketler katılımcılara Nisan-Haziran 2018 tarihleri arasında ve yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Bir anketin uygulama süresi ortalama 10-15 dakikadır.

3.8. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisi SPSS 15,0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama(\pm)standart sapma, ortanca (min; maks), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel yöntem olarak Pearson Ki-kare, Yates

Düzeltilmeli Ki Kare testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

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

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

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Soru numaraları 1-4, 2-3, 3-2, 4-1, 5-0 olacak şekilde tekrar kodlanarak toplam puan ve ortalama puan hesaplanmıştır. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı;

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır[80].

Ki kare tabloları oluşturulurken yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı grubu birleştirilerek “yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı”, “yeterli” ve “mükemmel sağlık okuryazarlığı” grubu birleştirilerek “yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı” grubu olarak gruplandırılmıştır.

Hanede yaşayan kişi sayısı analize alınırken 1, 2-3, 4 ve üzeri kişi olarak gruplandırılmıştır.

Eğitim durumu analize alınırken “okuryazar değil” olan 2 kişi araştırmaya dahil edilmemiş, “ilköğretim mezunu” ve “ortaokul mezunu” grubu birleştirilerek “ilköğretim, ortaokul veya mesleki ortaokul”, “liseler” birleştirilerek “lise veya dengi okullar”, “üniversite” “yükseköğrenim” “doktora” birleştirilerek “üniversite, yükseköğrenim ve

üzeri” olarak gruplandırılmıştır.

Çalışma durumu ayrıca “çalışan” “kendi evinin işleriyle meşgul-ev hanımı” “öğrenci” “emekli” ve “çalışmıyor” şeklinde gruplandırılarak analiz edilmiştir.

Genel olarak sağlığını değerlendirme durumu analize alınırken iki ayrı tablo olarak sunulmuştur. Birinci tabloda, “çok iyi” “iyi” “orta” “kötü” ayrı ayrı değerlendirilmiştir. İkinci tabloda, “iyi” ve “çok iyi” ile “orta” ve “kötü” grubu birleştirilerek analize alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Anket uygulaması araştırmacının ulaşabildiği kişilerle sınırlı kalmış, ulaşamadığı veya ulaştığı halde katılmak istemeyen kişiler çalışmanın dışında kalmıştır.
- Anket uygulaması esnasında, anketin süresinin uzun değerlendirilmesi ve sorulara bir süre sonra katılımcının ilgisini kaybetmesi sebebiyle, ankete katılmak istemeyen veya yarıda bırakan kişiler olmuştur.
- Anket uygulanırken özellikle TSOY-32 sorularına geçildiğinde katılımcılarda ilgi kaybı gözlemlenmiştir.



4.BULGULAR

Çizelge 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı-1, Ankara 2018

	Sayı	(%)*
Yaş Grupları (n=250)		
18-29 yaş	107	42,8
30-39 yaş	74	29,6
40-49 yaş	48	19,2
50-59 yaş	14	5,6
60 yaş ve üstü	7	2,8
Cinsiyet (n=250)		
Kadın	171	68,4
Erkek	79	31,6
Medeni Durum (n=250)		
Evli	173	69,2
Evli Değil	77	30,8
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı (n=250)		
Dört ve daha fazla	169	67,6
İki-Üç	77	30,8
Bir	4	1,6
Çocuk Sayısı (n=250)		
Yok	86	34,4
1	41	16,4
2	73	29,2
3	40	16,0
4	10	4,0
* Sütun Yüzdesi		

Çizelge 4.1’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı incelenmiştir. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde en büyük yaş grubunu 18-29 yaş arası oluşturmakta olup araştırmaya katılanların %42,8’ini bu yaş grubu oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların %29,6’sı 30-39 yaş, %19,2’si 40-49 yaş, %5,6’u 50-59 yaş aralığında olup, %2,8’i 60 yaş ve üzerindedir. Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında çalışmaya katılanların %68,4’ünü kadınlar oluşturmaktadır. Medeni duruma göre dağılıma bakıldığında %69,2’si evli, %30,8’i ise boşanmış, eşi vefat etmiş veya hiç evlenmemiştir. Hanede yaşayan kişi sayısına göre dağılımda %67,6 ile dört ve daha fazla kişi yaşayanlar çoğunlukta olup iki-üç kişi yaşayanlar araştırmaya katılanların %30,8’ini, yalnız yaşayanlar ise %1,6’sını oluşturmaktadır. Çocuk sayısına göre dağılıma bakıldığında %34,4 ile çocuk sahibi olmayanlar en yüksek oranda olup katılımcıların

%16,4'ü bir, %29,2'si iki, %16,0'ı üç, %4,0'ı ise dört çocuk sahibidir.

Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı-2, Ankara 2018

	Sayı	(%)*
Eğitim Durumu (n=250)		
Okuryazar değil	2	0,8
İlköğretim, ortaokul veya mesleki ortaokul	86	34,4
Lise veya dengi okullar	81	32,4
Üniversite Yükseköğretim ve üzeri	81	32,4
Çalışma Durumu (n=250)		
Çalışıyor	112	44,8
Kendi evinin işleriyle meşgul(ev hanımı)	77	30,8
Öğrenci	39	15,6
Emekli	6	2,4
İşsiz(çalışmıyor)	16	6,4
Aylık Bireysel Geliri (n=250)		
0	122	48,8
1300 TL ya da daha az	21	8,4
1301-2600 TL arası	52	20,8
2601-3900 TL arası	30	12,0
3901-5200 TL arası	10	4,0
5201 TL ve üstü	15	6,0
Sosyal Güvence Durumu (n=250)		
Sağlık Güvencem Yok	21	8,4
Genel Sağlık Sigortası	225	90,0
Özel Sigorta	4	1,6
Kronik Hastalık Varlığı (n=250)		
Yok	209	83,6
Var	41	16,4
Kronik Hastalıkların Dağılımı (n=41) ≠		
Kalp-Damar hastalıkları	18	7,2
Diyabet	9	3,6
Solunum sistemi hastalıkları	6	2,4
Diğer**	9	3,6
Ailede Kronik Hastalık Varlığı (n=250)		
Yok	163	65,2
Var	87	34,8
Ailede Kronik Hastalıkların Dağılımı (n=87) ≠		
Kalp-Damar hastalıkları	56	22,4
Diyabet	38	15,2
Solunum sistemi hastalıkları	24	9,6
Diğer***	7	2,8

Çizelge 4.2. (devam) Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı-2, Ankara 2018

Genel Olarak Kendi Sağlığını Değerlendirme Durumu (n=250)			
	Çok İyi	37	14,8
	İyi	113	45,2
	Orta/ ne iyi ne kötü	94	37,6
	Kötü	6	2,4
* Sütun Yüzdesi			
** Diğer: Eklem Romatizması, Kas Hastalığı, Gastrit, Hipotiroidi, Haşimoto Tiroidi, Epilepsi, Böbrek Yetmezliği, Guatr, Ailevi Akdeniz Ateşi			
***Diğer: Kanser, Böbrek Yetmezliği, Romatizma, Migren, Katarakt, Glokom			
≠ Birden fazla cevap işaretlenmiştir			

Çizelge 4.2’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre %32,4’ünü yüksek öğretim ve üniversite mezunu, %32,4’ünü lise ve dengi okullar mezunu, %34,4’ünü ilköğretim, ortaokul veya mesleki ortaokul mezunu olanlar, %0,8’i okuryazar olmayanlar oluşturmaktadır. Çalışma durumuna bakıldığında araştırmaya katılanların %44,8’i çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların %30,8’i ev hanımı , %15,6’sı öğrenci, % 2,4’ü emekli olup, %6,4’ü çalışmamaktadır. Aylık bireysel gelire göre dağılıma bakıldığında en yüksek oranla, araştırmaya katılanların %48,8’inin geliri yoktur. Katılımcıların %8,4’ü 1300 TL yada daha az , %20,8’i 1301-2600 TL arası, %12,0’ı 2601-3900 TL arası , %4,0’ı 3901- 5200 TL arası , %6,0’ ünün ise 5201 TL ve üstü gelir elde ettiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılanların Sosyal güvence durumuna bakıldığında %90,0’ı genel sağlık sigortasından, %1,6’sı özel sigortadan yararlandığını belirtirken, %8,4’ü sağlık güvencesi olmadığını belirtmiştir. Kronik hastalık varlığına göre dağılım incelendiğinde, araştırmaya katılanların %16,4’ünün kronik hastalığı olup bunların %7,2’si kalp-damar hastalıkları, %3,6’sı diyabet, %2,4’ü solunum sistemi hastalıkları ve %3,6’sı diğer kronik hastalıklar grubundandır. Ailede kronik hastalık varlığına göre dağılım incelendiğinde ise katılımcıların %34,8’inin ailesinde kronik hastalığı olan birey mevcut olup bunların %22,4’ü kalp-damar hastalıkları, %15,2’si diyabet, %9,6’sı solunum sistemi hastalıkları ve %2,8’i diğer kronik hastalıklar grubundandır. Kendi sağlığını değerlendirme durumuna göre dağılımına bakıldığında, en yüksek oran olarak, katılımcıların %45,2’si sağlığını iyi olarak değerlendirmektedir. Araştırmaya katılanların %14,8’i çok iyi , %37,6’sı orta , %2,4’ü kötü olarak değerlendirmektedir.

Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin alışkanlıklarına ait özelliklerin dağılımı, Ankara 2018

	Sayı	(%)*
Fiziksel Aktivite Yapma Durumu (n=250)		
Evet	100	40,0
Hayır	150	60,0
Günlük Ortalama Fiziksel Aktivite Süresi (n=250)		
Hiç	148	59,2
1 saatten az	56	22,4
1-2 saat arası	37	14,8
2-4 saat arası	8	3,2
4-6 saat arası	1	0,4
TV, Bilgisayar, Telefon vs Günlük Kullanım Süresi (n=250)		
Hiç	16	6,4
1 saatten az	36	14,4
1-2 saat arası	70	28,0
2-4 saat arası	54	21,6
4-6 saat arası	45	18,0
6 saatten fazla	29	11,6
TV, Bilgisayar, Telefon vs Kullanım Amacı ≠		
Dizi-Film İzlemek	120	48,0
Sosyal Medya	119	47,6
Haber Almak	118	47,2
Konuşmak	104	41,6
İş, Çalışma, Ödev vs	79	31,6
Müzik Dinlemek	79	31,6
Oyun Oynamak	32	12,8
Sigara Kullanımı (n=250)		
Kullanmıyor	191	76,4
Kullanıyor	59	23,6
Alkol Kullanımı (n=250)		
Kullanmıyor	239	95,6
Kullanıyor	11	4,4
* Sütun Yüzdesi		
≠ Birden fazla cevap işaretlenmiştir		

Araştırmaya katılanların %40,0'ı fiziksel aktivite yaptığını belirtirken, %22,4'ü günde ortalama 1 saatten az, %14,8'i günde ortalama 1-2 saat arası, %3,2'si günde ortalama 2-4 saat arası, %04'ü günde ortalama 4-6 saat arası fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Televizyon, bilgisayar, telefon vb. görsel iletişim araçlarını günlük kaç saat kullandıkları sorulduğunda katılımcıların %6,4'ü hiç kullanmadığını belirtirken, %14,4'ü günde ortalama 1 saatten az, %28,0'ı günde ortalama 1-2 saat arası, %21,6'sı günde ortalama 2-4 saat arası, %18,0'ı günde ortalama 4-6 saat arası, %11,6'sı günde ortalama 6 saatten fazla

kullandığını belirtmiştir. Televizyon, bilgisayar, telefon vb. görsel iletişim araçlarını hangi amaçla kullandıkları sorulup birden fazla şık işaretlemeleri istendiğinde %48,0'ı dizi-film izlemek, %31,6'sı müzik dinlemek, %47,2'si haber almak, %12,8'i oyun oynamak, %47,6'sı sosyal medya, %41,6'sı konuşma, %31,6'sı iş, çalışma, ödev vs amacıyla kullandıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların sigara kullanım durumu incelendiğinde %76,4'ü hiç kullanmadığını belirtmiş olup, %23,6'sı kullandığını belirtmiştir. Aynı şekilde alkol kullanım durumu sorgulandığında % 95,6'sı hiç kullanmadığını, %4,4'ü kullandığını belirtmiştir.

Çizelge 4.4. Araştırmaya katılan bireylerin sağlık kuruluşuna başvuru özelliklerinin dağılımı, Ankara 2018

	Sayı	(%)*
Yılda Ortalama Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayısı (n=250)		
Hiç	27	10,8
5'ten az	123	49,2
5-10 arası	56	22,4
10-15 arası	22	8,8
15-20 arası	9	3,6
20'den fazla	13	5,2
Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sebebi ≠		
Hastalık	217	86,8
Kontrol-Takip	105	42,0
Acil Durum	56	22,4
İstirahat Raporu	50	20,0
İlaç Raporu	14	5,6
Aşı	9	3,6
Diğer	0	0
Başvurulan Sağlık Kuruluşu ≠		
Devlet Hastanesi	171	68,4
Aile Sağlığı Merkezi	139	55,6
Üniversite Hastanesi	26	10,4
Özel Hastane	22	8,8
İşyeri Hekimi	5	2,0
Hastalık Halinde İlk Tercih (n=250)		
Aile Sağlığı Merkezi	129	51,6
Hastane Poliklinik	61	24,4
Acil Servis	56	22,4
Eczane	4	1,6
* Sütun Yüzdesi		
≠ Birden fazla cevap işaretlenmiştir		

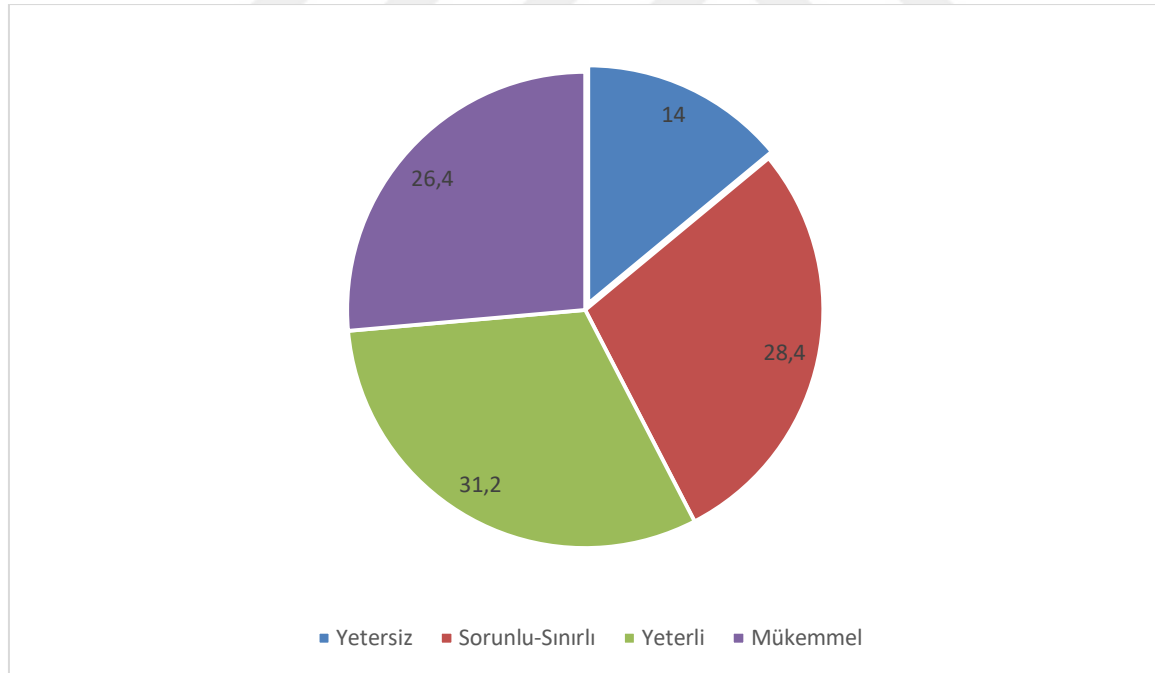
Katılımcıların yılda ortalama kaç kere sağlık kuruluşuna başvurdukları sorulduğunda %10,8'i hiç başvurmadığını, %49,2'si ortalama 5'ten az başvurduğunu, %22,4'ü ortalama 5-10 kez başvurduğunu, %8,8'i ortalama 10-15 kez başvurduğunu, %3,6'sı ortalama 15-20 kez başvurduğunu, %5,2'si 20'den fazla kez başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcılara sağlık kuruluşlarına hangi amaçla başvurdukları sorulup birden fazla şık işaretleyebilecekleri söylendiğinde %86,8'i hastalık nedeniyle, %27,2'si kontrol amacıyla, %14,8'i mevcut hastalığının takibi için, %20,0'ı istirahat raporu almak için, %22,4'ü acil durumlarda, %5,6'sı ilaç raporu talep etmek için, %3,6 aşı yaptırmak için başvurduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara genel olarak başvurdukları sağlık kuruluşları sorulduğunda %55,6'sı aile sağlığı merkezlerine, %68,4'ü devlet hastanelerine, %8,8'i özel hastanelere, %10,4'ü özel hastanelere, %2,0'ı işyeri hekimine başvurduğunu belirtmiştir. Hastalık halinde ilk olarak başvurmayı tercih ettikleri sağlık birimi sorulduğunda ise %51,6'sı aile hekimine, %24,4'ü polikliniklere, %22,4'ü acil servislere, %1,6'sı ise eczanelere başvurduğunu belirtmiştir.

Çizelge 4.5. Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 ölçeğine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı, Ankara 2018

	Sayı	(%)*
Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi(n=250)		
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı (≤ 25)	35	14,0
Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı (>25-33)	71	28,4
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı (>33-42)	78	31,2
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı (>42-50)	66	26,4
* Sütun yüzdesi		

Çizelge 4.5'te araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 Ölçeğine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı incelendiğinde yetersiz sağlık okuryazarlığı %14,0, sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı %28,4, yeterli sağlık okuryazarlığı %31,2, mükemmel sağlık okuryazarlığı %26,4 olarak raporlanmıştır.



Şekil 4.1. TSOY-32 Ölçeğine Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Dağılımı, Ankara, 2018

4.1. Karşılaştırmalı Bulgular

Çizelge 4.6. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı, Ankara 2018

	TSOY-32'ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu			
	Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel	
	Sayı	%*	Sayı	%*
Yaş Grupları (n= 250)				
18-29 Yaş	40	37,4	67	62,6
30-39 Yaş	39	52,7	35	47,3
40-49 Yaş	18	37,5	30	62,5
50 Yaş Ve Üstü	9	42,9	12	57,1
		$\chi^2 = 4,793$	$p = 0,188$	
Cinsiyet (n= 250)				
Erkek	37	46,8	42	53,2
Kadın	69	40,4	102	59,6
		$\chi^2 = 0,930$	$p = 0,335$	
Medeni Durum (n= 250)				
Evli	83	48,0	90	52,0
Evli Değil	23	29,9	193	70,1
		$\chi^2 = 6,431$	$p = 0,011$	
Çalışma Durumu (n=250)				
Çalışıyor	43	38,4	69	61,6
Kendi Evinin İşleriyle Meşgul (Ev Hanımı)	41	53,2	36	46,8
Öğrenci	8	20,5	31	79,5
Emekli	3	50,0	3	50,0
İşsiz(Çalışmıyor)	11	68,8	5	31,3
		$\chi^2 = 16,786$	$p = 0,002$	
Çocuk Sahibi Olma Durumu (n=250)				
Evet	82	50,0	82	50,0
Hayır	24	27,9	62	72,1
		$\chi^2 = 10,389$	$p = 0,001$	
Sosyal Güvence Durumu(n=250)				
Sağlık Güvencem Yok	17	81,0	4	19,0
Genel Sağlık Sigortası	86	38,2	139	61,8
		$\chi^2 = 16,129$	$p < 0,001$	
Öğrenim Durumu (n=248)				
İlköğretim, Ortaokul Veya Mesleki	46	53,5	40	46,5
Ortaokul	33	40,7	48	59,3
Lise Veya Dengi Okullar	27	33,3	54	66,7
Yükseköğretim Ve Üzeri				
		$\chi^2 = 7,121$	$p = 0,028$	

Çizelge 4.6’da araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin dağılımı incelenmiştir. 18-29 yaş grubunun %62,6’sı TSOY-32’ye göre yeterli-mükemmel olarak bulunmuş olup 30-39 yaş grubunun %52,7’si yetersiz-sınırlı olarak bulunmuştur. Yaş grubu ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlı değildir ($p = 0,188$). Araştırmaya katılan erkeklerin %53,2’si sağlık okuryazarlığı açısından TSOY-32’ye göre yeterli-mükemmel olarak değerlendirilmiş olup kadınların %59,6’sı yetersiz-sınırlı olarak değerlendirilmiştir. Cinsiyet, sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlı değildir ($p= 0,335$). Medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı durumu incelendiğinde evli olanların %52,0’ı TSOY-32’ye göre yeterli-mükemmel olarak değerlendirilirken, evli olmayanların %70,1’i yetersiz-sınırlı olarak değerlendirilmiştir. Medeni durum, sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlıdır ($p= 0,011$). Çalışma durumuna göre herhangi bir gelir getirici işte çalışan olanların %61,6’sı “yeterli – mükemmel” olarak değerlendirilmiş olup çalışma durumu sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlıdır ($p= 0,002$). Çocuk sahibi olmayanların %72,1’i TSOY-32’ye göre “yeterli – mükemmel” olarak değerlendirilmiş olup istatistiki olarak anlamlıdır ($p= 0,001$). Sağlık güvencesi olmayanların %81,0’ı TSOY-32’ye göre sağlık okuryazarlığı açısından yetersiz-sınırlı olarak değerlendirilmiş olup genel sağlık sigortasından faydalananların %61,8’i “yeterli – mükemmel” olarak değerlendirilmiştir. Sağlık güvencesi sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Öğrenim durumu yüksek öğrenim ve üzeri olanların %66,7’si TSOY-32’ye göre “yeterli – mükemmel” olarak değerlendirilmiş olup öğrenim durumu sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0,028$).

Çizelge 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin karşılaştırmalı bulguları, Ankara 2018

		TSOY-32'ye Göre Sağlık Okuryazarlığı Durumu			
		Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Aylık Gelir Durumu(n=250)					
	0	55	45,1	67	54,9
	1300 TL Ya Da Daha Az	10	47,6	11	52,4
	1301-2600 TL Arası	21	40,4	31	59,6
	2601-3900 TL Arası	14	46,7	16	53,3
	3901-5200 TL Arası	3	30,0	7	70,0
	5201 TL Ve Üstü	3	20,0	12	80,0
		$\chi^2=4,615$		$p=0,465$	
Kronik Hastalık Varlığı (n=250)					
	Yok	88	42,1	121	57,9
	Var	18	43,9	23	56,1
		$\chi^2=0,002$		$p=0,968$	
Fiziksel Aktivite Yapma Durumu (n=250)					
	Hayır	72	48,0	78	52,0
	Evet	34	34,0	66	66,0
		$\chi^2=4,815$		$p=0,028$	
Günlük Fiziksel Aktivite Süresi (n=250)					
	Hiç	73	49,3	75	50,7
	1 Saatten Az	16	28,6	40	71,4
	1-2 Saat Arası	12	32,4	25	67,6
	2-4 Saat Arası	4	50,0	4	50,0
		$\chi^2=9,433$		$p=0,024$	
TV, Bilgisayar, Telefon vs Günlük Kullanım Süresi (n=250)					
	Hiç	8	50,0	8	50,0
	1 Saatten Az	17	47,2	19	52,8
	1-2 Saat Arası	37	52,9	33	47,1
	2-4 Saat Arası	19	35,2	35	64,8
	4-6 Saat Arası	17	37,8	28	62,2
	6 Saatten Fazla	8	27,6	21	72,4
		$\chi^2=8,006$		$p=0,156$	

Çizelge 4.7'de karşılaştırmalı bulgular incelenmiştir. Aylık gelir durumu 1301-2600 TL arası olanların %59,6'sı TSOY-32'ye göre yeterli-mükemmel olarak bulunmuş olup 5201 TL ve üstü olanların %80'i TSOY-32'ye göre yeterli-mükemmel olarak bulunmuştur.

Aylık gelir durumu ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlı değildir ($p=0,465$). Araştırmaya katılanlardan herhangi bir kronik hastalığı olanların %57,9'u TSOY-32'ye göre yeterli-mükemmel olarak değerlendirilmiş olup herhangi bir kronik hastalığı olmayanların %56,1'i TSOY-32'ye göre yeterli-mükemmel olarak bulunmuştur. Kronik hastalığı olma ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlı değildir ($p=0,968$). Yürüyüş ve koşu dahil herhangi bir fiziksel aktivite yapanların %52,0'si TSOY-32'ye göre yeterli-mükemmel olarak değerlendirilirken, yapmayanların %66,0'ı yeterli-mükemmel olarak değerlendirilmiştir. Fiziksel aktivite yapma, sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlıdır ($p=0,028$). Günlük fiziksel aktivite yapma süresi ortalama 1 saatten az olanların %71,4'ü TSOY-32'ye göre yeterli – mükemmel olarak değerlendirilmiş olup ortalama 1-2 saat arası olanların %67,6'sı TSOY-32'ye göre yeterli – mükemmel olarak değerlendirilmiştir. Günlük fiziksel aktivite yapma süresi sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlıdır ($p=0,024$). Günlük ortalama televizyon, bilgisayar, telefon vs kullanımı 2-4 saat arası olanların %64,8'i TSOY-32'ye göre yeterli – mükemmel olarak değerlendirilmiş olup 6 saatten fazla olanların %72,4'ü TSOY-32'ye göre yeterli – mükemmel olarak değerlendirilmiştir. Günlük ortalama televizyon, bilgisayar, telefon vs kullanım süresi sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlı değildir ($p=0,156$).

Çizelge 4.8. Araştırmaya katılan bireylerin sağlıkla ilgili özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin dağılımı, Ankara 2018

		Yetersiz-Sınırlı		Yeterli-Mükemmel	
		Sayı	%*	Sayı	%*
Sigara Kullanma Durumu (n= 250)					
	Hayır	78	40,8	113	59,2
	Evet	28	47,5	31	52,5
		$\chi^2 = 0,809$		$p = 0,368$	
Alkol Kullanma Durumu (n= 250)					
	Hayır	102	42,7	137	57,3
	Evet	4	36,4	7	63,6
		$p = 0,764$			
Yılda Ortalama Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayısı (n=250)					
	5'den Az	56	37,3	94	62,7
	5-15 Arası	42	53,8	36	46,2
	15'den Fazla	8	36,4	14	63,6
		$\chi^2 = 6,089$		$p = 0,048$	
Hastalık Halinde İlk Tercih (n=250)					
	ASM	60	46,5	69	53,5
	Acil Servis	20	35,7	36	64,3
	Poliklinik	25	41,0	36	59,0
	Eczane	1	25,0	3	75,0
		$\chi^2 = 2,464$		$p = 0,482$	
Genel Olarak Kendi Sağlıkını Değerlendirme Durumu (n=250)					
	İyi/Çok İyi	52	34,7	98	65,3
	Orta ve Daha Kötü	54	54,0	46	46,0
		$\chi^2 = 9,183$		$p = 0,002$	

Ankete katılanlardan sigara kullananların %52,5'inin sağlık okuryazarlığı düzeyi TSOY-32'ye göre yeterli-mükemmel olup, sigara kullanmayanların %59,2'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi TSOY-32'ye göre yeterli-mükemmel olarak bulunmuştur. Sigara kullanma düzeyi sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,368$). Katılımcılardan alkol kullananların %63,6'sının sağlık okuryazarlığı düzeyi TSOY-32'ye göre yeterli-mükemmel olup, alkol kullanmayanların %57,3'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyi TSOY-32'ye göre yeterli-mükemmel olarak bulunmuştur. Alkol kullanma düzeyi sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,764$). Katılımcılardan yılda ortalama sağlık kuruluşuna başvuru sayısı 5'ten az olanların sağlık okuryazarlığı düzeyi %62,7 oranında yeterli-mükemmel olup, 15'ten fazla olanların

TSOY-32'ye göre sağlık okuryazarlığı düzeyi %63,6 oranında yeterli-mkemmek olarak bulunmuştur. Sağlık kuruluşuna başvuru oranı sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlıdır (p= 0,048). Katılımcılardan hastalık halinde ilk başvurdukları yer acil servis olanların %64,3'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli-mkemmek, eczane olanların %75,0'inin sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli-mükemmeldir. Hastalık halinde ilk başvuru yeri sağlık okuryazarlığı ilişkisi istatistiki olarak anlamlı değildir (p = 0,482). Katılımcılardan kendi sağlığını genel olarak çok iyi olarak değerlendirenlerin %70,3'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyi çok iyi olarak bulunmuş olup sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlığını değerlendirme ilişkisi istatistiki olarak anlamlıdır (p= 0,018).





5. TARTIŞMA

Bu çalışmada; katılımcıların büyük bir bölümünü %97,2 genç erişkin ve orta yaş grubu olan 18-59 yaş grubunun, yaklaşık %2,8'lik kesimini ise yaşlı grubunun oluşturduğu izlenmiştir. Genç yetişkin ve orta yaş grubunun fazla olması genel sağlık okuryazarlığı yönünden bu grubun değerlendirilmesine olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Katılımcıların yarısından fazlasının %68,4 kadın olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu; kadınların bu tarz anket araştırmalarına gönüllü olarak katılımının erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir. Ankete katılanların %69,2 sinin medeni durumu evli iken, evli olmayanların sayısı %30,8 olarak bulunmuştur. Bu durum ankete katılan genç nüfusun sayısının fazla olması ile ilişkilendirilebilir.

Katılımcıların yalnız %0,8'inin okuryazar olmadığı belirlenmiş olup, yaklaşık %64,8'inin en az lise düzeyinde eğitime sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların %94,8'i eğitim-öğretim kurumlarına ulaşılabilirliğin kolay olduğu il ve ilçe merkezlerinde yaşamaktadır. Bu bulgu, bu çalışma kapsamındaki hastaların genel okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların genel olarak sağlıklarını değerlendirme durumları incelendiğinde; büyük bölümü olan %45,2 si genel sağlığını 'iyi' olarak değerlendirmiş, yaklaşık %14,8'i ise 'çok iyi-mükemmel' olarak değerlendirmiştir. Bu çalışmada %60 lık gurup sağlığını iyi ve çok iyi olarak tanımlamasına rağmen diğer çalışmalardan farklı olarak %37,6 'sı ne iyi ne kötü olarak tanımlamaktadır. 2016 yılında Gazi Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada da katılımcıların yarısından fazlası genel sağlık durumlarını "iyi" olarak nitelendirmişlerdir[8]. Yine başkent üniversitesinde yapılan çalışmada bu çalışmayla benzer olarak, hastaların büyük çoğunluğu sağlığını 'iyi, çok iyi ve mükemmel' olarak (%80) değerlendirmiş olup, sadece %20'sinin sağlıklarını kötü ve çok kötü olarak değerlendirdikleri saptanmıştır[44]. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan sağlık istatistikleri yıllığında (2009) yer alan genel sağlık durumu değerlendirilmesi verilerine göre de benzer şekilde; katılımcıların %67'sinin genel sağlık durumlarını çok iyi/iyi olarak değerlendirdikleri rapor edilmiştir [8]. Çalışmamızda, sağlığını çok iyi olarak tanımlayanlarda sağlık okuryazarlığı yüksek (%70,3), iyi olarak tanımlayanlarda sağlık okuryazarlık düzeyi (%63,7), orta olarak tanımlayanlarda (%46,8), kötü olarak

tanımlayanlarda (%33,3) olarak görülmüştür. Bu bulgular eşliğinde; genel olarak sağlığını değerlendirme ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki görmekteyiz. Sağlık okuryazarlık düzeyi yükseldikçe kişi kendini daha sağlıklı olarak değerlendirmekte, sağlık okuryazarlık düzeyi düştükçe kişi, sağlığı anlamlandırmak ve yapacaklarına karar vermek noktasında eksiklikler hissetmektedir. Bu durumun sağlığını kötü olarak değerlendirmesine sebep olduğu düşünülebilir. Yaptığımız çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi diğer çalışmalara göre yüksektir, sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması kişinin sağlığını iyi ve kötü olarak tanımlama kabiliyetini yükseltmesini beklemekteyiz. Ülkemizde kronik hastalık prevalansının ve diğer hastalık durumlarının oranı düşünüldüğünde sağlıklı-iyi birey sayısının %52 civarında olması bekleriz[43]. Bu bağlamda çalışmamızda %60'lık grubun sağlığını iyi olarak anlamlandırması sağlık okuryazarlık düzeyindeki yükseklik ile ilişkilendirilebilir.

Sağlık okuryazarlık düzeyine yönelik yapılan kesitsel çalışmalarda; sağlık okuryazarlığı düşük kişilerde, genel sağlık bilgisinin ve sağlık düzeylerinin düşük olduğu, kronik hastalık yönetimlerinin kötü olduğu ve koruyucu hizmetleri kullanımlarının düşük olduğu ve bunun ölüm oranlarını artıran bir etmen olabileceği belirtilmektedir [36]. Bu çalışmada katılımcıların yaklaşık %16,4'ü kronik bir hastalığı bulunduğunu ifade etmiştir. Bunlar arasında en sık kalp-damar hastalıkları (%7,2) ve diyabet (%3,6) yer almaktadır. 2016 yılında Gazi Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %30'u kronik bir hastalıkları olduğunu ifade etmişlerdir [8]. Kronik hastalığı olanların sıklığının düşük olması sağlık okuryazarlığı açısından olumlu bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeğine (TSOY-32) göre sağlık okuryazarlığı yetersiz-sınırlı olanlar yaklaşık %42,4'lük kesimi oluştururken, %57,6'lık kısım yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Bizim yaptığımız bu çalışmada anlamlı bir yükselme mevcuttur. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında yetersiz-sorunlu kategoride %64'lük kısım yer almıştır [42]. Gazi Üniversitesi'nde 2016 yılında yapılan bir çalışmada yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi; yine Gazi Üniversitesi'nde aynı yılda yapılan başka bir çalışma ile çok benzer şekilde %26 olarak bulunmuştur [8]. Çorum il merkezinde yapılan bir çalışmada ise araştırma grubundaki tüm bireylerin %75'i sınırlı-çok sınırlı, %25'i yeterli SOY düzeyindedir [30]. Ankara'da ön lisans öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da yine düşük olarak, yaklaşık %30'unun yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Yurtdışında gerçekleştirilen

çalışmalarda ölçekten alınan puanların ve yeterli SOY düzeylerinin ülkemizdekilere göre nispeten daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sırbistan'da erişkin bireylerin %55'inin, Amerika'da %50'sinin, Avustralya'da %79'unun, Japonya'da %75'inin, İngiltere'de %61'inin, İrlanda'da %43'ünün, Missisipi'de %26'sının yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir. Bu durum ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeyinin pek çok ülkenin gerisinde olduğunu göstermektedir. Ancak yaptığımız bu çalışmada, diğer çalışmalardan farklı olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinde yükselme gözlenmektedir. Bu yükselme; kamu spotlarının, yazılı ve görsel medyanın sağlık üzerine yapmış olduğu yayınların, toplumda bir farkındalık oluşmasına katkı sağladığı ve halkın sağlık okuryazarlığının yükseldiği şeklinde yorumlanabilir.

Katılımcıların Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeğine (TSOY-32) göre sağlık okuryazarlığı durumlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği, kadınların yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı sıklığının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüş fakat bu yükseklik anlamlı bulunmamıştır. ($p=0,335$). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde kadın bireylerin sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. İlerleyen yaşla birlikte sınırlı sağlık okuryazarlığının bilişsel fonksiyonlarda ve duysal yeteneklerde azalmanın bir sonucu olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir. Fakat çalışmamızda yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlık düzeyinde anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir($p=0,188$). Bu durumu katılımcıların çoğunluğunun genç olması sebebiyle bilişsel fonksiyonlarda ve duysal yeteneklerde azalmanın beklenmemesi olarak yorumlayabiliriz. Bu çalışmada evli olmayan bireylerin, evli olanlara göre sağlık okuryazarlık düzeyi anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,011$). Çocuk sahibi olmayan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi anlamlı derecede çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Katılımcıların öğrenim durumuyla sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı derecede ilişki bulunmuştur($p=0,028$). Katılımcının eğitim düzeyi yükseldikçe yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı sıklığı da yükselmektedir. Avrupa Sağlık Okur-Yazarlığı Araştırması'nda, bütün ülkelerde genel eğitim düzeyi arttıkça sağlık okur-yazarlığı puanının arttığı saptanmıştır. Benzer çalışmalarda da aynı şekilde öğrenim durumu yükseldikçe sağlık okur-yazarlığı düzeyinin yükseldiği görülmektedir. Bu sonuç eğitim durumunun, sağlık okuryazarlığı konusunda önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir. Sosyal güvence

durumu değerlendirildiğinde genel sağlık sigortası olan ve sağlık güvencesi olmayan katılımcılar arasında genel sağlık sigortası olanların sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı bir artış bulunmuştur ($p < 0,001$). Bu durum sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça kişilerin sağlık güvencesine önem verdiği ve sağlık sigortası kapsamına dahil olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Katılımcıları gelir düzeylerine göre değerlendirdiğimizde; gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinde de artış görülmüştür, fakat istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmemiştir. Ankara üniversitesi tarafından yapılan yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarlama çalışmasında da ekonomik durum iyileştikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin de arttığı görülmektedir ($p = 0,046$)[13]. Bu durum; gelir düzeyi arttıkça kişinin sağlığıyla ilgili imkanlarının da arttığı ve sağlık okuryazarlığının artmasına katkıda bulunduğu düşünülebilir.

Katılımcıların kronik hastalığının olmasının veya ailede kronik hastalığı olan bireyin bulunmasının sağlık okuryazarlık düzeyi üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p = 0,465$)($p = 0,968$). Ayrıca sigara kullanan ve kullanmayan kişilerinde sağlık okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p = 0,368$), aynı şekilde alkol kullanım durumunun da sağlık okuryazarlığı üzerine etkisi gözlenmemiştir ($0,764$).

Katılımcılar arasında fiziksel aktivite yapan ve yapmayanlar olarak değerlendirdiğimizde; fiziksel aktivite yapan bireylerin fiziksel aktivite yapmayanlara göre sağlık okuryazarlık düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p = 0,028$). Ayrıca günlük fiziksel aktivite yapma saati arttıkça sağlık okuryazarlığında da artış görülmüştür ($p = 0,035$). Bu durum, sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin fiziksel aktivite yapmaya ve fiziksel aktiviteye önem verdiği şeklinde düşünülebilir. Yaptığımız çalışmada, telefon, bilgisayar, televizyon vb. görüntülü elektronik cihazları günlük kullanma süresiyle sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p = 0,156$). Bu durum, hayatımızın her alanına giren teknolojik cihazları sık kullanan veya kullanmayan bireyler arasında sağlık okuryazarlığı açısından fark oluşmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Katılımcıların yıllık ortalama sağlık kuruluşuna başvuru sayıları ve sağlık okuryazarlık düzeyleri değerlendirildiğinde, yıl içinde sağlık kuruluşlarına daha az başvuran bireylerin

sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğunu görülmüştür. Yıllık ortalama 5'ten az sağlık kuruluşuna başvuran kişiler ve yıllık ortalama 15'ten fazla sağlık kuruluşuna başvuran kişiler arasında sağlık okuryazarlık düzeyinde anlamlı bir artış gözlenmiştir ($p=0,048$). Bu durum, sağlık okuryazarlığı yüksek kişilerin sağlığı ile ilgili durumları daha iyi değerlendirdiği ve sağlığını daha kolay anlamlandırды, böylece gereksiz sağlık kuruluşlarına gitmediği şeklinde yorumlanabilir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesinin, sağlık kurumlarının gereksiz meşgul edilmesine engel olacağı ve sağlık harcamalarının azalmasına etki edeceği düşünülebilir. Hastalık halinde ilk tercih olarak aile sağlığı merkezlerini, acil servisleri, poliklinikleri veya eczaneleri tercih eden kişilerinde sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,482$). Kişinin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça önce birinci basamak tedavi kurumları daha sonra ikinci basamak tedavi kurumları ve üçüncü basamak tedavi kurumları şeklinde başvuru önceliğine sahip olmasını beklemekteyiz. Fakat bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi farklı olsa da ihtiyaç durumunda tercih edeceği tedavi yolu açısından fark oluşturmadığı düşünülmektedir. Bu durum, basamaklı tedavi kurumu anlayışının tam olarak oluşmadığı, bu sebeple kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık kurumlarına başvuru tercihi üzerine etkili olmadığı şeklinde yorumlanabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ankara ili Akyurt ilçesinde 18 yaş üstü kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Ankara ili Akyurt ilçesinde 18 yaş üstü bireylere uygulanan bu çalışmada yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi %57,6 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin; medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, fiziksel aktivite durumu ve sağlığını değerlendirme durumu gibi faktörlerden etkilendiği, ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyiyle sosyal güvence durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Eğitim-öğretim düzeyinin yükseltilmesine yönelik çalışmaların desteklenmesi,
- Genel sağlık sigortasının yaygınlaşması ve sağlık sigortası kapsamında olmayan vatandaşların sayısının azalması için, sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik faaliyetlerin yaygınlaştırılması,
- Fiziksel aktivitenin günlük hayattaki önemine dikkat çekilmesi, halkın fiziksel aktivite yapabileceği alanların genişletilmesi,
- Sağlık okuryazarlık düzeyini geliştirmeye yönelik toplumda farkındalık oluşturan projelere ağırlık verilmesi ve sayısının artırılması,
- Bu konuda ileride yapılacak çalışmalar için, katılımcıların değerlendirilmesinin daha nesnel kriterlere dayandırılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Kurudayıoğlu, M. ve Tüzel, S., (2010). 21.Yüzyıl Okuryazarlık Türleri, Değişen Metin Algısı ve Türkçe Eğitimi, *TÜBAR-XXVIII-/2010-Güz*, 283-298.
2. LONGMAN (2003), *Dictionary of Contemporary English*. UK: Pearson Longman, 944,945
3. Aşıcı, M., (2009). Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık, *Değerler Eğitim Dergisi*, 7(17), 9-26.
4. Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13 (4),349-64.
5. Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. *National Center for Education Statistics*, 6-58.
6. Learning, C., C., O. (2007). Health literacy in Canada: initial results from the International Adult Literacy and Skills Survey. *Ottawa, ON*, 8-38.
7. Durusu-Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray-Ready, F. N., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası*, 17-26.
8. Sağlık Bakanlığı (2016). *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara'da bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerin sağlık okuryazarlığı ve belirleyicilerinin saptanması*, Ankara.
9. Sağlık Bakanlığı (2018). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması*, Ankara.
10. Eroğlu, N. & Oflaz, N. K. (2017). Türkiye'de Yerleşik Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Genel Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkisi. *International Journal of Finance & Banking Studies* (2147-4486), 6(2), 44-59.
11. İnternet: TUİK Sağlık harcamaları istatistikleri 2017 haber bülteni, WebURL:https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/RAPORLAR/tuik_2018_saglik_harcamalari_2017.pdf

12. Berberoğlu, U., Öztürk, O., İnci, M. B., & Ekerbiçer, H. Ç. (2018). Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(3), 575-581.
13. Üçpunar, E. (2014). *Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
14. Hashempour, L. (2018). *Sağlık ve Diyabet Okuryazarlığı: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Örneği*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
15. Richmond, M., Robinson, C., Sachs-Israel, M., & Sector, E. (2008). The Global Literacy Challenge: A profile of youth and adult literacy at the mid-point of the United Nations Literacy Decade 2003–2012. *Paris: UNESCO. Retrieved August, 23, 10-28.*
16. Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*, 10(3), 248-255.
17. Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health promotion international*, 16(3), 289-297.
18. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in to the 21st Century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-267.
19. İnternet Health Promotion Glossary, Web
URL:<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> ,
Erişim tarihi: 28.06.2018.
20. Simonds, S. K. (1978). Health education: facing issues of policy, ethics, and social justice. *Health education monographs 6:Suppl. 1*, 18-27.
21. Çopurlar CK, Kartal M. (2016). What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 40-7.th education monographs 6:Suppl. 1, 10(1), 18-27.
22. İnternet: Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Web
URL:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/3/9789755903613_tur.pdf ,
Erişim tarihi: 15.04.2019, Bakanlık yayın no: Bakanlık Yayın No: 814, ISBN: 978-975-590-361-3.

23. Mitchell, B., & Begoray, D. (2010). Electronic personal health records that promote self-management in chronic illness. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3), 1-10.
24. İnternet: Healthy People 2010: Understanding and improving health, Web URL: <https://www.healthypeople.gov/2010/document/pdf/uih/2010uih.pdf> , Erişim tarihi: 20.08.2019.
25. Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 446-451.
26. İnternet: Kanj M, Mitic W. (2009). Health literacy and health behaviour. World Health Organization, Web URL: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf Erişim tarihi: 25.08.2019.
27. Watkins, K. (2007). Human Development Report 2007/8. Fighting Climate Change: Human Solidarity in a Divided World. Fighting Climate Change: *Human Solidarity in a Divided World (November 27, 2007)*. UNDP-HDRO Human Development Report, 24-162.
28. İnternet: WHO Regional Office for Europe. Health literacy: The solid facts 2013. Web URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf. Erişim tarihi: 25.08.2019.
29. Nielsen-Bohlman L, Panzer Allison M, Kindig D. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine of The National Academies. Washington: The National Academies Press, 65-81.
30. Yılmazel, G. (2014). *Çorum İli Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki*, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 5-30.
31. Safeer, R. S., & Keenan, J. (2005). Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*, 72(3), 463-468.
32. Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 878-883.
33. Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M., & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family Medicine-Kansas City-*, 34(5), 383-389.

34. Chew, L. D., Bradley, K. A., & Boyko, E. J. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Health*, 36, 588-94.
35. İnternet: Health Literacy Pogram
Web URL:<http://www.ama-assn.org/ama/pub/aboutama/ama-foundation/ourprograms/public-health/health-literacy-program.page>, Erişim tarihi: 02.01.2015.
36. Peiravian, F., Rasekh, H. R., Hashemi, H. J., Mohammadi, N., Jafari, N., & Fardi, K. (2014). Drug literacy in Iran: the experience of using “the single item health literacy screening (SILS) tool”. *Iranian journal of pharmaceutical research: IJPR*, 13(Suppl), 217-224.
37. Al Sayah, F., & Williams, B. (2012). An integrated model of health literacy using diabetes as an exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*, 36(1), 27-31.
38. Avcı, E. (2013). *Annelerin anne sütü ile ilgili sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirme aracı geliştirme, sağlık okuryazarlık düzeylerini ve etkileyen faktörleri saptama*. Tıp Fakültesi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
39. Eyüboğlu, E., & Schulz, P. J. (2015). Validation of Turkish health literacy measures. *Health Promotion International*, 31(2), 355-362.
40. Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of general internal medicine*, 10(10), 537-541.
41. Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., & Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research*, 25(3), 464-477.
42. İnternet: Sağlık Bakanlığı (2016). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*, Ankara.
WebURL:<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>
43. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara 2013
44. Başkent Üniversitesi Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Ziyafet Uğurlu



EKLER

EK-1. Çalışma anketi

Anket No:

ANKARA İLİ AKYURT İLÇESİ 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK ANKET

Bu araştırma; sağlık okuryazarlığına ait bilgilerin değerlendirilmesi amacıyla Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Elde edilen veriler sağlık okuryazarlığı konusunda yapılacaklara katkıda bulunacaktır. Anket ile edinilen bilgiler başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır.

Ankete katılmayı; Kabul ediyorum
Kabul etmiyorum (lütfen sebebini belirtiniz).....

1.Kaç yaşındasınız?.....

2.Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek

3.Medeni durumunuz nedir? 1. Evli 2.Evli değil

4.Çocuğunuz var mı? Cevabınız evet ise kaç çocuğunuz var?
1. Hayır 2. Evet (.....kız,erkek)5.Eğitim Durumunuz nedir?
1.Okuryazar değil 3. Lise veya dengi okullar
2.İlköğretim, ortaokul veya mesleki ortaokul 4.Üniversite, Yükseköğretim ve üzeri6.Yaşadığınız yer?
1.Şehir merkezi 2. İlçe Merkezi 3.Köy/Kasaba/Belde(Mahalle)

7.Hanede yaşayan kişi sayısı?.....

8. Şu an herhangi bir gelir getirici işte çalışıyor musunuz? Mesleğiniz?
(.....)
1.Çalışıyor 3.Öğrenci 5.İşsiz - Çalışmıyor
2.Ev Hanımı 4.Emekli9. Aylık geliriniz yaklaşık ne kadar?
1.1300 TL ya da daha az 3. 2601 TL-3900 TL arası 5. 5201 TL ve üstü
2.1301 TL-2600 TL arası 4. 3901 TL-5200 TL arası10. Sosyal güvence durumunuz nedir?
1.Sağlık güvencem yok 3. Özel Sağlık Sigortası
2.Genel Sağlık Sigortası(SSK,BAĞ-KUR,EMEKLİ SANDIĞI) 4.Yurtdışı Sigortalı

EK-1. (devam) Çalışma anketi

19. Alkol kullanıyor musunuz? 1. Hayır 2. Evet (Ayda ortalama.....gün alkol kullanıyorum)
20. Yılda ortalama kaç kez sağlık kuruluşu/kuruluşları muayene amaçlı başvurursunuz? 1. Hiç Gitmem (0) 3. Ortalama 5-10 arası 5. Ortalama 15-20 arası 2. Ortalama 5 ten az 4. Ortalama 10-15 arası 6. Ortalama 20 den fazla
21. Sağlık Kuruluşlarına muayene amaçlı başvurularınızda en çok hangi kurumu tercih edersiniz?(1 den 5 e kadar sıralayınız.) () . Aile Sağlığı Merkezi () . Özel Hastane () . İşyeri Hekimi () . Devlet Hastanesi () . Üniversite Hastanesi
21. Sağlık kurumlarına hangi amaçla başvuruyorsunuz?(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.) 1. Hastalık (Muayene) 5. Acil Durum (Acil Servis) 2. Genel Kontrol (Sağlıklı Muayene)(Tahlil)(Tarama) 6.Raporlu İlacın Reçete Edilmesi 3. Mevcut Hastalığın Kontrol/Takip 7. Aşısı (Bağışıklama) 4. Rapor (Ehliyet, sağlık, spor, ilaç vb raporlar) 8.Diğer (.....)
22. Hastalık halinde ilk tercihiniz hangisi olur? 1. Aile Sağlığı Merkezi (Aile Hekimi) 3. Poliklinik Hastane (Uzman Doktor) 2. Acil Servis Hastane 4. Eczane
23. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? 1.Çok İyi 2. İyi 3. Orta/Ne iyi Ne kötü 4. Kötü 5.Çok Kötü
24. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32(TSOY-32) Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok zor/zor/kolay/çok kolay” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1.Çok kolay	2.Kolay	3.Zor	4.Çok zor	5.Fikrim yok
24.1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
24.2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
24.3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
24.4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
24.5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					

EK-1. (devam) Çalışma anketi

		1.Çok kolay	2. Kolay	3.Zor	4.Çok zor	5.Fikrim yok
24.6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
24.7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
24.8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
24.9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
24.10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
24.11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
24.12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
24.13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
24.14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
24.15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
24.16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
24.17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
24.18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
24.19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
24.20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
24.21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
24.22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
24.23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					

EK-1. (devam) Çalışma anketi

		1.Çok kolay	2. Kolay	3.Zor	4.Çok zor	5.Fikrim yok
24.24	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
24.25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
24.26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
24.27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
24.28	Günelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek					
24.29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
24.30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
24.31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
24.32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-2. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/04/2018-E.18091



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

BE8RKS057

Sayı : 14574941-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Kazım Tolga ERSEN

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans öğrencisi Kazım Tolga ERSEN' in, etik kurul başvurusu ile ilgili olarak Üniversitemiz Etik Komisyonu' nun cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Aysel BERKKAN
Enstitü Müdür Yardımcısı

DAĞITIM
Gereği:
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığına

Bilgi:
Sayın Öğr. Gör. Asiye UĞRAŞ DİKMEN
Sayın Kazım Tolga ERSEN



Evrak Doğrulamak İçin: <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr>
Emniyet Mahallesi Abant Sokak NO10/2 E Blok Kat 5 06500 Yenimahalle ANKARA
Tel:0 (312) 202 33 87 Faks:0 (312) 202 82 20

Pin: 02981
Bilgi için :Veysel Gün
Tekniker

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. [Posta :saglikb@gazi.edu.tr](http://www.saglikb.gazi.edu.tr/) İnternet Adresi :<http://saglikb.gazi.edu.tr/> Telefon No:0312 202 3256

EK-2. (devam) Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/04/2018-E.64733



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

BECNKS829

Sayı : 77082166-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 12/02/2018 tarihli ve 14574941-302.14.06- 25073 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Halk Sağlığı Anabilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Kazım Tolga ERSEN'in, Öğr.Gör.Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN'in** danışmanlığında yürüttüğü "**Ankara İli Akyurt İlçesi Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması**" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **10.04.2018** tarih ve **03** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No:2018-095

Ek:1 Liste

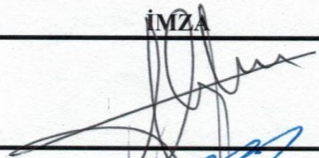




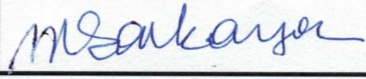


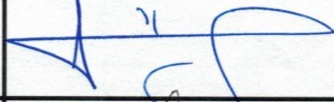
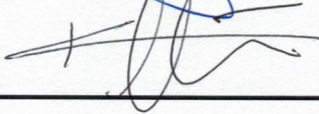


Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Esengül BOŞNAK
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:03122022666

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

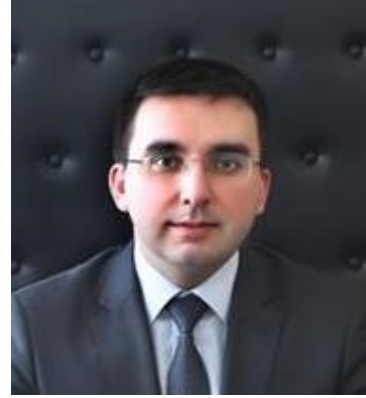
EK-2. (devam) Etik Kurul Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 10/04/2018	TOPLANTI SAYISI : 03
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	KATILAMADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	KATILAMADI
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILAMADI
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsun DEMİREL	
Doç.Dr.Nihan KAFA	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı :ERSEN, Kazım Tolga
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 17.06.1986, Eskişehir
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 0 (505) 707 50 60
 e-mail : ktersen@gmail.com



Eğitim Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi / Halk Sağlığı A.B.D.	Devam ediyor
Yüksek Lisans	Konya Selçuk Üniversitesi/Yönetim Organizasyon Bölümü	2013-2014 (terk)
Lisans	Anadolu Üniversitesi/Kamu Yönetimi Bölümü	2008-2015
Lisans	Konya Selçuk Üniversitesi/Meram Tıp Fakültesi	2005-2011
Lise	Konya Meram Fen Lisesi	2001-2004

İş Deneyimi, Yıl	Yer	Görev
2018-devam ediyor	Ankara Elmadağ İlçe Sağlık Müdürlüğü	İlçe Sağlık Müdürü
2016-2018	Ankara Akyurt 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	Aile Hekimi
2014-2016	Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri	05 nolu İstasyon Sorumlu Hekimi
2013-2014	Ankara Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi	Acil Servis Doktoru
2011-2013	Hatay Altınözü Devlet Hastanesi	Acil Servis Doktoru

Yabancı Dil

İngilizce - Arapça

Yayınlar

Ersen, K.,T., Uğraş Dikmen, A. ve İlhan, M.,N. (2019, Haziran). Ankara ili Akyurt ilçesi sağlık okuryazarlık düzeyi ve etkileyen faktörlerin saptanması, Poster 3. *13. İstanbul Aile Hekimliği Kongresi, Türkiye Aile Hekimliği Vakfı (TAHEV)*, 70-71.





GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..