**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ**

**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HSH-2019-001**

**BİR EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇALIŞANLARININ SAĞLIK OKUR YAZARLIK DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**Necati BÜKECİK**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Filiz ADANA**

**Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-18015 proje numarası ile desteklenmiştir.**

**AYDIN-2019**

# KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Necati BÜKECİK tarafından hazırlanan **“Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanlarının Sağlık Okur Yazarlık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler**” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 14/06/2019

Üye (Tez Danışmanı): Doç. Dr. Filiz ADANA ……………………  
 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Doç.Dr.Safiye ÖZVURMAZ …………………….  
 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Hür HASSOY …………………….

Ege Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ………tarih ve ……sayılı oturumunda alınan ………nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Cavit KUM

Enstitü Müdürü

# TEŞEKKÜR

Her zaman pozitif enerjisine, insanlarla kurduğu mükemmel iletişime hayran olduğum, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, kendisiyle tanışma imkânı bulduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim, sadece ders ve akademik çalışma değil sosyal açıdan da hayatımda rehber edindiğim, kendisinden birçok şey öğrendiğim ve öğreneceğim çok saygıdeğer hocam Doç. Dr. Filiz ADANA’ya teşekkürü bir borç bilir ve saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitim hayatım boyunca değerli bilgi ve becerileriyle beni yönlendiren, destekleyen, eğitimime katkı sağlayan çok değerli hocalarım Safiye ÖZVURMAZ’a ve Belgin YILDIRIM’a sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitim hayatım boyunca değerli bilgi ve becerileriyle beni yönlendiren, eğitim sürecimin başından sonuna kadar gerekli izinlerimde yardımcı olan desteklerini esirgemeyen Konya İl Sağlık Müdürü Prof. Dr. Mehmet Koç ve Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimi Mehmet Ali ERYILMAZ hocalarıma yine bu süreçte hep yanımda olan motivasyonumu güçlendiren Prof. Dr. Birol ÖZKALP hocama sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Hayatıma hep güzel dokunuşlar yapan, her daim başaracağıma inanan, çalışmalarım boyunca çalışmama imkan ve zaman sağlayan, sevgisi ile beni hayata bağlayan oğlum Ahmet Tuna ve kızım Nezahat Tuana’nın annesi, benim biricik hayat arkadaşım sevgili eşim Tuba BÜKECİK’e sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim sürecinde sürekli desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan başta Duygu YEŞİLFİDAN hocama, Dilek HASSOY ve Melek Yasemin SEVİMOĞLU olmak üzere tüm arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

[KABUL VE ONAY SAYFASI ii](#_Toc11190367)

[TEŞEKKÜR iii](#_Toc11190368)

[İÇİNDEKİLER iv](#_Toc11190369)

[SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ vi](#_Toc11190370)

[ŞEKİLLER DİZİNİ vii](#_Toc11190371)

[TABLOLAR DİZİNİ viii](#_Toc11190372)

[EKLER DİZİNİ ix](#_Toc11190373)

[ÖZET x](#_Toc11190374)

[ABSTRACT xii](#_Toc11190375)

[1.GİRİŞ 1](#_Toc11190376)

[2.SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 3](#_Toc11190377)

[2.1.Sağlık Okuryazarlığının Önemi 6](#_Toc11190378)

[2.2. Sağlık Okuryazarlığı Tarihsel Gelişimi 8](#_Toc11190379)

[2.3.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri 12](#_Toc11190380)

[2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler 14](#_Toc11190381)

[2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi 16](#_Toc11190382)

[2.5.1. Biçimsel Olmayan Değerlendirme 16](#_Toc11190383)

[2.5.2. Biçimsel Değerlendirme 18](#_Toc11190384)

[2.6. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları 23](#_Toc11190385)

[2.7. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı 28](#_Toc11190386)

[3. GEREÇ ve YÖNTEM 37](#_Toc11190387)

[3.1. Araştırmanın Tipi 37](#_Toc11190388)

[3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 37](#_Toc11190389)

[3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 37](#_Toc11190390)

[3.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri 37](#_Toc11190391)

[3.5. Araştırma Soruları 37](#_Toc11190392)

[3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 38](#_Toc11190393)

[3.6.1. Anket Formu 38](#_Toc11190394)

[3.6.2. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 38](#_Toc11190395)

[3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması 38](#_Toc11190396)

[3.8. Araştırmanın Uygulama Planı 39](#_Toc11190397)

[3.9. Araştırmanın Etik Yönü 39](#_Toc11190398)

[3.10. Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirilmesi 39](#_Toc11190399)

[3.11. Çalışma Planı (Eylül 2018-Haziran 2019) 40](#_Toc11190400)

[4.BULGULAR 41](#_Toc11190401)

[4.1.Katılımcıların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi 41](#_Toc11190402)

[4.2. Katılımcıların Sağlıklarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi 42](#_Toc11190403)

[4.3. Katılımcıların Okuryazarlık Düzeylerine İlişkini Bulguların Değerlendirilmesi 43](#_Toc11190404)

[4.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine İlişkin Bulgular 43](#_Toc11190405)

[TARTIŞMA 49](#_Toc11190406)

[SONUÇ VE ÖNERİLER 56](#_Toc11190407)

[KAYNAKLAR 58](#_Toc11190408)

[EKLER 70](#_Toc11190409)

[ÖZGEÇMİŞ 78](#_Toc11190410)

# SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

**ABD**  : Amerika Birleşik Devletleri

**AMA**  : Amerikan Tıp Birliği

**ASOY-TR** : Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Türkçe Uyarlanmış Hali)

**EU** : Avrupa Birliği

**IOM**  : Amerika Tıp Enstitüsü

**OECD**  : Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

**THSK**  : Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Mülga)

**TSOY** : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

**UNIWG** : Birleşmiş Milletler İnovasyon Çalışma Grubu

**WEF**  : Dünya Ekonomik Forumu

**WHO**  : Dünya Sağlık Örgütü

# ŞEKİLLER DİZİNİ

[**Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlığın Geliştirilmesi İlişkisi 5**](#_Toc9547825)

[**Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler 15**](#_Toc9547826)

[**Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığına Potansiyel Müdahale Alanları 27**](#_Toc9547827)

# TABLOLAR DİZİNİ

[**Tablo 1: Sağlığın Üç Etkinlik Alanına Uygulamak İçin Sağlık Okuryazarlığının Dört Boyutlu Matriksi 11**](#_Toc9547845)

[**Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri 13**](#_Toc9547846)

[**Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığının Spesifik Olarak Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar 19**](#_Toc9547847)

[**Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığının Genel Olarak Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar 20**](#_Toc9547848)

[**Tablo 5. Hasta Odaklı Araştırmalarda Kullanılan Sağlık Sonuçları 25**](#_Toc9547849)

[**Tablo 6. Katılımcıların Kişisel Özellikleri 41**](#_Toc9547850)

[**Tablo 7. Katılımcıların Sağlığa İlişkin Özellikleri 42**](#_Toc9547851)

[**Tablo 8. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Özellikleri 43**](#_Toc9547852)

[**Tablo 9. Katılımcıların Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Puanları 43**](#_Toc9547853)

[**Tablo 10. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeğine İlişkin Bulgular 44**](#_Toc9547854)

[**Tablo 11. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Puanlarının Karşılaştırılması 45**](#_Toc9547855)

[**Tablo 12. Katılımcıların Sağlığa İlişkin Özellikleri ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 46**](#_Toc9547856)

[**Tablo 13. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Özellikleri ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması 47**](#_Toc9547857)

[**Tablo 14. Katılımcıların Yaş, Çalışma Yılı, Okuma Aktivitesinden Hoşlanma Düzeyleri ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Puanları İlişkisi 48**](#_Toc9547858)

# EKLER DİZİNİ

[**Ek 1: Anket Formu 70**](#_Toc9547913)

[**Ek 2.Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 72**](#_Toc9547914)

[**Ek 3.Etik Kurul İzin Belgesi 75**](#_Toc9547916)

[**Ek 4.Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Belgesi 77**](#_Toc9547916)

# ÖZET

**Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanlarının Sağlık Okur Yazarlık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler**

**Bükecik N. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.**

Sağlık okuryazarlığı bireylerin okuryazarlık becerileri ve yetenekleri ile sağlık durumları arasında bir köprüdür. Sağlık okuryazarlığı hasta eğitimi ve hastalık yönetiminde önemli bir kavram olarak tanınmaktadır. Bu çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesi çalışanlarının sağlık okur yazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Araştırma Sağlık Bakanlığı’na bağlı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan çalışanlar ile Eylül 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 3239 kişi; örneklemi ise 1081 kişi oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak 17 soruluk anket formu ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma öncesi örneklem grubuna benzer özellik taşıyan bir hastanede ön uygulama yapılmış ve soruların anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Araştırma öncesi SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden kurul izni, Konya KTO Karatay üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay, gönüllülerden yazılı onam ve araştırmada kullanılan ölçeklerle ilgili araştırmacılardan gerekli izinler alınmıştır.

Elde edilen veriler SPSS 21.0 programında ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler (Aritmetik Ortalama, standart sapma, sıklık, yüzdelik), t testi, One Way ANOVA, Pearson Correlation test kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri bireylerin özellikleri, bağımlı değişkeni ise Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanıdır.

Araştırma sonuçlarından elde edilen bulgulara göre; katılımcıların % 53,7’si erkek, % 46,3’ü kadın; yaş ortalaması 34,76±7,80’dir. Katılımcıların %74,3’ü evli, %49,6’sı lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip, %49,1’i sürekli işçi kadrosunda, %49,4’ü en uzun süre büyük şehirde yaşamış, %51,4’ünün geliri giderine denktir ve çalışma yılları 9,81±6,97’dir. Yüksek eğitim düzeyine sahip olanların, doktor veya hemşire olanların, yüksek gelir düzeyine sahip olanların, iyi düzeyde sağlığa sahip olanların, kitap okuyanların ve sağlık okuryazarlığı kavramını bilenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda farklı örneklem gruplarında sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi; risk gruplarına yönelik eğitici aktivitelere yer verilmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Okuryazarlık, Sağlık Okuryazarlığı, Çalışanlar

# ABSTRACT

**Health Literacy and Related Factors, A Training and Research Hospital Staff**

**Bükecik N. Post Graduate Thesis for Public Health Nursing Program, Health Sciences Department, Aydin Adnan Menderes University, Aydın Turkey**

Health literacy is a bridge between individuals' literacy skills and abilities and health status. Health literacy is recognized as an important concept in patient education and disease management. This study is a cross-sectional study conducted in order to determine health literacy levels and related factors of the staff in an education and research hospital. The study was conducted between September 2018 and May 2019 with the staff of Konya Education and Research Hospital affiliated to the Ministry of Health. The population of the study consisted of 3239 people and the sample consisted of 1081 people. The questionnaire consisting of 20 questions and the European Health Literacy Scale were used as a data collection tool in the research. Before the study, an exercise application was performed in a hospital similar to the sample group and the comprehensibility of the questions was evaluated. Before the research, committee approval was obtained from SBU Konya Training and Research Hospital, research ethics committee approval from Konya KTO Karatay University Medication and Non-Medical Research Ethics Committee, written consent from the volunteers and required permissions from relevant researchers about the scales used in the research were obtained.

The obtained data were evaluated in SPSS 21.0 program in computer. Descriptive statistical analysis (Mean, standard deviation, frequency, percentage), Student t test, One Way ANOVA, Pearson Correlation test were used in the evaluation of the data. The independent variables of the study are the characteristics of individuals and the dependent variable is the European Health Literacy Scale.

According to the findings of the study, 53.7% of the participants were male and 46.3% were female and the mean age was 34.76 ± 7.80 years. 74.3% of the participants were married, 49.6% had undergraduate and above education level, 49.1% had permanent staff, 49.4% had lived in the city for the longest period, 51.4% has equal income and expenses and the working years is 9.81 ± 6.97. The level of health literacy of those with higher education levels, those who are doctors or nurses, those with high income levels, those with good health, readers and those who know the concept of health literacy was found to be high. Based on these results, it is advisable to evaluate health literacy levels in different sample groups and to include educational activities for risk groups.

**Keywords:** Health, Literacy, Health Literacy, Staffs

# 1.GİRİŞ

Bütün bireylerin en temel isteği ve hakkı sağlıklı olmaktır. Bu doğrultuda bireylere ve sağlık hizmeti veren kuruluşlara çeşitli sorumluluklar yüklenmiştir. Bireyler, sağlık ve hastalıklara ilişkin olarak bilgi sahibi olmak, sağlıkları ile ilgili karşılaştıkları sorunlarda kendilerine özgü olarak yaşam tarzlarını düzenlemekle sorumludur. Bireyler sağlıklarıyla ilgili konularda çeşitli önlemler alarak sağlıklarını koruma ve geliştirmeleri adına sağlık bilgisine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu bilgilere ulaşma, anlama ve uygulamasına yönelik becerilere “sağlık okuryazarlığı” denilmektedir. Sağlık okuryazarlığı bireylerin yaşadıkları toplumun yapısı, mevcut sağlık ve eğitim sistemi ile şekillenmektedir. Sağlık okuryazarlığı; yaş, eğitim, gelir durumu gibi sağlık belirleyicilerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık okuryazarlığına ilişkin de çeşitli politikalar geliştirilmektedir (Tanrıöver ve ark, 2014).

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi için sağlık hizmetine başvurduğu her alan çok değerlidir ve özellikle sağlık profesyoneli ile hasta iletişimi bu bağlamda bir fırsattır (Tanrıöver ve ark, 2014). Hasta memnuniyeti, sağlık bakım kalitesinin önemli bir göstergesi olduğu kadar tedaviye uyumu da öngörmektedir (Ilgaz ve Gözüm, 2016). Bu bağlamda hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin hasta ile iletişimin kalitesine, bunun da hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisi söz konusu olabilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı, okuyanın kendini sağlık profesyoneli yerine koyabilme, hastalığı teşhis edebilme, tetkik sonuçlarını yorumlayabilme, tedavi ve bakım hizmetlerini planlayabilme çabası değildir. Sağlık okuryazarlığı toplumdaki bireylerin, temel sağlık bilgisine sahip olma ve bu bilgi düzeyini sürekli artırma yönünde yapılan çabalarını ifade etmektedir (Tanrıöver ve ark, 2014).

Sağlık okuryazarlığı alanı, sağlıkla ilgili oluşturulacak politikaları önemli ölçüde etkilemektedir. Geçmişte sağlık konusundaki temel okur yazarlık olarak adlandırılan kavram 1990’lı yıllardan itibaren sağlık okur yazarlığı şeklinde anılmaktadır. Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık okuryazarlığı konusundaki becerileri kullanımından ziyade bu beceriler ile neler yaptıklarını kapsamaktadır. (Pelikan ve ark, 2012).

Sağlık hizmetleri sunumunda hizmetin sunulduğu gurubun sağlık okuryazarlık düzeyi büyük öneme taşır. Sağlık hizmetinin sorunsuz ve arzu edilen seviyede sunulması için eksiksiz bir iletişim kurulması, bireylerin sağlık okur yazarlık düzeyinin bilinmesi önemlidir. Çünkü verilen bilgi ile anlama düzeyi arasındaki farklar çoğu zaman sağlık risklerini beraberinde getirir.Zira iletişim sorununun yaşandığı durumlarda sunulan sağlık hizmetinin eksik veya yanlış uygulanması riski bulunmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması olumsuz sağlık sonuçlarına neden olur; sağlık okuryazarlığı yetersiz kişiler sağlıklarına ilişkin doğru karar alma, bilgi edinme, hizmetlerden yararlanma, hastalıklarını yönetme konularda sorun yaşamaktadır. (Weiss ve ark,2005).

Bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin verilen bilgileri anlama, önerileri etkin kullanma ve sağlık sisteminden yararlanma becerisi olan sağlık okur yazarlığı düzeyinin yalnızca özel gruplarda değil toplumun tüm kesimlerinde belirlenmesi sağlık hizmetlerinin sunumu için önem taşır. Ancak bir sağlık profesyoneli olsun ya da olmasın sağlığa ilişkin sorunları olan bireylerin başvurduğu hastanelerde çalışanların sağlık okur yazarlığı düzeyi toplumun tüm kesimlerini etkileme olasılığı taşır. Bu nedenle sağlık kurumlarında çalışan bireylerin sağlık okuryazarlığının belirlenmesinin önemi büyüktür. Böylece girişimsel çalışmalarla hastane çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi sağlık sonuçlarını iyileştirici çabalara rehberlik edebilir.

Bu çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesi çalışanlarının sağlık okur yazarlık düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Hastane çalışanlarının sağlık okur yazarlık düzeyleri nasıldır?
2. Hastane çalışanlarının sağlık okur yazarlık düzeyleri ile ilişkili faktörler nelerdir?

# 2.SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Tarih boyunca yaşanan sosyal değişimler, iletişim teknolojilerindeki ilerlemeler ve tıp teknolojisindeki gelişmeler bireylerin sağlıklarını ve sağlığa ilişkin algılarını büyük oranda değiştirmiştir. Son yüzyılda sağlık alanındaki değişimler sonucu daha etkin tedavi yöntemleri ortaya çıkmış, tedaviyle birlikte sağlığı koruma programları da önem kazanmaya başlamıştır. Enfeksiyon hastalıklarının yerini, yirminci yüzyılda kronik hastalıklara bırakmasıyla sağlığın sürdürülmesinde sağlık profesyonelleri ve sağlık merkezleri kadar bireylerin kendileri ve aileleri de önem kazanmıştır (Sezgin, 2013).

Gelişen teknoloji sonucunda yeni bir boyuta taşınan modern sağlık sistemi, sağlık hizmeti sunanlar, sağlık hizmetinden yararlananlar ve sağlık hizmetinden yararlanacak olanlar için geçen yüzyıla göre son derece karmaşık bir yapıdadır. Artık kişilerin hem bireysel, hem bölgesel, hem de küresel boyutta sağlık sorunları ve verilen sağlık hizmetleri ile ilgili olarak bilgilenmeleri, sorumluluklarını ve haklarını bilmeleri, sağlıklarına ilişkin karar verebilmeleri gibi yeni rolleri vardır (Tontuş, 2014). Sağlıkla ilgili bilgi sahibi olmanın önemi ve sağlık bilgisinin bu öznel niteliğinden dolayı ‘‘sağlık okuryazarlığı’’ kavramı ortaya çıkmış, sağlık okuryazarlığı başta sağlıkla ilgili kişi, kurum ve kuruluşlar olmak üzere birçok kesimin ilgi alanı olmuştur (Sezgin, 2013).

Sağlık okuryazarlığı pek çok sosyal, kişisel ve zihinsel yetenek ile birlikte sağlık sisteminde yer almak için kritik düşünme, problem çözme, karar verme, bilgi alma ve iletişim için gereken okuryazarlık becerilerinden doğmuştur (Mancuso, 2009). Böylece sağlık okuryazarlığı, toplumun değişen gereksinimlerini karşılamak amacıyla kavramsallaştırılmış, tanımlanmış ve ölçülebilir hale getirilmiştir (Berkman ve ark, 2011).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin okuryazarlık becerileri ve yetenekleri ile sağlık arasında bir köprüdür (Institute of Medicine, 2004). Sağlık okuryazarlığı hasta eğitimi ve hastalık yönetiminde önemli bir kavram olarak tanınmaktadır (Ishikawa ve ark, 2008). Sağlık okuryazarlığı kalite, maliyet kontrolü, güvenlik, sağlık bakımı kararlarına hastaların katılımını da içeren çok yönlü sağlık sistemi öncelikleri için merkezi bir konumdadır (Parker ve ark, 2005). Diğer bir ifade ile sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerinde hizmet kullanım tarafının en önemli bileşenidir (Sur ve Palteki, 2014).

Sağlık okuryazarlığına yönelik pek çok tanım yapılmıştır. Bu tanımlardan bazıları şunlardır:

‘‘Sağlık bakımı ortamındaki fonksiyonlar için ihtiyaç duyulan temel okuma ve sayısal görevleri yerine getirmeyi içeren beceriler kümesidir’’ (Journal of American Medical Association, 1999).

‘‘Bireylerin uygun sağlık kararlarını almada ihtiyaç duydukları sağlıkla ilgili temel bilgileri okuma, anlama ve kullanma yeteneğidir’’ (IOM, 2004).

‘‘Kişinin sağlık bakım ortamında işlevsel olmasını sağlayan temel sözel ve sayısal becerilerdir’’ (Safeer ve Keenan, 2005).

‘‘Kişilerin yaşam kalitesini artırmak ve sağlık risklerini azaltmak için sağlıkla ilgili bilgi ve kavramları arayıp bulma, idrak etme, değerlendirme ve kullanmadaki çok çeşitli yetkinlik ve becerileridir’’ (Zarcadoolas ve ark, 2006).

‘‘Bireylerin yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda görüşe sahip olma ve karar verme, sağlıklarını koruma, sürdürme ve geliştirme, yaşam kalitesini yükseltmede sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşım, sağlık ile ilgili bilgi ve mesajları doğru olarak algılama ve anlama konularındaki istekleri ve kapasiteleridir’’ (WHO, 2013).

Sağlık okuryazarlığına yönelik farklı tanımlar olduğu gibi sağlık okuryazarlığının hangi bileşenlerden oluştuğuna yönelik farklı görüşler de bulunmaktadır. Örneğin Kickbusch (2001) bu bileşenleri bilgiye erişim, bilgiyi uygun bulma, görüşme becerileri olarak belirtirken, Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü (IOM, 2004) kültürel ve kavramsal bilgi, dinleme, konuşma, aritmetik beceriler, yazma becerileri ve okuma becerileri olarak ifade etmektedir. Kanj ve Mitic (2009) ise sağlık okuryazarlığının bileşenlerini sağlık bilgisine erişim, sağlık bilgisini anlama, sağlık bilgisini değerlendirme ve iletişim olarak değerlendirmektedir.

Sağlık iletişiminin ayrılmaz bir parçası olan sağlık okuryazarlığına son dönemde ilginin artması ile tanımında gelişmeler olmuştur. Sağlık okuryazarlığı tanımı konusunda görüş birliği eksikliği, potansiyel olarak sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde veya önemli problemler için çözüm üretilmesinde gecikmelere neden olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı alanı hızla büyümekte, daha büyük ve daha disiplinler arası bir kitleyi dahil etmek için genişletilmektedir. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığının doğasının karmaşık ve çok yönlü olduğu daha fazla kabul edilmektedir (Berkman ve ark, 2011). Dünya Sağlık Örgütü de sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik bilgiye erişilmesi, bilginin anlaşılması, bilginin değerlendirilmesi ve iletişim yeteneğini de kapsayan biçimde sağlık okuryazarlığı kapsamının genişletilmesi gerektiğini belirtmiştir (WHO, 2008).

Literatürde bazen sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi gibi kavramların birbirinin yerine kullanılabildiği ve anlam karmaşasına neden olunduğu görülmektedir. Ancak bu kavramlar birbirleri ile ilgili olup farklı kavramlardır. Bu nedenle bu kavramların neyi ifade ettiği ve aralarındaki farkları belirtmek gerekmektedir.

Sağlık eğitimi bilgileri artırma veya tutumları etkileme yoluyla bireylerin ve toplumların sağlıklarını geliştirmeye yardımcı olmak için tasarlanmış öğrenme deneyimlerinin bir bileşimidir (WHO, 2016). Bu nedenle sağlık eğitimi, öğrenme amaçlı bilinçli şekilde yapılandırılmış fırsatlardan oluşur. Bilginin artırılması, birey ve toplum sağlığına yardımcı yaşam becerilerinin geliştirilmesi gibi sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için tasarlanmış bir iletişim şeklini içerir (Akdağ, Sağlık Bakanlığı Yayınları ,2011).

Sağlığı geliştirme, bireylerin sağlığı üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlığı geliştirmelerini sağlama sürecidir. Sağlığın geliştirilmesi sosyal olduğu kadar politik süreci de kapsar ve sağlığın geliştirilmesini sürdürmede katılım esastır. Sağlık okuryazarlığı ise katılımı teşvik eder, sağlığın geliştirilmesinin çıktıları arasında yer alır (Akdağ, Sağlık Bakanlığı Yayınları,2011). Bireyleri, kurumları ve toplumu güçlendirme temeline dayanan sağlığı geliştirme stratejilerinin beş alanı kapsar. Bireysel güçlendirme (sağlık eğitimi, sağlık okuryazarlığı), toplumsal güçlendirme, sağlık sisteminin güçlendirilmesi, sağlıklı toplum politikaları oluşturmada sektörler arası işbirliği ve sağlığı geliştirmede kapasiteyi artırmadır (Şimşek, 2012). Sağlığın geliştirilmesinin özünde tüketicilere sorumluluk yükleme ve dolayısıyla da tüketicilerin güçlendirilmesi vardır. Tüketicilerin güçlendirilmesi ise yüksek bir sağlık okuryazarlığı düzeyi ile mümkündür (Tanrıöver ve ark., 2014). Sağlık okuryazarlığı ve sağlığın geliştirilmesi ilişkisi Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlığın Geliştirilmesi İlişkisi (Tanrıöver ve ark., 2014)

Sağlık okuryazarlığı bireylerin, sağlığını destekleyecek ve sürdürecek bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ile motivasyonunu belirleyen hem bilişsel hem de sosyal becerileri temsil eder (Akdağ, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011). Sağlık okuryazarlığı sadece bireylerin, politikacıların veya sağlık sektöründeki profesyonellerinin sorumluluğu değildir. Birden çok sınırın, mesleğin ve sektörün kesişimi söz konusudur. Birden çok paydaşın katılımına ihtiyaç vardır. Bu paydaşlar halk, toplum temelli ve inanç temelli kuruluşlar, sağlık kurumları, düşük sağlık okuryazarlığı riski taşıyan gruplar, akademi ve iş toplulukları, resmi kurumlar, eğitimciler, sağlık iletişimcileri ve medyadır. Sağlık okuryazarlığını oluşturmada bu paydaşların girişimleri günlük hayat içerisine entegre edilmelidir (WHO, 2013).

## 2.1.Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı kendi sağlıklarını yönetme ve karar alma kapasitelerini etkilediği için tüketiciler, tüketiciler ile ilişkileri ve sağlık hizmeti sunumunu etkilediği için sağlık bakımı sunanlar, sağlık sistemlerinin karmaşıklığı ve tüketicilerin sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde kullanabilmesi nedeniyle kanun yapanlar ve yöneticiler için önemlidir. Sağlık okuryazarlığı aynı zamanda toplumun genel sağlığına katkıda bulunması, dolayısıyla toplumun üretkenliğine katılması ve üretkenliğinde payı olması nedeniyle de önemlidir. Diğer taraftan sağlık okuryazarlığı belirlenerek sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkı sağlanabilir (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2014). Mevcut literatürde sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı için önemini ortaya koyan 6 genel temadan bahsedilmektedir (Kanj ve Mitic, 2009):

**Çok Sayıda Kişiyi Etkilemesi:** Bazı ülkelerde yetişkin okuryazar oranı yüksek iken bazı ülkelerde düşüktür. Dünya nüfusunun yaklaşık %16’sı temel okuryazarlık becerilerinden yoksundur. Bu nüfusun üçte ikisini kadınlar oluşturmaktadır. Farklı ülkelerde yapılan araştırmalar insanların sağlık bilgisini ve sağlık hizmetini elde etme, anlama, ona uygun davranma ve kendi sağlıkları için uygun karar almada yetersizlikler olduğunu göstermiştir.

Olumsuz sağlık sonuçları: Okuryazarlık düzeyleri eğitim, yaş, etnik köken ile ilgili olsa da yapılan çalışmalar sınırlı okuryazarlığının ilaç hataları, hastalık ve tedavileri anlamadaki eksikliklerden dolayı sıklıkla kötü sağlığın bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. DeWalt ve arkadaşlarının 2004’te yaptığı sistematik bir derlemede sınırlı okuryazarlığın sağlık sonuçları ile bağlantılı olduğu, Baker ve arkadaşları tarafından 2009’da yapılan başka araştırmada yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek ölüm oranı ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Diğer taraftan düşük sağlık okuryazarlığı olan insanlar daha fazla hastaneye yatma, daha az koruyucu sağlık hizmeti alma eğilimindedir.

**Kronik hastalık oranlarının artması:** Dünya Sağlık Örgütü dünya genelinde tüm yaşlar için ölümlerin çoğunun kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi kronik hastalıklardan kaynaklandığını belirtmektedir. Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıkların bireysel yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır. Kronik hastalıkların yönetiminde, bireylerin kendilerine sunulan sağlığa ilişkin bilgileri anlaması, yaşam tarzını değiştirmesi, sağlığına yönelik uygun karar vermesi ve gerektiği zaman sağlık hizmetlerine ulaşması gerekmektedir.

**Sağlık bakım maliyetleri:** Sağlık okuryazarlığının düşük olması bağlantılı ekonomik maliyetleri değerlendirmek, düşük sağlık okuryazarlığı yaygınlığına ilişkin verilerin eksik olması ve sağlık okuryazarlığının nelerden oluştuğuna yönelik önemli tartışmalardan dolayı zordur. Ancak bu engeller özellikle sağlık bakım sistemleri, sağlık hizmeti erişimi ve kullanımı alanlarında çalışan bazı araştırmacıların maliyetler hakkında tahminler yapmasını engellemez. Düşük sağlık okuryazarlığının ekonomik etkilerine yönelik çoğu çalışma Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılmıştır. Vernon ve arkadaşlarının 2007’de ulusal verilere dayalı olarak yaptığı bir çalışmada, düşük sağlık okuryazarlığının maliyetinin yıllık olarak 106 ila 238 milyar Amerikan Doları arasında olduğu belirtilmiştir. Düşük sağlık okuryazarlığının maliyeti hakkında ilk sistematik incelemeyi 2009’da yapan Eichler ve arkadaşları da düşük sağlık okuryazarlığının sağlık bakımında yıllık %3-5 oranında ek maliyet getirdiğini ifade etmiştir.

**Sağlık bilgisi talepleri:** Son 30 yılda bilgilendirilmiş onam formları ve ilaç prospektüsleri gibi sağlıkla ilgili çeşitli materyalleri değerlendiren 800’den fazla çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar hedef gurubun okuma becerileri ile sağlık materyallerini okuma düzeyleri arasında bir uyumsuzluk olduğunu göstermiştir. Sıklıkla mesleki ve teknik dilin kullanılması, sağlıkla ilgili çoğu kaynağın kullanımını da gereksiz yere zorlaştırmaktadır. Bilgiyi iletmenin tek yolu ise okumaktır. En azından sıklıkla kullanılan kelimeler belirlenerek hekimler ve hastalar arasında başarılı bir iletişimle bu zorlukların üstesinden gelinebilir.

**Eşitlikçilik:** En kötü sağlık sonuçları olanların sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında önemli bir araçtır. Volandes ve Paasche-Orlow (2007) yetersiz sağlık okuryazarlığı kaynaklı kötü sağlık sonuçlarını etik bir sorun olarak görmektedir. Bu durumu sağlık bakım sisteminin temel bir adaletsizliği olarak düşünmekte ve bu adaletsizliği düzeltmeye yardımcı olabilecek üç öneri sunmaktadır: Tüm sağlık bakım kullanıcıları için yetersiz sağlık okuryazarlığına yönelik evrensel önlemler alınması, teknoloji destekli iletişimin yaygınlaştırılması ve sağlık okuryazarlığını geliştirmek için klinik teşviklerin sağlanması.

## 2.2. Sağlık Okuryazarlığı Tarihsel Gelişimi

Sağlık okuryazarlığı üzerinde artan vurgu sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirmenin hem başarılı hem de başarısız stratejilerinin uzun bir geçmişinden kaynaklanmaktadır (Zarcadoolas ve ark, 2006). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar 1950’lerde başlamıştır. İlk olarak 1950-1970 yılları arasında üçüncü dünya ülkelerinde gebelik eğitimi, cahillik ve halk sağlığını etkileyen konulara yönelik çalışmalar yapılmıştır. 1970-1980 yılları arasında sosyo-ekonomik düzey-sağlık düzeyi çalışmaları, eğitim düzeyi ile sağlıklı olma arasındaki ilişki irdelenmiş (Akalın, 2012), sağlık okuryazarlığı terimi 1974 yılında Simonds tarafından ‘‘Health Education as Social Policy’’ başlıklı makalede kullanılmıştır. Bu makalede sağlık eğitimi sağlık sistemini, eğitim sistemini ve kitle iletişimini etkileyen politikalarda sorun olarak tartışılırken, sağlık okuryazarlığı tüm okullardaki sınıf düzeyleri için asgari standartları karşılayan sağlık eğitimi olarak tanımlanmıştır (Ratzan, 2001).

1980-1990 yılları arasında sağlık okuryazarlığını değerlendirme ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiler hakkında çalışmalar yapılmıştır (Tanrıöver ve ark., 2014). Ottawa’da 1986 yılında toplanan “Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı” sonunda yayınlanan Ottawa Sözleşmesinde sağlığı geliştirme çalışmalarının sadece sağlık sektörünün çabası ile gerçekleştirilmesinin mümkün olmadığı, bu nedenle farklı sektörlerin sağlığı geliştirmede sorumluluk almaları gereğini belirtilmiştir. Bu kapsamda bilim dünyası tarafından geliştirilen bilgilerin topluma anlaşılır bir dille ve ulaşılabilir araçlarla iletilmesi ve toplumun uygun davranış geliştirmesi üzerinde durulmuş, sağlık okuryazarlığı kavramı gündeme gelmiştir (Bilir, 2014).

Okuryazarlık, yetişkin eğitimi, sağlığın geliştirilmesi alanlara temellenen araştırmalar sağlık okuryazarlığı kavramı 1990’lı yıllardan itibaren daha ciddi bir şekilde tartışılmaya ve tanımlanmaya başlanmış, (Nutbeam, 2008). Amerika Birleşik Devletleri’nde 1992 yılında gerçekleştirilen ‘‘Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL)’’ araştırmasından sonra sağlık okuryazarlığına yönelen ilgi artmış; araştırma bulgularının olumsuz çıkması özellikle sağlık bakımı araştırmacıları, klinisyenleri ve politikacıları harekete geçirmiştir (Egbert ve Nanna, 2009).

1990’larda sağlık okuryazarlığı araştırmalarının ve programlarının genişletilmesi ile sağlık okuryazarlığında klinik bakım ve halk sağlığı olmak üzere iki farklı yaklaşım benimsenmiştir. Klinik yaklaşım genellikle hasta ile sağlık hizmeti sunanlar arasındaki etkileşimleri kapsamış, Amerika Birleşik Devletleri’nde ve Avrupa’da sağlık okuryazarlığı çalışmalarının odak noktasını oluşturmuştur. Halk sağlığı yaklaşımı ise gelişmekte olan ülkelerde daha belirgin olmuş ve bu yaklaşımı benimseyen organizasyonlar sadece toplumun büyük gruplarının sağlığını geliştirmek için değil aynı zamanda aynı gruplara eğitim olanakları sağlamak için de çalışmıştır (IOM, 2004). Amerika Birleşik Devletleri’nde ve Avrupa’da sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmalara daha önce başlanması ve sağlık okuryazarlığının öneminin kavranması sebebiyle sağlık okuryazarlığında klinik yaklaşımın daha baskın olduğu söylenebilir (Egbert ve Nanna, 2009).

2000’li yıllara gelindiğinde çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşların sağlık okuryazarlığına ilişkin raporlar yayınlamaya başladığı görülmektedir. Bu kuruluşlar arasında Dünya Sağlık Örgütü (2001), İngiliz Tüketici Konseyi (2004), Avrupa Birliği (2005), Amerikan Tabipler Birliği (2003), Amerika Tıp Enstitüsü (2004), Amerikan Sağlık Bakanlığı (2000, 2010) yer almaktadır. Bu raporlar içinde en çok ses getiren ve konuya yön veren rapor Amerikan Tıp Enstitüsü’nün (IOM, 2004) yayınladığı rapor olmuştur (Akalın, 2012).

2003 yılında yeniden yapılan Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesinde (NAAL) Amerika Birleşik Devletleri’ndeki yetişkinlerin sağlık ile ilgili bilgileri okumasına ve anlamasına yönelik okuryazarlık becerilerini belirlemek için sağlık okuryazarlığı bileşenleri ilk kez değerlendirilmiştir. Değerlendirmede ilaç bilgileri, tıbbi talimatlar, sağlık sigortası formlarını da kapsayan sağlıkla ilgili materyaller kullanılmıştır (White ve Dillow, 2003). Bu araştırmada 1992 yılında yapılan araştırma sonuçları ile karşılaştırma da yapılmış, sonuçların pek de değişmediği görülmüştür.

Diğer taraftan Dünya Sağlık Örgütü’nün Tayland’ın başkenti Bangkok’ta düzenlediği 6. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansında (WHO, 2005), Kenya’nın başkenti Nairobi’de gerçekleştirdiği 7. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansında (Kanj ve Mitic, 2009) ve Finlandiya’nın başkenti Helsinki’de yapılan 8. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansında (WHO, 2013a) sağlık okuryazarlığının önemine değinilmiştir. 21-24 Kasım 2016 tarihlerinde Çin’in Şanghay kentinde sağlık ile sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin bağlantılarının tartışıldığı 9. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansında da sağlıklı şehirler ve iyi yönetim ile birlikte sağlık okuryazarlığı 3 ana temadan birisi olarak belirlenmiştir (WHO, 2016a). Dünya Sağlık Örgütünün bu çalışmaları ile sağlık okuryazarlığını ne kadar önemsediği açıkça görülmektedir.

Sağlık okuryazarlığına ilginin artmasına rağmen araştırmacılar arasında sağlık okuryazarlığının tanımına ilişkin bir uzlaşıya varılamamış, her biri farklı bakış açısı sunan pek çok farklı tanım geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığının en çok kabul gören tanımları Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Amerikan Tıp Birliği (AMA) ve Amerika Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından geliştirilmiştir (Egbert ve Nanna, 2009). Bu tanımlar ‘‘sağlık okuryazarlığı’’ başlığı altında verilmiş olup aşağıda kronolojik olarak önem arz eden farklı yazarların bakış açılarına ve sağlık okuryazarlığına ilişkin farklı kavramsal yapılara değinilmiştir.

Baker (2009), sağlık okuryazarlığının hem bireylerin hem de sağlık bakım sisteminin özelliklerinden etkilendiğini belirterek bir model geliştirmiştir. Bu modelde bireysel kapasitenin sağlıkla ilgili yazılı ve sözlü okuryazarlık ile etkileşiminden doğan kavramsal bilgi, sağlık okuryazarlığına imkan tanıyan bir kaynak olarak değerlendirilmiş ancak tek başına sağlık okuryazarlığını oluşturmadığı vurgulanmıştır. Bireysel kapasitenin yanı sıra okuma ve iletişim kurma becerilerine de değinilmiştir (Baker, 2009).

Paasche-Orlow ve Wolf (2007), tıp ile halk sağlığı literatüründeki mevcut bulgulardan yola çıkarak kavramsal bir model ortaya koymuş, sağlık okuryazarlığının hem hasta hem de bir sistem fenomeni olarak incelenmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu modelde sağlık okuryazarlığının sağlık bakımının kullanılmasını, sağlık bakımına erişilmesini, hasta ve sağlık bakımı sunanlar arasındaki iletişimi ve bireylerin özbakımını etkilediği vurgulanarak sağlık sonuçlarının bir belirleyicisi olduğu ifade edilmiştir (Paasche Orlow ve Wolf, 2007).

Nutbeam (2008), sağlık okuryazarlığını klinik tedavi ve halk sağlığı bakış açısılarıyla ele almış, sağlık okuryazarlığını klinik tedavi yaklaşımında risk, halk sağlığı yaklaşımında ise kişisel kazanç olarak değerlendirmiştir. Sağlık okuryazarlığının kavramsallaştırılmasının yanı sıra hem klinik ortamda, hem de kamuya açık ortamlarda sağlık iletişiminin geliştirilmesinin önemli olduğunu belirtmiştir (Nutbeam, 2008).

Von Wagner ve arkadaşları (2007), Paasche- Orlow and Wolf’un yaklaşımını izleyerek sağlık eyleminin belirleyicilerini; sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım, hasta-sağlık bakımı sunucusu etkileşimleri ile hastalık ve sağlık yönetimi olmak üzere üç kategoride ele almıştır. Bu çerçevede sağlık okuryazarlığının bilişsel beceriler, bilgi ve ömür boyu elde edilen tecrübelerin bir bileşimi olduğu belirtilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık eylemi arasındaki ilişkinin motivasyon ve beceri tabanlı olmak üzere en az iki süreç aracılığıyla sağlandığı ifade edilmiş, bilgi ediniminin ardından özellikle motivasyonel unsurlar vurgulanmıştır (Von Wagner ve ark, 2007).

Rootman ve Mitic (2012) sağlık okuryazarlığının okuryazarlık, eğitim, kültür gibi sağlığın sosyal belirleyicileri ile yakından ilişkili olduğunu ve giderek artan bir şekilde sağlığın bir belirleyicisi olarak tanındığını belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik eylem çerçevesinde birbirleriyle etkileşim halinde olan üç temel bileşenden (bilgi gelişimi, farkındalığın arttırılması, altyapı ve ortaklıkların oluşturulması) bahsetmişler, sektörler arası bir yaklaşımı benimsemişlerdir (Rootman ve Mitic, 2012).

Sørensen ve arkadaşları (2013) sağlık okuryazarlığının 17 tanımını ve 12 kavramsal modelini içerik analizi ile incelemiş, sağlık okuryazarlığını “okuryazarlıkla ilişkili, bireylerin sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşantılarında kararlar vermek, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek amacıyla sağlıklarını geliştirmek ve hastalıkları önlemek için gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak tanımlamıştır.

Tablo 1: Sağlığın Üç Etkinlik Alanına Uygulamak İçin Sağlık Okuryazarlığının Dört Boyutlu Matriksi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SAĞLIK OKUR YAZARLIĞI** | **Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişim** | **Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama** | **Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme** | **Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma / Uygulama** |
| **Sağlık Bakımı** | 1) Tıbbi veya klinik konularla ilgili bilgiye ulaşma becerisi | 2) Tıbbi bilgiyi anlama becerisi | 3) Tıbbi bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi | 4)Tıbbi konularda karar verebilme becerisi |
| **Hastalıkların Önlenmesi** | 5) Risk faktörlerine ilişkin bilgiye ulaşma becerisi | 6) Risk faktörlerine ilişkin bilgiyi anlama becerisi | 7) Risk faktörlerine ilişkin bilgiyi yorumlama ve değerlendirme becerisi | 8) Risk faktörlerinin ilgisi konusunda karar becerisi |
| **Sağlığın Geliştirilmesi** | 9) Sağlıkla ilgili konularda kendini güncelleme becerisi | 10) Sağlıkla ilgili bilgileri anlama becerisi | 11) Sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi | 12) Sağlıkla ilgili konularda düşünce geliştirme becerisi |

Kaynak: ***Nutbeam, 2000***

Sun ve arkadaşları (2013) Baker, Paasche-Orlow ile Von Wagner ve arkadaşlarının modellerini referans alarak bireysel düzeyde bir sağlık okuryazarlığı modeli önermiştir. Bu model ile sağlık okuryazarlığının belirleyicilerini (yaş, cinsiyet, meslek, gelir, medeni durum gibi) ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık davranışları arasındaki bağlantıyı açıklamıştır. Sağlık okuryazarlığının sağlık davranışına doğrudan etkisi olduğu belirtilen bu modelde sağlık okuryazarlığını etkileyen en önemli faktör olarak yaş gösterilmiştir (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014).

Yapılan çalışmalardan görüleceği üzere, sağlık okuryazarlığı tıp, sağlık ve eğitim sektörlerinden oluşan bir temele sahiptir. Tıbbi perspektifin esası kliniktir, sağlığı geliştirme perspektifi toplum temellidir, eğitim perspektifi ise okul tabanlıdır. Bu nedenle hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili birçok farklı davranış için uygulanabilir bir yaklaşım olarak görülebilir (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014).

## 2.3.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Sağlık okuryazarlığı alanında öncü isimlerden biri olan Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını fonksiyonel, interaktif ve kritik olmak üzere üç düzeyde ele almaktadır (Tablo 2). Fonksiyonel (işlevsel) sağlık okuryazarlığı düzeyi, geleneksel sağlık eğitiminin sonucunu yansıtır. Temel okuma ve yazma becerilerinin söz konusu olduğu bu düzeyde birey pasiftir; sağlık riskleri, sağlık sistemi, uymaları beklenen eylemler hakkında sınırlı bilgiye sahiptir, etkileşimli bir iletişim halinde değildir. Bu düzeydeki faaliyetler genellikle bireysel fayda ile sonuçlanır. İnteraktif (iletişimsel) sağlık okuryazarlığı, son 20 yılda değişiklik gösteren sağlık eğitiminin sonuçlarını yansıtır. Destek verici bir çevrede kişisel becerilerin gelişimine odaklanır. Motivasyon ve öz güveni geliştirmede kişisel kapasiteyi artırmaya yöneliktir. Sağlığa ilişkin aktivitelere katılım, sağlıkla ilgili mesajları anlama, farklı durumlarda sağlık bilgisini uygulama gibi daha gelişmiş yetenekleri kapsar. Bireyin aktif olduğu bu düzeydeki faaliyetlerde de toplumsal faydadan ziyade bireysel fayda söz konusudur. Kritik (eleştirel) sağlık okuryazarlığı ise sosyal ve politik faaliyetleri destekleyen algı ve becerilerin gelişim sonuçlarını yansıtır. Gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içerir. Birey bu düzeyde proaktiftir ve bu düzeydeki faaliyetlerde bireysel faydanın yanı sıra toplumsal fayda daha açık bir şekilde görülmektedir (Nutbeam, 2000).

Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sağlık Okuryazarlığının Düzeyi ve Eğitimsel Hedef** | **İçerik** | **Sonuçlar** | |
| **Bireysel Fayda** | **Toplumsal Fayda** |
| **Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı: Bilgi İletişimi** | Sağlık risklerine ve sağlık hizmetleri kullanımına yönelik olgusal bilginin aktarılması | Sağlık hizmetleri ve riski bilgisinin gelişmesi ve tavsiye edilen faaliyetlere uyum | Toplumsal sağlık programlarına katılımın artması (örneğin bağışıklama taraması) |
| **İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı: Kişisel Becerilerin Gelişmesi** | Destekleyici bir çevrede becerilerin geliştirilmesi | Motivasyon ve özgüven gelişimi, bilgiye yönelik bağımsız bir şekilde davranma kapasitesinin gelişimi | Sosyal gruplarla etkileşim, sosyal normları etkilemek için kapasite gelişimi |
| **Kritik Sağlık Okuryazarlığı: Kişi ve Toplum Güçlendirmesi** | Sağlığın ekonomik ve sosyal belirleyicilerine yönelik bilgi sağlama, politik ve/veya örgütsel değişim için fırsatlar oluşturma | Sosyal ve ekonomik zorluklar için bireysel esnekliğin gelişimi | Sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine yönelik davranmada kapasite gelişimi, toplumu güçlendirmenin gelişimi |

***Kaynak: Nutbeam, 2000***

Sağlık okuryazarlığına ilişkin başka bir sınıflandırmada da sağlık okuryazarlığı; temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, yurttaşlık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık olmak üzere 4 alanda ele alınmıştır. Temel okuryazarlık, okuma, yazma, konuşma, sayılarla işlem yapma becerilerini içermektedir. Bilimsel okuryazarlık, bilim ve teknolojiyi anlama ve kullanma becerilerini tanımlamaktadır. Yurttaşlık okuryazarlığı, kamu konularının farkında olma, bu konularla ilgili ciddi tartışmalara ve karar verme süreçlerine dahil olma becerilerini tanımlamaktadır. Kültürel okuryazarlık ise bilgiyi yorumlama ve bu bilgiden yola çıkarak harekete geçme sürecinde farklı bireylerin sosyal kimliklerini, âdetlerini, kolektif bilinçlerini fark etme, anlama ve kullanma becerilerini ifade eder (Zarcadoolas ve ark, 2006).

Araştırmacıların sağlık okuryazarlığı ile ilgili temelde benzer sınıflandırmalar yaptıkları görülmekte olup Zarcadoolas ve diğerlerinin yaptığı sınıflandırmanın, daha geniş olduğu görülmektedir.

## 2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi onların sağlık sistemi, eğitim sistemi, kültür ve toplumsal bağlama ilişkin becerilerinin ve etkileşimlerinin bir ürünüdür (IOM, 2004). Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler bireysel ve sistemsel faktörler olarak ikiye ayrılabilir (Şekil 2). Sağlık sonuçlarına da etki eden bu faktörler arasındaki etkileşimlerden sağlık okuryazarlığı ortaya çıkmaktadır (Erer, 2010).

**Bireysel faktörler;**

* Yaş ve cinsiyet
* Okuryazarlık becerileri
* Bilişsel beceriler
* Motivasyon
* Fiziksel ve duygusal sağlık
* Sağlık bakımı deneyimi
* Özel sağlık koşulları
* Sağlık hakkındaki inançlar
* Sosyo-ekonomik statü

**Sistemsel faktörler;**

* Sağlık hizmeti sunanların iletişim becerileri
* Sağlık bilgisinin karmaşıklığı
* Sağlık bakım ortamının özellikleri
* Sağlık sisteminin hastalardan talepleri ve beklentileri
* Sağlık bakım profesyonelleri üzerindeki zaman baskısıdır.

Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Bireysel Faktörler

Sistemsel Faktörler

***Kaynak:* Tanrıöver ve ark. 2014**

Daha düşük ekonomik durumda olma, yaşlılık, sakatlıklarla yaşama, kültür ve dil bakımından farklı geçmişlerden gelme, ilaç ve alkol bağımlılığı, kronik veya karmaşık hastalık deneyimi, evsiz olma, sosyal veya coğrafi olarak soyutlanma gibi dezavantajlı durumlarda bulunan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük olabilir. Bu faktörlerin sağlık okuryazarlığı üzerine etkisinden dolayı bireysel sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi sıklıkla sağlık eşitsizliklerini azaltmanın bir yolu olarak görülmektedir (ACSQHC, 2014).

Gerekli beceri ve yeteneklerin sistemin karmaşıklığı ve talepleri ile eş zamanlı değerlendirmesi bağlamında sağlık okuryazarlığı sağlığa katkıda bulunan en önemli faktör olabilir. Sağlıklı olmak için neye ihtiyaç duyulduğunun anlaşılması ve buna göre sistemlerin düzenlenmesi halk sağlığının geliştirilmesi için bir gerekliliktir. Bireyin ve halkın sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmede sağlık sistemi önemli bir role sahiptir. Sağlık sisteminin etkisi sağlık hizmeti sunumunda, sağlık personelinin bireylerle etkileşimlerinde ve onların eğitilmesinde, bireylerin ihtiyaç duyduğu bilginin edinilmesinde ve onlara uygun bir şekilde davranılmasında görülebilmektedir. Sağlık sistemi, sağlık okuryazarlığının tüm düzeylerindeki bireylerin hizmetleri ve bilgiyi elde etmesini teşvik edebileceği gibi, engel de oluşturabilmektedir (IOM, 2004)

Her bir bireysel sağlık okuryazarlığı becerisini değerlendiren veri varken, sağlık hizmeti sunan organizasyonlar için benzer bir değerlendirme yoktur. Sağlık okuryazarlığı perspektifinden birey ile sağlık bakım sisteminin ara yüzü oldukça karmaşıktır. Bu karmaşıklık parçalı sağlık bakımına, çeşitli sağlık hizmeti sunucuları arasında farklı iletişim stratejilerine ve kronik hastalıkları etkili bir şekilde yönetmek için yüksek düzeyde koordinasyon gerektiren karışık çabalara neden olabilmektedir. Bu problem iki katlıdır. Birincisi sağlık bilgisini anlamak için bireylerin yetenekleri farklıdır. İkincisi sağlık bakım süreci, dil ve sağlık konusu teknik olarak karmaşıktır (IOM, 2004). Bu problemlerin üstesinden gelmek için sağlık okuryazarlığının iyi bir şekilde değerlendirilmesi önem kazanmaktadır.

## 2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Bir bireyin veya topluluğun sağlık okuryazarlığını tüm yönleriyle ölçmek mümkün değildir; ancak sağlık okuryazarlığına ilişkin gelişme kaydedebilmek için sağlık okuryazarlığını temsil eden bir dizi ölçü geliştirmek mümkündür (Gök, 2013). Sağlık okuryazarlığı değerlendirileceği zaman mevcut yaklaşımların sağlık okuryazarlığını genel okuryazarlıktan ayırmada ne kadar başarılı olduğuna, bireylerin sağlık bilgisine erişiminde ve sağlık bilgisini kullanmada ne kadar iyi olduğuna, bu ölçümlerin sağlık bakımını ve halk sağlığını iyileştirme çabalarına karşı duyarlı olup olmadığına, ölçümlerde farklılıkların dahil edilip edilmediğine dikkat edilmesi gerekmektedir (IOM, 2004). Sağlık okuryazarlığı biçimsel ve biçimsel olmayan değerlendirmeler olmak üzere iki farklı yoldan belirlenmeye çalışılmaktadır.

### 2.5.1. Biçimsel Olmayan Değerlendirme

Hastaların sağlık okuryazarlığı becerilerinin hekimler ve sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesi, hasta ile etkileşiminin gözlenmesi, okuma yeteneği ve yaşam koşulları ile ilgili bireylerin kendilerinin bildirimleri biçimsel olmayan (enformel) değerlendirmeler kapsamındadır. Sağlık profesyonellerinin hastaların sağlık okuryazarlığı becerilerini yüksek olarak tahmin ettiğine yönelik birçok çalışma vardır (Kwan ve ark, 2013). Diğer taraftan hastalar sıklıkla bilgi ararken hekimlere başvurduğundan hekim değerlendirmelerinin muhtemelen doğru olduğunu ileri süren yazarlar da bulunmaktadır. Hekim hasta etkileşiminin gözlemlendiği çalışmalardan elde edilen bazı sonuçlar hastaların tıbbi görüşmelerdeki bilgileri tam olarak kavrayamadığını göstermektedir. Okuma yeteği ve yaşam koşulları ile ilgili olarak bireylerin bildirimlerinin de sağlık okuryazarlığı için doğru bir ölçü olamayacağı yönünde görüşler bulunmaktadır (Kurt ve ark, 2010).

Sağlık okuryazarlığını ile ilgili biçimsel olmayan değerlendirmeler genellikle sağlık hizmeti sunucuları tarafından “okuduğunuzu anlar mısınız?” şeklinde açık uçlu sorular kullanılarak yapılır. Bu tip sorular okuryazarlık becerileri ölçümünde yaklaşık sonuçlar verebilecek olsa da utanma, kaygı, çekinme gibi nedenlerle yanıltıcı da olabilir. Bireylere anlayıp anlamadığı sorusu sorulduğunda da birey anlamasa da utanma, aşağılanma, küçük düşme ya da gibi kaygıları nedeni ile anladığını ifade edebilir. Başka bir biçimsel olmayan değerlendirme biçimi, hastaların ilaç kutusunun üzerindeki ya da reçetedeki yazıyı okumalarını istemektir. Kişinin okuryazar olduğunu ölçmeye yönelik bir diğer yöntem de, bir broşürü ya da metni hastaya vermektir (Sezgin, 2013).

Düşük sağlık okuryazarlığına yönelik olarak daha yüksek riskli bireyleri belirlemek için de biçimsel olmayan değerlendirmelerden yararlanılabilir. Bu durumdaki hastalarda şu davranışlar gözlemlenmektedir (Sezgin, 2013).

* Sıklıkla randevuları kaçırmak
* Kayıt formlarını doldurmada başarısızlık
* İlaç tedavisinde yetersizlik
* İlaçları okuma etiketi yerine görünüşleri ile tanımlamak
* Sıralı tıbbi geçmiş verememek
* Testleri veya yönlendirmeleri takip etmede yetersizlik
* Yazılı materyallerden bahsetmek için soru sorulduğunda ‘‘Okuma gözlüklerimi unuttum’’,‘‘Eve gittiğimde okuyacağım’’ veya ‘‘Okumak için çok yorgunum’’ gibi ifadeleri tekrar etmek.

Görüşme esnasında aşağıdaki sorular sağlık hizmeti sunucusuna veya sağlık yöneticisine bir bireyin sağlık okuryazarlığı ihtiyacını belirlemede yardımcı olabilir (Uğurlu, 2011):

* Tıbbi terimler karmaşıktır ve çoğu insan onları anlaşılması zor bulmaktadır. Reçete etiketlerini okurken, formları doldururken veya sağlık materyalleri kullanırken hiç başkalarından yardım alır mısınız?
* Çoğu insan sağlık bilgisi zor olduğu için okumakta ve hatırlamakta zorlanmaktadır. Bu durum sizin için hiç problem oldu mu?
* Ne okumayı seversiniz? Sağlık durumları hakkında bilgi edinmek için en çok neye güvenirsiniz? Televizyon? Radyo? İnternet? Aile veya arkadaşlar?

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik son araştırmalarda hastaların kendi kendine uygulayabildiği indekslerin geliştirilmesi önemli bir odak noktası olmuştur. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesinde eğitimli bir araştırma görevlisi veya klinisyen gerektirmeyen bu yaklaşım, sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde klinisyenlerin iş yükünün ve bu alana yönelik kaynakların azaltılması avantajlarını içermesine rağmen sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde uygun olduğuna dair az sayıda çalışma bulunmaktadır (Sönmez, 2009). Ancak sağlık kuruluşlarında zaman sorunu çok önemli olduğundan sağlık okuryazarlığı değerlendirmelerinde genellikle bir veya birkaç maddeden oluşan biçimsel olmayan testler tercih edilmektedir (Tözün ve ark, 2014).

### 2.5.2. Biçimsel Değerlendirme

Sağlık okuryazarlığı kavramı başlangıçta sağlık sistemlerinin performansını ve hastaların sağlık statüsünü geliştirmek için bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır ve güç kazanmaya devam etmektedir. Sağlık okuryazarlığının çeşitli ve karmaşık tanımları olduğundan, çeşitli ve karmaşık değerlendirme araçları bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı fikrinin tarihi boyunca pek çok kişi farklı tanımlar sunmuşlar; ancak bu tanımlar henüz resmen veya tamamen test edilmemiştir. Emin olmak için sağlık okuryazarlığı değerlendirme ve ölçüm araçları bir veya başka bir tanıma dayalı olarak ortaya konmaktadır; fakat tanımlar içinde spesifik yapılar nadirdir. Yöntem ileri sürmeden önce önemli olan nokta, ölçüm veya değerlendirme araçlarının bireylerin kullanımına uygun olmasıdır (Pleasant ve Kuruvilla,2008).

Multidisipliner literatürde sağlık okuryazarlığına yönelik tanımlar ve ölçüm hakkındaki uzlaşma eksikliği ‘‘Sağlık okuryazarlığı önemli midir?’’ sorusuna cevap vermeyi zorlaştırmaktadır. Araştırma problemlerindeki çeşitlilikler, çalışma odakları, metodolojiler, nüfus grupları, yaş, müdahaleler ve diğer göstergeler farklı araştırma bulgularına katkıda bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığına yönelik uluslararası literatür mevcut durumda yetersiz sayılabilir. Bu durum sınırlı kanıtlara işaret etmekte; özellikle bireylerin ve nüfus gruplarının sağlık durumları ile ilgili çeşitli faktörlerin, ilişkilerin rolünün ve günlük hayata etkilerinin araştırılmasını gerekli kılmaktadır. Ayrıca genel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, bilgi teknolojileri ve mevcut sağlık bakım altyapısı arasındaki karmaşık etkileşim ve sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarının geliştirilmesi için üzerinde durulması gereken diğer konulardır (Pleasant ve Kuruvilla,2008).

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için bir ‘‘altın standart’’ yoktur (Parker ve ark,2005). Sağlık okuryazarlığının tanım sayıları mevcut durumda bir altın standart ölçüsünün eksikliğine katkıda bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığının tanımlarının çok sayıda olması da geniş bir görüş birliğinin olmadığının kanıtıdır (McCormack ve ark, 2010).

Sağlık okuryazarlığını değerlendiren araçlar, sağlık okuryazarlığının sağlık durumu ile anlamlı ilişkisi olduğunu göstermiştir (Pleasant ve Kuruvilla,2008).

Sağlık okuryazarlığının farklı kavramlarının belirsizliği ve karmaşıklığı göz önüne alındığında sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinin de tartışmalı olması şaşırtıcı değildir. Sağlık okuryazarlığının tanımları geniştir ve değerlendirilmesi kolay olmayan bir dizi kavram içermektedir. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için farklı amaçlar ve yaklaşımlar bulunduğundan farklı araçlar geliştirilmiştir (ACSQHC, 2013). Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için kapsam, içerik ve psikometrik özellikler açısından farklılık gösteren bir dizi araç bulunmaktadır. Bu araçların çoğu Amerika Birleşik Devletleri’nde geliştirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı belirli gruplar için ölçülebildiği gibi, toplumun veya belirlenen hedef kitlenin geneli için de ölçülebilmektedir (IOM, 2004). Sağlık okuryazarlığının spesifik olarak değerlendirilmesinde kullanılan araçlar Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığının Spesifik Olarak Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar

|  |
| --- |
| Belirli (alt) yeterlik için (örneğin aritmetik veya ruhsal sağlık okuryazarlığı) kullanılan araçlar Üç Öğeli Aritmetik Testi (1997), Aritmetik Ölçeği (2001), Tıbbi Veri Yorumlama Testi (2005), Öznel Aritmetik Ölçeği (2007), Genel Sağlık Aritmetik Testi (2013), |
| Farklı spesifik roller ve görevler için (örneğin tüketici, vatandaş) kullanılan araçlar Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (2007), Pratik Beslenme Bilgisi İçin Gıda Etiketi Okuryazarlık Anketi (2012) |
| Hayat döngüsünün farklı aşamalarında (örneğin çocuk, ergenlik) kullanılan araçlar Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Etkinlikler Testi (2010), Kanada Lise Öğrencilerine Yönelik Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Aracı (2010) |
| Spesifik hastalıklar ile ilgili olarak kullanılan araçlar Diyabet Okuryazarlığı Değerlendirmesi (2001), Astım Aritmetik Anketi (2006), Diş Hekimliğinde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (2007), Diyabet Sağlık Okuryazarlığı (2008), Sağlık Bilgisinin Kısa Tahmini (2010), Yüksek Kan Basıncı Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2012), Kanser Okuryazarlık Testleri (2012), Kronik Bakım İçin Çince Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2013), Diyabet için Çince Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2013) |
| Nüfus veya dile özgü kullanılan araçlar İspanyol Sağlık Okuryazarlığı Testi (2006), İbranice Sağlık Okuryazarlığı Testi (2007) Kore Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2009), Tayvan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2010), Çince Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (2011), HLS-14 (Japon Yetişkinler için Sağlık Okuryazarlığı Aracı) (2013), İsviçre Sağlık Okuryazarlığı Anketi (2012) |

***Kaynak: Pelikan ve ark, 2012***

Literatürde sağlık okuryazarlığının genel olarak değerlendirmesine yönelik araçların (Tablo 4) daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Bunun nedeni belirli gruplardan ziyade genel olarak toplumda veya araştırılmak istenen hedef kitlede sağlık okuryazarlığının genel görünümünü ortaya koymak olabilir. Sağlık okuryazarlığının genel olarak değerlendirilmesinde kullanılan bazı araçlara ilişkin aşağıda detaylı bilgiler verilmiştir.

Tablo 4. Sağlık Okuryazarlığının Genel Olarak Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar

|  |  |
| --- | --- |
| **Aracın Adı** | **Aracı Geliştiren(ler)** |
| Rapid Estimate of Adult Literacy in MedicineREALM. (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini-çeşitli sürümleri mevcut) | **Davis ve ark, 1991; Davis ve ark, 1993; Davis ve ark, 2006** |
| Test of Functional Health Literacy in Adults TOFHLA. (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi-çeşitli sürümleri mevcut) | **Parker ve ark, 1995; Gong ve ark, 2007** |
| Medical Terminology Achievement Reading TestMART. (Tıbbi Terminoloji Başarısı Okuma Testi) | **Hanson-Divers, 1997** |
| Health Activities Literacy Scale-HALS. (Sağlık Faaliyetleri Okuryazarlık Ölçeği) | **Rudd ve ark, 2007** |
| Health Literacy Screening Questionnaire- HLSQ. (Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi) | **Chew ve ark, 2004** |
| Newest Vital Sign-NVS. (En Yeni Hayati İşaret) | **Weiss ve ark, 2005** |
| Single Item Literacy Screen-SILS. (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması) | **Morris ve ark, 2006** |
| The eHealth Literacy Scale-eHEALS. (eSağlık Okuryazarlığı Ölçeği) | **Norman ve Skinner, 2006** |
| Health Literacy Skills Instrument-HLSI. (Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Aracı) | **McCormack ve ark, 2010** |
| The Health Literacy Management Scale-HeLMS. (Sağlık Okuryazarlığı Yönetim Ölçeği) | **Jordan ve ark, 2011** |
| The Health Literacy Questionnaire-HLQ. (Sağlık Okuryazarlığı Anketi) | **Osborne ve ark, 2013** |
| European Health Literacy Survey Questionnaire HLS-EU-Q. (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi) | **Sørensen ve ark, 2013** |

***Kaynak: Pelikan ve ark, 2012***

Sağlık okuryazarlığı ölçümü ile ilgili birçok araç bulunmakta olup; bu araçlardan en fazla kullanılanlar REALM, TOFHLA ve NVS’dir.

**Rapid Estimate of Adult Literacy in MedicineREALM. (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini-çeşitli sürümleri mevcut):** Özdemir ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada ilköğretim mezunu olan 45 ve üstü yaştaki kadınların REALM puanlarının düşük olduğu belirtilmiş olup; öğrenim düzeyinin sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Özdemir ve ark.,2010).Bir diğer çalışmada Öztürk ve Öymen (2013) tarafından “Radyoterapi Alan Hasta ve Yakınlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Gereksinimlerine Yönelik Öğretim Materyali Geliştirilmesi” konulu araştırma ile yapılmış ve REALM puan ortalamaları hastalarda 55.8 ± 11.2 (min-max=23-66) ve yakınları için 57.3 ± 9.5 (min-max=25-66) olup 7.-8.sınıf seviyesinde sağlık okuryazarı oldukları belirlenmiştir. NVS puan ortalamaları hastalar için 0.97 ± 1.6 ve yakınları için 1.3 ± 1.9 olup çok kısıtlı sağlık okuryazarlığı olarak tespit edilmiştir (Öztürk ve Öymen,2013).

**Test of Functional Health Literacy in Adults TOFHLA. (Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi-çeşitli sürümleri mevcut):** Parker ve arkadaşları (1995), TOFHLA’yı İspanyolcaya çevirip Test of Functional Health Literacy in Adults- Spanish (TOFHLA-S) olarak geliştirmişlerdir (Parker ve ark,1995). Kısa TOFHLA sağlık okuryazarlığı seviyesini tespit etme yerine, okuduğunu anlama testi olarak isimlendirilmektedir. Okuma yeteneği düşük olan hastaların tespitinde bir tarama aracı olarak kullanılması uygundur. Test TOFHLA gibi 22 dakika zaman almaktadır. Test için 12 dakika süre verilir ve 0-100 arasında puanlanır. Cronbach alpha değeri sözel beceri için 0.97, sayısal bölüm için 0.78’dir (Mancuso, 2009)

Barber ve arkadaşlarının 2009 yılında Avustralya’da yetişkin bireylere yapılan çalışmada TOFHLA puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada TOFHLA kullanımı sonucunda okuryazarlık düzeyi %6,8, REALM ölçeğine göre %10,6 ve NVS ölçeğine göre %26 sonucuna ulaşılmıştır.

**Newest Vital Sign-NVS. (En Yeni Hayati İşaret):** Öztürk ve Öymen (2013) yılında yapmış oldukları çalışmada kanserli hasta ve yakınlarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre NVS puan ortalamalarının hastalar için 0.97 ± 1.6 ve yakınları için 1.3 ± 1.9 olup çok kısıtlı sağlık okuryazarlığı olarak tespit edilmiştir

Özdemir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise REALM’e göre sağlık okuryazarlık düzeyi %58,7 NVS’ye göre ise %28,1 bulunmuştur. Bu sonuç ise araştırmacılar tarafından yeterli sağlık okuryazarlık düzeyi olarak belirtilmiştir (Özdemir ve ark., 2010).

Sağlık okuryazarlığını değerlendiren birçok araç olmasına rağmen genel olarak bu araçlara yönelik eleştiriler bulunmaktadır. Bu araçlara yönelik başlıca eleştiriler şunlardır (Pleasant ve Kuruvilla,2008).

* Sağlık okuryazarlığının teorisini desteklemeye dayanmamaktadır.
* Aşırı derecede boşluk doldurma ile biçimlendirilmiş okuma testlerine bel bağlamaktadır.
* Gerçek kavrayıştan ziyade kelime tanımaya odaklıdır.
* Belirli nüfus gruplarına karşı önyargılıdır ve kültürel duyarlılık eksikliği vardır.
* Sağlığı geliştirmeyi ve iletişim girişimlerini değerlendirmek veya doğrudan bilgi vermek için kullanışlı değildir.
* Hastalar üzerine problematik bir yük getirmekte, onları etiketlemektedir.
* Sözlü iletişim becerilerini değerlendirememektedir.
* Sağlık okuryazarlığını bir halk sağlığı sorunu olarak düşünmemektedir.
* Bazı sorular üzerinde belirsiz ifadeler vardır.
* Çok düşük ve çok yüksek düzeydeki insanlar arasındaki ayrımı yeterince yapamamaktadır.
* Psikometrik analizde titiz değildir.
* Tutarlı bir şekilde kullanılmamaktadır.
* Sağlık okuryazarlığı birçok boyutu içermesine rağmen tek bir boyuta odaklanmaktadır.

Sağlık okuryazarlığının tespiti için yapılan biçimsel ölçümlerde araştırma kapsamına alınan kişilerin, sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirildiğinin farkında olmaları, çıkabilecek olumsuz sonuçlardan dolayı katılımda istekli olmamaları ya da dürüst cevap vermemeleri bu tür araçların sınırlılıklarındandır (Sezgin,2013). Diğer taraftan sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde önemli bir nokta, kullanılan materyallerin bireylerin okuma seviyelerine uygun olmasıdır. ABD’de 300’den fazla sağlıkla ilgili materyalin değerlendirildiği bir araştırmada materyallerin yetişkinlerin okuma seviyesinin üzerinde hazırlandığı belirtilmiştir (IOM, 2004).

Sağlık eğitimcileri çoğu standart hasta eğitimi materyalinin yüksekokul veya kolej düzeyinde hazırlanmasından ve bu materyallerin sıklıkla hastalar için ulaşılmaz görülmesinden dolayı insanların basit ve kolay anlaşılan sağlık materyallerini okumayı tercih ettiğini vurgulamaktadır (Parker ve ark,2005). Yine ABD’de yapılan başka bir araştırmada çoğu yetişkinin 8. sınıf, toplumun %20’sinin ise 5. sınıf ya da aşağısındaki bir düzeyinde olmasına rağmen birçok sağlık materyalinin 10. sınıf düzeyinde yazıldığına dikkat çekilmiş, tüm hastaların açık ve özlü bir dilde yazılmış tıbbi bilgileri okumayı tercih ettiği ifade edilerek optimal anlama ve uyum için hasta eğitim materyallerinin 6. sınıf düzeyinde olması önerilmiştir (Manzo, 2007). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı değerlendirileceği zaman hedef kitle ve kullanılacak aracın avantaj ve dezavantajları göz önünde bulundurularak uygun araç seçimine dikkat etmek gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik geliştirilen araçlara bakıldığında öncelikle genel okuryazarlık bağlamında bireylerin/hastaların/toplumun sağlık bilgisinin ve sağlıklı yaşam hakkındaki davranışlarının belirlenmeye çalışıldığı, yıllar geçtikçe özellikle diyabet, tansiyon gibi kronik hastalıklar ve spesifik amaçlar ile ilgili araçlar geliştirildiği görülmektedir. Bu araçların çeşitliliği, sağlık okuryazarlığı konusunda bir uzlaşma sağlanamadığının ve gelişmeler doğrultusunda (bireylerin, hastaların veya toplumun) sağlık okuryazarlığını daha kapsamlı ve daha iyi değerlendirmek için yeni araçlar geliştirme çabasının bir sonucu olarak da değerlendirilebilir.

Sağlık okuryazarlığı ölçümü için araçlar olarak nitelendirilmesine rağmen yukarıdaki araçların çoğu aslında tarama araçlarıdır. Tarama ve ölçüm arasında temel bir farklılık vardır. Taramanın amacı insanları sağlıklı ve hasta kategorilerine bölmektir. Tarama hasta ile ilgili yanlış olan durumları ortaya çıkarmaz. Klinik bağlamda tarama araçlarının kolay, hızlı ve kısa bir şekilde kullanımı söz konusudur. Ölçüm ise ilgilenen konu hakkında derinlemesine yapılan bir girişimdir. Aslında, gerçek bir ölçü güvenilir bir tarama aracı için temel oluşturmalıdır. Ölçümün amaçları; bilgiyi ilerletmek (yani hipotez testleri), yapı ve işlevi keşfetmek, açıklamak, girişimlerin etkililiğini kontrol etmek, toplumun karşı karşıya kaldığı önemli problemleri belirtmek ve politika hedeflerinin ayarlanmasına katkı sağlamaktır (IOM, 2004).

## 2.6. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları

Sağlık okuryazarlığı çoğu sağlık personeli için yeni bir kavram olmasına rağmen sağlık ve refah üzerindeki yaygın etkisinden dolayı araştırmacıların, politikacıların ve klinisyenlerin dikkatini hızla çekmektedir (Egbert ve Nanna, 2009). Sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili deneyimlerde önemli rol oynamakta, sağlık hizmetleri sunumunu ve sağlık sonuçlarını etkilemektedir (Mancuso, 2009). Sağlık hizmetleri sunumuna vurgunun artması sağlık sisteminin kendisi ile sağlık sistemi üzerindeki farklı talepleri daha da karmaşık hale getirmektedir. Geçmişte tıp kütüphaneleri ve hastane kütüphaneleri belirleyici iken günümüzde hastaların sağlık okuryazarlığı sağlık iletişimini ve sağlık sonuçlarını etkileyen kritik bir faktör olarak kabul edilmektedir (Önal, 2010).

Sağlıkla ilgili bilgileri okumada ve anlamadaki sınırlı yetenek genellikle kötü sağlık sonuçlarına neden olmaktadır. Çoğu klinisyen için okuryazarlığın sağlık düzeyinin en güçlü belirleyicilerinden birisi olduğunu öğrenmek şaşırtıcıdır. Sağlık düzeyine yönelik yapılan çalışmalar okuryazarlığın bireylerin sağlık düzeyi için gelirden, istihdam durumundan, eğitim seviyesinden, ırk veya etnik grubundan daha güçlü bir belirleyici olduğunu ifade etmektedir (Weiss ve ark,2005).

Okuryazarlığın ve sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçları ile bağlantısına yönelik çalışmalarda iki yaklaşım kullanılmaktadır. Birinci ve en yaygın yaklaşım, farklı sonuç değişkenleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı ilişkileri araştırmak için istatistiksel tekniklerin kullanılmasıdır. İkinci yaklaşım ise sağlık bilgisinin nasıl bir fark oluşturduğu ile ilgili kalitatif yöntemlere başvurulmasıdır. Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçları ile ilişkili olup olmadığına yönelik bulgular karışıktır. Bazı sağlık sonuçları sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bulunduğu gibi, bazı sağlık sonuçları sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olmayabilmektedir. (Kwan ve ark, 2013).

Hasta odaklı müdahalelerin değerlendirilmesinde uygun kriter seçimi zordur. Çalışmalarda çeşitli sonuç göstergeleri kullanılmaktadır ve standardizasyon eksikliği sonuçların karşılaştırılmasını engellemektedir. Bu konu ile ilgili sonuçlar hastaların bilgilerini, hastaların deneyimlerini, hastaların güçlendirilmesini ve sağlık bakımına dahil olmasını, sağlık hizmeti kullanımını ve maliyetleri, sağlık davranışı ve sağlık statüsünü içermektedir (Doğanyiğit, 2015). Hasta odaklı araştırmalarda kullanılan sağlık sonuçları Tablo 5’te sunulmuştur.

Okuryazarlık ve sağlık sonuçları arasındaki bağlantılara yönelik yapılan ilk çalışmalar neredeyse tamamen hastaların okuryazarlık becerileri ile ilgili sağlık sonuçlarına odaklanmıştır. Dolayısıyla bu çalışmalar okuryazarlık becerilerini geliştirmenin ötesinde sağlık sonuçlarını iyileştirmek için bir anlayış sunmamıştır. Bu çalışmalar sağlık sektörü tarafından kontrol edilen faktörleri (sağlık bilgisinin kalitesi ve erişilebilirliği, sağlık profesyonellerinin iletişim becerileri, sağlıklı eylemler için yapısal engeller) keşfetmeyi ihmal etmiştir. Ancak 1990’ların sonlarından bu yana sağlık okuryazarlığı ile ilgilenen araştırmacılar bireylerin okuryazarlık becerileri ile sağlık sonuçları arasındaki bağlantıları başarılı bir şekilde kanıtlamaktadır (Potter, 2010).

Tablo 5. Hasta Odaklı Araştırmalarda Kullanılan Sağlık Sonuçları

|  |
| --- |
| **Hastaların Bilgisi**   * Uzun süreli komplikasyonlar ve durum bilgisi * Öz bakım bilgisi * Tedavi seçenekleri ve olası sonuçların bilgisi * Bilginin anlaşılması * Bilgiyi hatırlama |
| **Hastaların Deneyimi**   * Hastaların memnuniyeti * Hekim-hasta iletişimi * Yaşam kalitesi * Psikolojik olarak iyi olma * Öz yeterlik * Hastaların güçlendirilmesi ve sağlık bakımına katılımı |
| **Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Maliyetler**   * Hastaneye yatış oranları * Acil servise kabul oranları * Hastanede yatış süresi * Doktorlara başvuru sayısı * Maliyet etkililik * Hastalar için maliyetler * İş yerine veya okula gidememe nedeniyle oluşan kayıplar |
| **Sağlık Davranışı ve Sağlık Statüsü**   * Sağlık ile ilgili yaşam tarzları * Öz bakım faaliyetleri * Tedaviye uyum * Hastalık veya semptomların şiddeti * Fiziksel işlevsellik * Zihinsel işlevsellik * Klinik göstergeler |

***Kaynak: Coulter ve Ellins, 2007***

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olması ile aşağıdaki sonuçlar arasında bulunan bağlantılar bu kanıtlara örnek olarak gösterilebilir (ACSQHC, 2013):

* Hastaneye yatırılma oranında artış ve daha fazla acil servis kullanımı
* Daha düşüm mamografi kullanımı ve daha az grip aşısı yaptırılması
* Tıbbi talimatları uygulamada, etiketleri ve sağlık mesajlarını yorumlamada eksiklik
* Bireylerin kendi sağlıkları ve durumları hakkında daha az bilgili olması
* Genel sağlık statüsünün daha kötü olması
* Ölüm riskinin daha yüksek olması

Sağlık okuryazarlığının nedensel mekanizmaları-sağlık sonuçları ilişkisi sadece hasta düzeyindeki özellikler için değil, aynı zamanda sağlık sistemi üzerinde de etkili olmaktadır (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007). Sağlık okuryazarlığının sonuçları bireysel düzeyde ve sistem düzeyinde olmak üzere 2 ayrı grupta incelenebilir. Bireysel düzeydeki sağlık sonuçları klinik sonuçları (glisemik kontrol, lipid kontrolü, tedaviye uyum, komplikasyonlar gibi), sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ve sağlık bakımından memnuniyeti içerirken; sistem düzeyindeki sonuçlar maliyetleri, kaynak ayrımını (hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları için), yeni program ve müdahalelerin oluşturulmasını kapsamaktadır (Al Sayah ve ark,2015).

Sağlık sisteminin karmaşıklığı göz önüne alındığında sınırlı sağlık okuryazarlığının kötü sağlık ile ilişkili olması şaşırtıcı değildir (U.S. Department of Health and Human Services, 2016). Sınırlı veya düşük sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarını etkilediğine dair çalışmalar bulunmaktadır. 1980-2003 yılları arasında bu konu ile ilgili yayınlanmış 44 makale ile yapılan sistematik bir incelemede, okuryazarlığı düşük olan hastaların bilgi, hastalık belirtileri, morbidite ölçümleri, genel sağlık statüsü ve sağlık kaynaklarının kullanımı da dahil olmak üzere sağlık sonuçlarının daha kötü olma olasılığı diğer hastalara göre 1,5 ila 3 kat daha yüksek bulunmuştur (DeWalt ve ark, 2004).

Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarına etkilerine yönelik toplam 25 çalışmanın değerlendirildiği bir araştırmada genel olarak sağlık okuryazarlığının hastaların bilgisi, hastaların deneyimi, sağlık hizmetlerinin kullanımı ile sağlık statüsü ve sağlık davranışı üzerinde pozitif yönde etkisi bulunduğu belirtilmiştir (Coulter ve Ellins, 2007). Diğer bir ifade ile sağlık okuryazarlığı seviyesi yükseldikçe sağlık sonuçları daha iyi olmaktadır.

2003-2010 yılları arasında sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçları arasındaki bağlantıları inceleyen yayınlara yönelik yapılan retrospektif bir araştırmaya göre düşük sağlık okuryazarlığı olan yaşlılarda mortalite riski açık bir şekilde daha yüksektir. Bu bulguyu destekleyen güçlü kanıtlar vardır. Düşük sağlık okuryazarlığı ile tıbbi talimatların uygulanması, sağlık mesajlarının yorumlanması ve yaşlılar arasında genel sağlık durumunun daha kötü olması arasında orta derecede güçlü kanıtlar da bulunmaktadır. Bu çalışmada sağlık okuryazarlığının tedaviye uyum, öz yeterlik, sigara ve alkol kullanımı, reçete bilgilerinin incelenmesi, kronik hastalık prevalansı, astım şiddeti ve kontrolü, diyabet kontrolü ve ilgili belirtiler, hipertansiyon kontrolü, prostat kanseri kontrolü, yaşam kalitesi ile maliyetler gibi diğer sağlık sonuçlarını da etkilediği ifade edilmektedir (Berkman ve ark, 2011).

Düşük sağlık okuryazarlığının iflah olmaz 2 önemli sonucu vardır: Hastaneye yatırılma oranlarının daha yüksek olması ve pahalı acil hizmetlerin daha çok kullanılması (Sur ve Palteki, 2014). Hastane kullanımı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda, sağlık okuryazarlığı düşük düzeyde olanların hastaneyi daha sık ve uygunsuz kullandıkları, daha uzun süre kaldıkları bulunmuştur. (Akbulut, 2015).

Yapılan çalışmalardan görüleceği üzere sağlık okuryazarlığı düzeyi hembireyin kendisini ve çevresini hem de sağlık sektörü ve ülke ekonomisini etkilemektedir. Yani düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel sağlık harcamalarını arttırdığı ve kamu bütçesinden sağlığa ayrılan payın giderek artmasının önemli bir nedeni olduğu sonucuna varılabilir. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük bireylerden oluşan toplumlarda bulaşıcı hastalıklar da daha sık görülmektedir. Sonuç olarak; sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması birey, aile ve toplum sağlığına büyük çapta olumsuz etkiler Bu bağlamda sağlık oluryazarlığı değerlendirilmeli ve geliştirici uygulamalar yapılmalıdır (Sezgin, 2013).

Sağlık sistemi

Kültür ve Toplum

Sağlık Sonuçları ve Maliyetler

Eğitim Sistemi

Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığına Potansiyel Müdahale Alanları (IOM, 2004).

## Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Giderek artan kanıtlar sağlık okuryazarlığının sağlığın en güçlü sosyal belirleyicilerinden biri olduğunu göstermeye devam etmektedir. Sağlık okuryazarlığı göreceli olarak yeni ve hızla gelişen bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığı çabalarını daha iyi anlamaya yönelik çalışmalar dünya çapında devam etmektedir. Ancak sağlık okuryazarlığı ile ilgilenen araştırmacılar, akademisyenler ve diğer uygulayıcılar için uluslararası bir örgüt yoktur. Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için bireylere ve örgütlere yönelik aktif olarak çalışan veritabanları bulunmamaktadır. Sağlık okuryazarlığının tanımı veya değerlendirilmesi üzerinde bir uzlaşma sağlanamadığı görülmektedir. Her gün sağlık okuryazarlığını ele alan yeni çabalar da ortaya çıkmaktadır. Bu faktörler tüm sağlık okuryazarlığı çabalarının kapsamlı bir şekilde birleştirilmesini imkansız hale getirmektedir (Pleasant ve Kuruvilla,2008).

Farklı ülkelerde sağlık okuryazarlığına yönelik farklı çalışmalar yapılsa da aslında genel anlamda aynı konular üzerine çalışılmaktadır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı ile ilgili problemlerin üzerine gitmek için bir işbirliği fırsatı bulunmaktadır. En önemli konulardan birisi sağlık sisteminde düşük sağlık okuryazarlığının yükünü azaltmaktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Avrupa Birliği (EU), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), Dünya Ekonomik Forumu (WEF), Birleşmiş Milletler İnovasyon Çalışma Grubu (UNIWG) gibi uluslararası oluşumların bu konuda çalışmaları bulunmaktadır (IOM, 2004).

Pubmed’de sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalara yönelik yapılan bir çalışmada yıllar geçtikçe daha fazla araştırmanın yapıldığı belirtilmiştir. 1986-1990 arasında 129, 1991-1995 arasında 306, 1996-2000 arasında 307, 2001-2005 arasında 602, 2006 ila 2010’un Haziran ayına kadar ise 1576 araştırmanın yapıldığı; bu araştırmaların da halk sağlığı, epidemiyoloji, sağlık hizmetleri ve girişimsel araştırma faaliyetleri gibi geniş bir yelpazede yer alan araştırmacılarca gerçekleştirildiği ifade edilmiştir (Paasche-Orlow ve Wolf, 2007).

Sağlık okuryazarlığına yönelik 1991-2005 arasındaki yayınlar üzerinde yapılan bibliyometrik bir analizde Avrupa Birliği’ne üye 25 ülke (Almanya, Avusturya, Belçika Birleşik Krallık, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Malta, Kıbrıs, Polonya, Portekiz, Slovakya, Slovenya, Yunanistan) ile Avrupa Birliği’ne aday 4 ülke (Bulgaristan, Hırvatistan, Romanya, Türkiye) olmak üzere toplam 29 ülkedeki yayınların toplamının (13,710), Amerika Birleşik Devletleri’ndeki yayınların (49,523) üçte birinden daha az olduğu belirtilmiştir. Avrupa’da sağlık okuryazarlığı ile ilgili en fazla yayının Hollanda (2024 çalışma), İsveç (2020 çalışma), Almanya (1456 çalışma) gibi ülkelerde yapıldığı belirtilen bu analizde, Türkiye’nin 428 çalışma ile 31 ülke içerisinde 14. sırada yer aldığı görülmektedir (Kondilis ve ark, 2008).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili 2011’de yayınlanan çalışmaların göz önüne alındığında Amerika Birleşik Devletleri vatandaşı olan yazarlar ilk sırada (360 kez) yer almaktadır. Bu çalışmada ABD vatandaşı olan yazarları Avustralya (48 kez), Birleşik Krallık (37 kez), Kanada (25 kez) Hollanda (14 kez) ve Almanya (12 kez) vatandaşları izlemektedir (IOM, 2004).

Yukarıdaki çalışmalardan sağlık okuryazarlığı ile ilgili en fazla araştırmanın Amerika Birleşik Devletleri’nde yapıldığı görülmektedir. Bu nedenle bu tez çalışmasında dünyada sağlık okuryazarlığı ele alınırken öncelikle Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan çalışmalara, ardından diğer ülkelerde yapılan sağlık okuryazarlığı çalışmalarına yer verilmiştir. Türkiye’deki sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar ise daha detaylı incelenmek üzere en sona bırakılmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri’nde yeni yüzyılın ilk on yılı için ulusal düzeyde sağlık hedeflerinin gerçekleştirilmesi kapsamında (Pleasant ve Kuruvilla,2008) sağlık okuryazarlığına yönelik ilk hedefler belirlenmiş (Kickbusch, 2001), sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi için öncelikli olarak belirlenen 20 alandan birisi olmuştur (IOM, 2004). Amerikan Tıp Enstitüsünün 2004’te yayınladığı ve büyük yankı uyandıran raporunda Amerika yetişkin nüfusunun neredeyse yarısının sağlık bilgisine erişiminde ve ona uygun davranmasında zorluklar yaşayabileceği belirtilmiş, sağlık okuryazarlığının bireylerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesinde önemli olduğu vurgulanmıştır. (IOM, 2004). Aynı yıl ABD’de yapılan başka bir araştırmada sınırlı okuryazarlığın sağlık sonuçlarına geniş ölçüde etki ettiğine (koruyucu hizmetlerin az kullanılması ve hastaneye yatma oranlarının yüksek olması gibi) dikkat çekilmiştir (Berkman ve ark, 2004). Bu duruma çözüm üretmek amacıyla herkesin sağlık bilgisine sahip olma hakkı, sağlık hizmetlerinin kaliteli bir yaşam için faydalı ve anlaşılabilir olması ilkelerinden hareketle Mayıs 2010’da 7 maddeden oluşan ulusal bir eylem planı belirlenmiştir (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010).

Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) desteğiyle ABD’de 2003 yılından 2010 yılına kadar sağlık okuryazarlığına yönelik yayınları inceleyen Berkman ve arkadaşları, ilerlemeler kaydedildiğini belirterek sağlık okuryazarlığı alanında yapılacak çalışmalar için özellikle sözel sağlık okuryazarlığı ile ilgili becerileri ölçen değerlendirme araçlarının geliştirilmesini ve sağlık okuryazarlığının etkilerinin incelenmesini önermişlerdir. Bu çalışmada maliyet etkililik programlarının ve politika etkilerinin belirlenmesine de değinilmiştir (Berkman ve ark, 2011). ABD’de federal hükümet aktif olarak sağlık okuryazarlığı ile ilgilenmektedir; ancak etkinliklerin çoğu özel sektör kuruluşları tarafından yürütülmektedir. Devlet tabanlı faaliyetler de bulunmaktadır. Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezinin (Centers for Disease Control and Prevention) sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaları devlet tabanlı faaliyetlere örnek olarak gösterilebilir (IOM, 2004).

Sağlık okuryazarlığı faaliyetlerinin örnekleri dünyanın pek çok yerinde görülebilir. Örneğin Filipinler’de bebek beslenmesi ve emzirilmesine yönelik ulusal bir plan vardır. Bu plan sadece bebek emzirilme oranının artışı ile değil, aynı zamanda bebek ölüm oranının azaltılmasıyla da sonuçlanmıştır. Orta Amerika’daki 8 ülkede pestisit kullanılmadan temizliğe odaklanan çevreci bir kampanya ile sıtmayla mücadeleye karşı yürütülmüştür. Su depolama kapları, caddeler, ormanlık alanlar ve bataklıklar hakkında insanlar bilgilendirilmiş, 2 yıl sonra vektör yoğunluğunda ve sıtma görülme sıklığında %63 oranında bir azalma kaydedilmiştir (IOM, 2004). Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) ortakları ile Birleşmiş Milletler’in (UN) kuruluşları sağlık okuryazarlığını teşvik etmek için çalışmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi hastaların güçlendirilmesine odaklı çeşitli programlar yürütmektedir. İlk program bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve yönetimi, ikinci program ruh sağlığı, üçüncü program ise kan transfüzyonu ve hastane enfeksiyonları teması etrafında güvenlik ve hasta hakları üzerine odaklanmıştır. Ekim 2008’de gerçekleştirilen Avrupa Birliği üst düzey farmasötik forumunda sağlık okuryazarlığının önemli bir politika konusu olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (IOM, 2004). Avrupa Birliği politikalarının tasarlayıcısı ve koordinatörü olan Avrupa Toplulukları Komisyonu’nun 2008-2013 Sağlık Stratejisinde de vatandaşların güçlendirilmesi ile bağlantılı olarak sağlık okuryazarlığından öncelikli bir eylem alanı olarak bahsedilmiştir.

Avustralya’da yetişkin nüfusun yaklaşık %60’ının sağlık okuryazarlığının düşük olduğu tahmin edilmektedir. 2006’dan beri Sağlık Bakımında Kalite ve Güvenlik Komisyonu sağlık bakımında kalite ve güvenliği desteklemeye ve farkındalığı artırmaya yönelik çalışmalar yapmakta, sağlık okuryazarlığını da sistematik bir şekilde değerlendirmek için ulusal projeler yürütmektedir. Sağlık okuryazarlığına hitap eden birçok çalışma (bu çalışmaların çoğunluğu farklı etnik gruplar, sakatlığı veya kronik hastalığı bulunanlar gibi spesifik gruplara yöneliktir) yapılmaktadır; fakat bu çalışmalar birbirleri ile bağlantılı değildir, paylaşarak öğrenme fırsatları sınırlıdır. Sağlık okuryazarlığının eşgüdümsel olarak değerlendirilebilmesi için sağlık okuryazarlığının yüksek düzey sistemlerin, kurumsal politikaların ve uygulamaların içerisine dahil edilmesi, sağlık bilgisinin doğru bir şekilde edinilmesi ve kullanılması, kişilerarası iletişimin etkili olması, tüketiciler ve sağlık hizmeti sunucuları için eğitimin (halk sağlığı programları, sağlığı geliştirme ve eğitim stratejileri gibi) içerisine entegre edilmesi gerekmektedir (ACSQHC, 2014).

Kanada’da sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar sağlığı geliştirme çabası içinde ele alınmaktadır ve tıbbi sistem içerisine dahil edilememiştir. Yeni bir alan olarak görülen sağlık okuryazarlığına ilişkin Kanada’da çok sayıda program, girişim, faaliyet vardır; fakat özel sektörün katkısı sınırlıdır. Şili’de spesifik sağlık okuryazarlığı politikaları bulunmasa da birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu düzenleyen politikaların dolaylı yönden sağlık okuryazarlığına katkı sağladığı söylenebilir. Sağlık okuryazarlığına dikkat çekmek için Çin’de 2008-2010 yılları için ulusal sağlık okuryazarlığı planı hazırlanmış, çok sektörlü bir yaklaşım ve halkın farkındalığını yükseltme anlayışı benimsenmiştir. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan araçlar henüz Finceye çevrilmemiştir ancak Finlandiya’da farklı yaş gruplarında ve farklı durumlarda sağlık okuryazarlığını aydınlatmaya yönelik çalışmalar devam etmektedir (IOM, 2004).

Hindistan’da açık bir şekilde sağlık okuryazarlığına odaklanan bir devlet politikası yoktur; fakat tütün kullanımı, sağlık eşitliği, bulaşıcı olmayan hastalıklar gibi sağlık konuları ile ilgili resmi raporlar sağlık okuryazarlığının önemine işaret etmektedir. Japonya’da Eğitim, Bilim ve Teknoloji Bakanlığı tarafından hazırlanan bir web sitesi Japon yetişkinlere sağlık okuryazarlığına ilişkin bilgi sunmaktadır.Yeni Zelanda’da sağlık okuryazarlığını en azından bazı düzeylerde destekleyen bir devlet politikası vardır. Bangladeş, Brezilya, Liberya, Pakistan, Peru gibi ülkelerde ağırlıklı olarak sivil toplum kuruluşlarının sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmaları olduğu görülmektedir (IOM, 2004). Diğer taraftan Avustralya (Jordan ve ark, 2011), Çin, Japonya, Kanada (Wu ve ark, 2018 ), Kore (Lee ve ark, 2012) ve Tayvan (Pan ve ark, 2010) gibi ülkeler kendi ülke dinamikleri ve toplum yapısına göre sağlık okuryazarlığını değerlendiren araçlar geliştirmişlerdir.

Türkiye’de ise sağlık okuryazarlığı literatürü son on yılda hızla gelişme göstermiştir. 2000’li yıllarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili 7 makalede genel okuryazarlık ve sağlık sorunları üzerinde durulmuştur.2010’lu yıllarda, sağlık okuryazarlığına ilgi artmış, sağlık okur yazarlığının etkililiği ile sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisine ve sağlık sonuçlarına etkisine odaklanılmıştır.Bu yıllarda yapılan çalışmalar kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, sigara içme, hipertansiyon, ilaç kullanımı için iki veya daha fazla risk faktörü olan kişilere odaklanmıştır. 2000’li yıllarda sağlık okuryazarlığına yönelik on birin üzerinde kitap ve broşür yayınlanmıştır. Bu kitaplar ve broşürlerin başlıca odak noktası hasta medikal formları ve hasta eğitim materyalleri olmuştur.2010’larda yayımlanan makale sayısındaki artış devam etmektedir. 2010’lu yıllarda yayımlanan makalelerin sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine ve çeşitli sağlık okuryazarlığı düzeylerindeki hastaların hastalık bilgisindeki farklılıklara odaklandığı görülmektedir (Önal, 2010). Aşağıda Türkiye’de sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmalardan bazıları hakkında bilgi verilmiştir.

Küresel ölçekte önemli ilaç firmalarından birisi olan Pfizer 2005 yılında gençlere yönelik sağlık okuryazarlığı farkındalığı ve bilgiyi artırmaya yönelik projesini hayata geçirerek Türkiye’de sağlık okuryazarlığına yönelik ilk toplumsal projeye öncülük etmiştir. Yaşam boyu sağlık, hijyen ve öz bakım, bağımlılık, sağlık başvurusu, ilaç kullanımı, sağlık hakları, organlar ve işlevleri gibi eğitim modüllerinin kullanıldığı bu proje ile 2005-2011 yılları arasında 36 ilde 111 akran eğitimi ve 6 eğitmen eğitimi ile 2300 gence doğrudan, çarpan etkisiyle 23 bin kişiye dolaylı olarak ulaşıldığı ifade edilmiştir (Pfizer, 2016). Haziran 2009’da toplum tabanlı epidemiyolojik bir saha çalışması ile Türk toplumunda sağlık okuryazarlığı oranlarının belirlenmesine yönelik bir proje tasarlanmıştır (Akalın, 2012). Aynı yılda Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık okuryazarlığına yönelik başka bir proje daha (Sağlık Okuryazarlığını Özendirme Projesi) hayata geçirilmiştir. (Akdağ,Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011).

Yetişkinlerin sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesine yönelik olarak Uludağ Üniversitesi’nde yapılan ve REALM ile NVS araçlarının kullanıldığı bir araştırmada REALM testine göre yetişkinlerin %59’unun, NVS testine göre %28’inin sağlık okuryazarlığının yeterli olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadaki bireylerin tıbbi kelime tanıma ve telaffuz kapasitesinin sayısal ve akıl yürütme becerilerinden daha iyi olduğu belirtilmiştir (Özdemir ve ark, 2010). Aynı bireylere uygulanan bu testlerin farklı sonuçlar doğurması sağlık okuryazarlığını değerlendiren araçlar arasındaki farklılığı da ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık okuryazarlığına yönelik lisansüstü araştırmalar incelendiğinde Mart 2018 itibarıyla Türkiye’de 18 yüksek lisans tezi, 9 tıpta uzmanlık tezi ve 7 doktora tezi olmak üzere toplam 34 araştırma gerçekleştirilmiştir. Genellikle aile hekimliği, halk sağlığı, sağlık yönetimi, hemşirelik, eğitim ve öğretim anabilim dallarına bağlı olarak gerçekleştirilen bu araştırmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve bu düzeyi etkileyen faktörlerin belirlenmesi, kronik hastalıkları olan bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin geliştirilmesi veya Türkçeye uyarlanması gibi konulara yer verildiği görülmektedir. Bu alandaki ilk lisansüstü araştırmanın 2011 yılında tamamlandığı dikkate alınırsa sağlık okuryazarlığının Türkiye’de yeni ancak araştırmacıların ilgisini çeken bir alan olduğu söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerin Türkiye’de geçerli olup olmadığının değerlendirilmesine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Eyüboğlu ve Schulz (2016) tarafından Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testinin kısa versiyonunun (S-TOFHLA) Türkçeye uyarlanması ve geçerli bulunması bu çalışmalara örnek olarak verilebilir. Türk araştırmacılar tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığını değerlendirme araçları da bulunmaktadır. Sezer ve Kadıoğlu’nun (2014) geliştirdiği ‘‘Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’’ ile Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından geliştirilen ‘‘Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32’’ (TSOY-32) bu araçlardandır. Diğer taraftan sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesine yönelik faaliyetler, Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü bünyesindeki Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı’nın görev ve sorumlulukları içerisindedir (Akdağ,Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011).

Türkiye’de başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere çeşitli kurumların ve sivil toplum örgütlerinin sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmaları bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2013-2017 stratejik planında belirlemiş olduğu dört stratejik amaçtan ilki sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmektir. Bu amaçla ilgili olarak belirlenen hedeflerden birisi bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmektir. Bu hedefe yönelik iki strateji sağlık okuryazarlığı ile ilgilidir: Halk arasında sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmek, izlemek,artırmak ve toplumda sağlık okuryazarlığını artırmak için iletişim faaliyetlerini güçlendirmek. Bu stratejik planda 2017’de toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin %50’nin üzerine çıkarılması hedeflenmiştir (Akdağ,Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmalar incelendiğinde sağlık eğitiminin kanunlarla sağlık personeline verilmiş bir görev olduğu görülmektedir. 224 sayılı ‘‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’’ kapsamında, sekiz temel sağlık hizmetten biri olan sağlık eğitimi sağlık personelinin görevi olarak tanımlanmış, ‘‘Sağlık Eğitimi Yönetmeliği’’ çıkarılarak hem sağlık personelinin hem de toplumun sağlık eğitimi uygulamaları tanımlanmıştır. (Akdağ,Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ile ilgili olarak yapılan bir durum analizinde aşağıdaki sorunlar tespit edilmiştir (Akdağ,Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011):

**1. Sağlık hizmet sunucuları açısından sağlık okuryazarlığı**

1.1. Sağlık okuryazarlığının sağlık problemlerini önlemede, hizmetleri etkin ve etkili kullanmada temel araç olduğunun bilinmemesi

1.2. Sağlık terminolojisinin herkes tarafından anlaşılamaması

1.3. Sağlık hizmeti sunucularının mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim programlarının süre ve içerik açısından yeterli olmaması

1.4. Sağlık okuryazarlığı konularının eğitim programında önceliğinin olmaması

1.5. Davranış değişiminin eğitim sürecinde sağlanamaması

1.6. Nitelik ve nicelik olarak eğitmenlerin yeterli olmaması

1.7. Sağlığı etkileyen sosyal belirleyicilerin ve insanın psikososyal gelişiminin tam olarak kavranamaması

1.8. Empati kurma ve dinleme becerisinin yetersizliği

1.9. Sağlık okuryazarlığı hizmetinin performans kriterlerinde bulunmaması

**2. Sağlık sistemi açısından sağlık okuryazarlığı**

2.1. Sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi ile ilgili eylem planlarının olmaması

2.2. Sağlık sisteminin doğru, kanıta dayalı, güvenilir ve uygulanabilir sağlık bilgisini geliştirme ve yayma kapasitesinin yetersizliği

2.3. Sağlık sisteminin sağlık okuryazarlığını geliştirmek için araştırma-geliştirme çalışmalarına yeterli kaynağı ayırmaması

**3. Sağlık hizmeti alanlar açısından sağlık okuryazarlığı**

3.1. Doğru ve güvenilir sağlık bilgisine erişememe ve bilgi kirliliğinden korunamama

3.2. Hasta haklarının tam olarak bilinmemesi

3.3. Toplumun sağlık problemlerinin nasıl önleneceğine yönelik bilgi ve becerisinin yetersiz olması

3.4. Sağlıkla ilgili kararlarda aktif olarak rol alamama

3.5. Sağlık hizmetini alırken ve sorgularken tedirginlik yaşanması sonucunda uygun hizmete ulaşamama

**4. Araştırma - Geliştirme**

4.1. Ulusal sağlık okuryazarlığı ölçme araçlarının ve yöntemlerinin yeterli olmaması

4.2. Politika belirleyicilerin, uygulayıcıların ve akademisyenlerin bilinç düzeyinin yetersiz olması nedeniyle alana özgü araştırmaların gerçekleştirilememesi

4.3. Sağlık okuryazarlığı seviye tespitinin yapılamaması

**5. İzleme/Değerlendirme/Denetim**

5.1. İzleme ve değerlendirme araçlarının olmaması

5.2. Davranış değerlendirme sürveyans sistemlerinin olmaması

5.3. Sağlık okuryazarlığına yönelik yürütülen müdahale araştırmalarında etkililik oranlarının hesaplanmasında yaşanan güçlükler

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı dışındaki kurumların sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalarına, sağlık okuryazarlığı hakkında farkındalık oluşturmak amacıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın aile eğitim programı çerçevesinde yayınladığı kitap (Çetin, 2012) ile Türkiye’nin bağımlılıkla mücadele eğitim programı kapsamında

Bu çalışmaların yanı sıra sağlık okuryazarlığına yönelik bir başka çalışma olan “GAP Bölgesi’nde Halk Sağlığı Okuryazarlığı” projesi 2014 yatırım programında desteklenmiş ve Ocak 2014 tarihinde başlamış olup devam etmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2014). Diğer taraftan Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) için sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ile ilgili Özel İhtisas Komisyonu raporlarından birinde bu sorunun nedenleri şu şekilde belirtilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014):

* Sağlık okuryazarlığı düzeyinin bilinmemesi
* Güncel ve güvenilir sağlık bilgi kaynaklarındaki yetersiz
* Hasta bilgilendirme formlarının içerik ve uygulanmasının yetersizliği
* Sağlıkta medya yönetiminin uygun yapılmaması
* Öncelikli gruplar ve özel hastalıklara yönelik bilgilendirici doküman yetersizliği
* Toplumun sağlık sisteminde paydaş rolünün güçlendirilmemiş olması
* Toplumun fiziksel aktivitelerde bulunabileceği ve hareketli bir yaşam tarzı oluşturmasını destekleyici kentleşmenin olmaması

Sağlık okuryazarlığına ilişkin olarak Özel İhtisas Komisyonu raporunda yer alan bu bilgilere ve bu bilgilere yönelik önerilere/stratejilere ne Onuncu Kalkınma Planında, ne de Onuncu Kalkınma Planının eylem programları niteliğinde olan Öncelikli Dönüşüm Programlarında yer verilmiştir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı olgusunun Türkiye açısından henüz yüksek politika düzeyinde bir yer işgal etmediği söylenebilir (Yıldırım, 2015).

Sağlık okuryazarlığı doğru bilginin kullanılmasıyla kendi sağlıklarını kontrol etmesinde kişileri güçlendiren, bireysel ve sosyal faydalar sağlayan, böylelikle toplum davranışına ve sosyal sermaye oluşumuna imkan tanıyan bir araçtır. Ancak dünya genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktür. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık okuryazarlığının düzeyi bilinmemektedir. İletişim ve eğitim alanları ile ilgili olarak halk ve sağlık profesyonelleri arasında hala eksiklikler vardır. Türkiye’de bu eksikliklere karşı sağlık eğitimi, kamu farkındalık programları adı altında çeşitli çalışmalar yapılsa da sağlık okuryazarlığı yeni bir alan olarak tanınmaktadır (IOM, 2004). Sağlık okuryazarlığı alanında yapılan lisansüstü çalışmaların 2011-2018 yılları arasında gerçekleştirilmesi bu düşünceyi desteklemektedir.

# 3. GEREÇ ve YÖNTEM

## 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı/kesitsel tipte bir araştırmadır.

## 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın yapıldığı Sağlık Bakanlığı’na bağlı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi 52 branşta 1131 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Hastanede 780 hemşire, 492 hekim, 598 sağlık personeli (ebe, psikolog, odyolog….), 1369 sürekli işçi olmak üzere toplam 3239 çalışanı bulunmaktadır. Araştırma Eylül 2018 – Haziran 2019 tarihleri arasında Konya İl Sağlık Müdürlüğü Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır.

## 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı hastanede 780 hemşire, 492 hekim, 598 sağlık personeli (ebe, psikolog, odyolog…), 1369 diğer branşlar olmak üzere toplam 3239 çalışan bulunmaktadır. Çalışanların tamamı evren olarak kabul edilmiştir (3239 kişi).

Örneklem hacmi hesaplamasında G-Power Analizi kullanılmış etki boyu 0,15, güç (1-beta) 0,95 ve alpha 0,05 olarak kabul edilerek en az 927 çalışana ulaşılması hedeflenmiş; uygulama 1081 kişi ile tamamlanmıştır. Örneklem belirlemede mesleklere göre tabakalama yapılmış; her tabakayı temsil edecek örnek sayısına ulaşmada basit rasgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

## 3.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri

* Araştırmaya katılmaya istekli olmak
* Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışıyor olmak

## 3.5. Araştırma Soruları

1. Hastane çalışanlarının sağlık okur yazarlığı düzeyleri nasıldır?
2. Hastane çalışanlarının özellikleri ile sağlık okur yazarlığı düzeyleri arasında fark var mıdır?

## 3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

### 3.6.1. Anket Formu

Anket literatür taranarak araştırmacı tarafından 3 bölüm şeklinde oluşturulmuştur. Birinci bölümde bireylerin kişisel özelliklerine yönelik sorular (8 adet), ikinci bölümde sağlığa ilişkin sorular (4 adet), üçüncü bölümde sağlık okuryazarlığına yönelik sorular (5 adet) yer almaktadır (Abacigil, Harlak ve Okyay 2016).

### 3.6.2. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

ASOY-TR, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanmış halidir (Abacigil, Harlak ve Okyay 2016). Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir (HLS-EU CONSORTIUM, 2012). Ölçek, 15 yaş üzeri kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili üç boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama) içermektedir. Her madde 1=Çok zor, 2=Zor, 3=Kolay, 4=Çok kolay olacak şekilde 4 derecelidir. “Bilmiyorum” ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Ölçekten alınabilecek 23 toplam puan 47-188 arasındadır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde bir formül yardımıyla standardize edilmiştir.

Ölçekteki dört boyut (genel, tedavi, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi) için kesme noktaları belirlenmiştir.

(0-25) puan : Yetersiz sağlık okuryazarlığı

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

(>33-42) : Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : Mükemmel sağlık okuryazarlığı

## 3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırma öncesi örneklem grubuna benzeyen Konya Numune Hastanesi çalışanlarından yaklaşık 30 kişilik bir gruba anketin ön uygulaması yapılmış ve soruların anlaşılabilirliği belirlenmiştir. Uygulama sonrasında gerekli görülen düzenlemeler yapılmış ve sonrasında araştırma uygulamasına geçilmiştir.

## 3.8. Araştırmanın Uygulama Planı

Araştırma Eylül 2018–Haziran 2019 tarihleri arasında 10 ay sürmüştür. Araştırmada araştırmaya katılan bireylerle uygun görüşme ortamı sağlanmıştır, veriler öz bildirim yolu ile toplanmıştır. Araştırma öncesi araştırma ile ilgili bilgi verilerek ve yazılı izin alınmıştır. Birinci ayda araştırma yapılacak kuruma ve etik kurula izin başvurusu yapılmış, örneklem grubu belirlenmiş ve araştırma yapılacak kurumla görüşülmüştür. 2.-3. ayda, literatür taraması ve anket uygulaması yapılmıştır. 4. ayda literatür taraması, anket uygulaması ve veri girişi yapılmıştır. 5. ayda anket uygulanmış ve literatür taramaya devam edilmiştir. 6-7.ayda literatür taraması, anket uygulaması ve veri girişi yapılmaya devam edilmiştir. 8.-9. ayda literatür taraması, anket uygulaması, veri girişi yapılmış, verilerin analizi yapılıp, bulgular yazılmış ve danışman incelemiş, tez yazımı/basımı, ilgili kurumlara sunumu yapılmıştır.

## 3.9. Araştırmanın Etik Yönü

SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden kurul izni, Konya KTO Karatay Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu’ndan resmi izinler, gönüllülerden yazılı onam ve araştırmada kullanılan ölçeklerle ilgili gerekli izinler alınmıştır. Tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-18015 proje numarası ile desteklenmiştir.

## 3.10. Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 21.0 programında ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler (Aritmetik Ortalama, standart sapma, sıklık, yüzdelik), t testi, One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri bireylerin özellikleri, bağımlı değişkeni ise Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanıdır.

Normal dağılım analizi kapsamında; ortalama puan, minimum ve maksimum puan genişliği, Gauss eğrisi değerlendirilmiş, ayrıca Kolmogorov-Simirnov testi anlamlılık düzeyi hesaplanmıştır. Dağılımın normal dağılım özelliği gösterdiği gözlenmiştir.

## 3.11. Çalışma Planı (Eylül 2018-Haziran 2019)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ay | Eylül | * Kurum İzni/ Etik kurul İzni Başvurusu * Literatür Tarama * Örneklem grubunun belirlenmesi * Araştırma yapılacak kurum ile görüşülmesi |
| 2. ay | Ekim | * Literatür Tarama * Anket Uygulama |
| 3. ay | Kasım | * Literatür Tarama * Anket uygulama |
| 4. ay | Aralık | * Literatür Tarama * Anket Uygulama * Veri girişi |
| 5. ay | Ocak | * Literatür Tarama * Anket uygulama |
| 6. ay | Şubat | * Literatür Tarama * Anket Uygulama * Veri girişi |
| 7. ay | Mart | * Literatür Tarama * Anket Uygulama * Veri girişi |
| 8. ay | Nisan | * Literatür Tarama * Anket uygulama * Veri girişi |
| 9. ay | Mayıs | * Anket uygulama * Literatür Tarama * Veri girişi * Verilerin analizi * Bulgular ve tartışma yazılması * Danışmanın incelemesi |
| 10. ay | Haziran | * Bulgular ve tartışma yazımı * Danışmanın incelemesi * Tez yazımı ve basımı, ilgili kurumlara sunumu |

# 4.BULGULAR

## 4.1.Katılımcıların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Tablo 6’da katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, en uzun yaşanılan yer, gelir durumu ve algılanan sosyal statüler olmak üzere kişisel özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Kişisel Özellikleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kişisel Özellikler** | | n | % |
| Cinsiyet | Erkek | 581 | 53,7 |
| Kadın | 500 | 46,3 |
| Medeni Durum | Evli | 803 | 74,3 |
| Bekar | 288 | 25,7 |
| Eğitim Durumu | İlkokul Mezunu | 79 | 7,3 |
| Ortaokul Mezunu | 114 | 10,5 |
| Lise Mezunu | 246 | 22,8 |
| Önlisans | 106 | 9,8 |
| Lisans ve üstü | 536 | 49,6 |
| Meslek | Doktor | 77 | 7,1 |
| Hemşire/Sağlık Mem. | 359 | 33,2 |
| Sağlık Personeli | 114 | 10,5 |
| Sürekli İşçi | 531 | 49,1 |
| En Uzun Yaşanılan Yer | Köy/Kasaba | 113 | 10,5 |
| Kent merkezi | 434 | 40,1 |
| Büyükşehir | 534 | 49,4 |
| Gelir Düzeyi | Gelir giderden az | 389 | 36,0 |
| Gelir gidere denk | 556 | 51,4 |
| Gelir giderden fazla | 136 | 12,6 |
| Algılanan Sosyal Statü (1-10 arası derece ile) | X±SS | 6,38±2,07 | |
| **YAŞ** | X±SS | 34,76±7,80 | |
| **ÇALIŞMA YILI** | X±SS | 9,81±6,97 | |

Tablo 6 incelendiğinde, katılımcıların % 53,7’si erkek, % 46,3’ü kadın olup; yaş ortalaması 34,76±7,80’dir. Katılımcıların %74,3’ü evli, %49,6’sı lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip, %49,1’i sürekli işçi kadrosunda, %49,4’ü en uzun süre büyük şehirde yaşamış, %51,4’ünün geliri giderine denktir ve çalışma yılları 9,81±6,97’dir. Katılımcıların algıladıkları sosyal statü düzeyi 1 ile 10 arasında değerlendirildiğinde 6,38±2,07’dir.

## 4.2. Katılımcıların Sağlıklarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Tablo 7. Katılımcıların Sağlığa İlişkin Özellikleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sağlık Özellikleri** | | **n** | **%** |
| Genel Sağlık Değerlendirmesi | Mükemmel | 87 | 8,0 |
| Oldukça iyi | 269 | 24,9 |
| İyi | 472 | 43,7 |
| Fena değil | 216 | 20,0 |
| Kötü | 37 | 3,4 |
| Düzenli İlaç Kullanma | Evet | 154 | 14,2 |
| Hayır | 927 | 85,8 |
| Düzenli İlaç Kullanmayı Gerektiren Hastalık\* | Diyabet | 26 | 17 |
| Hipertansiyon | 30 | 19,6 |
| Kalp Hastalığı | 21 | 13,7 |
| Böbrek Hastalığı | 8 | 5,2 |
| Astım | 22 | 14,4 |
| Gastrointestinal | 20 | 13,1 |
| Cilt Hastalıkları | 11 | 7,2 |
| Psikiyatrik Hast. | 3 | 2,0 |
| Kan Hastalıkları | 1 | 0,7 |
| Romatoloji | 4 | 2,6 |
| Hipotroid | 7 | 4,6 |
| İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu | Aile sağlığı merkezi | 183 | 16,9 |
| Devlet hastanesi | 291 | 26,9 |
| Özel hastane | 55 | 5,1 |
| Üniversite hastanesi | 25 | 2,3 |
| Eğitim araştırma hastanesi | 516 | 47,7 |
| Özel muayenehane | 11 | 1,0 |

*\*Birden fazla madde işaretlenmiştir.*

Tablo 7 incelendiğinde, katılımcıların % 43,7’si genel sağlık değerlendirmesini iyi olarak algılamakta, % 85,8’i düzenli ilaç kullanmaktadır ve düzenli ilaç kullananların %19,6’sı hipertansiyon hastasıdır. Katılımcıların %47,7’si ilk başvurdukları sağlık kuruluşunu eğitim araştırma hastanesi olarak belirtmiştir.

## 4.3. Katılımcıların Okuryazarlık Düzeylerine İlişkini Bulguların Değerlendirilmesi

Tablo 8. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Özellikleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sağlık Okuryazarlığı Özellikleri** | | **n** | **%** |
| Kitap Okuma | Hiç okumam | 148 | 13,7 |
| Ara Sıra | 679 | 62,8 |
| Sıklıkla | 254 | 23,5 |
| Sağlık Okuryazarlığı Kavramını Bilme Durumu | Hayır | 654 | 60,5 |
| Evet | 427 | 39,5 |
| Sağlık Okuryazarlığı Kavramını İlk Kez Nereden Duyduğu | Hiç Duymadım | 237 | 21,9 |
| Kongre/konferans | 149 | 13,8 |
| Televizyon | 173 | 16,0 |
| Gazete/dergi | 76 | 7,0 |
| İnternet | 261 | 24,1 |
| Sosyal Medya | 185 | 17,1 |
| Sağlık Okuryazarlığının Önemli Olduğu Gruplar \* | Kronik Hastalar | 664 | 61,4 |
| Yaşlılar | 491 | 59,1 |
| Gebeler | 444 | 54,8 |
| Engelliler | 377 | 48,6 |
| Çocuklar | 365 | 47,5 |
| Diğer | 213 | 19,7 |
| Okuma Aktivitesinden Hoşlanma  (1-10 arası derece ile) | X±SS | 6,06±2,37 | |

*\*Birden fazla madde işaretlenmiştir.*

Tablo 8 incelendiğinde, katılımcıların % 62,8’i ara sıra kitap okuduğunu **,**%60,5’i sağlık okuryazarlığı kavramını bilmediğini,% 61,4’ü sağlık okuryazarlığının kronik hastalıklar için önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

## 4.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 9. Katılımcıların Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Puanlarına Göre Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı** | **Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı** | **Yeterli Sağlık Okuryazarlığı** | **Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı** |
| n(%) | n(%) | n(%) | n(%) |
| 215(19,9) | 452(41,8) | 250(23,1) | 164(15,2) |

Tablo 9 incelendiğinde, katılımcıların %19,9’unun yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine, %41,8’inin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine, %23,1’inin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine ve % 15,2’sinin mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olukları bulunmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği ve Altölçekleri Puanları

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sağlık Okuryazarlığı Sıklığı** | | | |
| **Genel** | **Tedavi ve Hizmet** | **Hastalıklardan Korunma** | **Sağlığın Geliştirilmesi** |
| X±SS | X±SS | X±SS | X±SS |
| 31,65±10,83 | 33,78±9,25 | 28,55±10,66 | 31,38±11,30 |

Tablo 10 incelendiğinde Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Toplam ve Alt Ölçekleri Puanlarının Dağılımına bakıldığında; Genel puanın 31,65±10,83; Tedavi ve Hizmet Alt Ölçeği puanının 33,788±9,25; Hastalıklardan Korunma Alt Ölçeği puanının 28,552±10,66; Sağlığın Geliştirilmesi Alt Ölçeği puanının 31,382±11,30 olduğu bulunmuştur.

Tablo 11. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Puanlarının Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kişisel Özellikler/ASOY-TR Puanları** | | **n** | **x±SS** | **Test, p** |
| Cinsiyet | Erkek | 581 | 31,14±11,17 | \*1,662; 0,097 |
| Kadın | 500 | 32,24±10,44 |
| Medeni Durum | Evli | 803 | 31,88±10,31 | \*1,201;0,230 |
| Bekar | 278 | 30,98±12,26 |
| Eğitim Durumu | İlkokul Mezunu | 79 | 28,98±11,53 | \*\*8,637; **0,001** |
| Ortaokul Mezunu | 114 | 27,91±12,91 |
| Lise Mezunu | 246 | 30,74±10,44 |
| Meslek Yüksekokul Mezunu | 106 | 31,12±11,68 |
| Üniversite/Y.O.Mezunu | 536 | 33,35±9,94 |
| Meslek | Doktor | 77 | 39,23±10,45 | \*\*26,478;0,001 |
| Hemşire/Sağlık Mem. | 359 | 33,69±8,00 |
| Sağlık Personeli | 114 | 30,56±9,39 |
| Sürekli İşçi | 531 | 29,40±12,06 |
| En Uzun Yaşanılan Yer | Köy/Kasaba | 113 | 30,81±9,92 | \*\*0,914;0,401 |
| Kent merkezi | 434 | 31,34±11,53 |
| Büyükşehir | 534 | 32,07±10,45 |
| Gelir Düzeyi | Gelir giderden az | 389 | 29,71±10,48 | \*\*13,570;0,001 |
| Gelir gidere denk | 556 | 32,19±10,55 |
| Gelir giderden fazla | 136 | 34,97±12,04 |

*\*Student-t test, \*\*One Way ANOVA (Post hock Bonferronni testi kullanılmıştır)*

Tablo 11 incelendiğinde katılımcıların kişisel özellikleri değerlendirildiğinde üniversite mezunlarının ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre; doktor ve hemşirelerin sağlık personeli ve sürekli işçilere göre; geliri giderinden fazla olanların geliri giderine denk ve az olanlara göre; geliri giderine denk olanların geliri giderinden az olanlara göre Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği puanları yüksek bulunmuştur (p<0.05). Cinsiyet, en uzun yaşanılan yer ve medeni durumla Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05).

Tablo 12. Katılımcıların Sağlığa İlişkin Özellikleri ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sağlık Özellikleri/** **ASOY-TR Puanları** | |  | x±SS | Test, p |
| Genel Sağlık Değerlendirmesi | Mükemmel | 87 | 27,65±15,90 | \*\*11,863; 0,001 |
| Oldukça iyi | 269 | 34,70±11,27 |
| İyi | 472 | 31,85±9,46 |
| Fena değil | 216 | 29,72±9,81 |
| Kötü | 37 | 27,49±9,26 |
| Düzenli İlaç Kullanma | Evet | 154 | 30,26±10,73 | \*1,720;0,086 |
| Hayır | 927 | 31,88±10,85 |
| İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu | Aile sağlığı merkezi (Aile hekimi) | 183 | 31,48±10,26 | \*\*0,249;0,940 |
| Devlet hastanesi | 291 | 31,66±11,16 |
| Özel hastane | 55 | 33,13±10,87 |
| Üniversite hastanesi | 25 | 31,46±11,93 |
| Eğitim araştırma hastanesi | 516 | 31,58±10,81 |
| Özel muayenehane | 11 | 30,25±12,59 |

*\*Student-t test, \*\*One Way ANOVA (Post hock Bonferronni testi kullanılmıştır)*

Tablo 12 incelendiğinde, katılımcıların Sağlığa İlişkin Özellikleri değerlendirildiğinde sağlığını oldukça iyi olarak değerlendirenlerin mükemmel,iyi,fena değil ve kötü olarak değerlendirenlere göre Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Puanları yüksek bulunmuştur (p<0.05). Düzenli ilaç kullanma ve ilk başvurulan sağlık kuruluşu ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05).

Tablo 13. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Özellikleri ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sağlık Okuryazarlığı Özellikleri/ ASOY-TR Puanlarının** | | n | x±SS | Test, p |
| Kitap Okuma | Hiç Okumam | 148 | 27,75±11,36 | \*\*12,193; 0,001 |
| Ara Sıra | 679 | 31,98±10,26 |
| Sıklıkla | 254 | 33,04±11,56 |
| Sağlık Okuryazarlığı Kavramını Bilme Durumu | Hayır | 654 | 30,39±11,05 | \*4,780; 0,001 |
| Evet | 427 | 33,58±10,24 |
| Sağlık Okuryazarlığı Kavramını İlk Kez Nereden Duyduğu | Hiç Duymadım | 237 | 32,19±8,26 | \*\*4,903; 0,001 |
| Kongre/konferans | 149 | 32,87±11,37 |
| Televizyon | 173 | 28,39±12,46 |
| Gazete/dergi | 76 | 31,25±10,64 |
| İnternet | 261 | 33,18±10,78 |
| Sosyal Medya | 185 | 31,01±11,31 |

*\*Student-t test, \*\*One Way ANOVA (Post hock Bonferronni testi kullanılmıştır)*

Tablo 13 incelendiğinde, katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Özellikleri değerlendirildiğinde arasıra ve sıklıkla okuyanların hiç okumayanlara göre; Sağlık okuryazarlığı kavramını bilenlerin bilmeyenlere göre; internet yoluyla sağlık okuryazarlığını duyduğunu belirtenlerin diğerlerine göre Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği puanları yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 14. Katılımcıların Yaş, Çalışma Yılı, Okuma Aktivitesinden Hoşlanma Düzeyleri ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Puanları İlişkisi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ASOY-TR Ölçeği Puanı |
| Yaş | r | -0,09 |
| p | 0,002 |
| Çalışma Yılı | r | 0,07 |
| p | 0,03 |
| Okuma Aktivitesinden Hoşlanma Düzeyi | r | 0,24 |
| p | 0,001 |
| Algılanan Sosyal Statü | r | 0,19 |
| p | 0,001 |

*Pearson Correliation analizi*

Tablo 14 incelendiğinde, katılımcıların yaş, çalışma yılı, okuma aktivitesinden hoşlanma düzeyleri ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği puanları ilişkisi değerlendirildiğinde; yaş ile ASOY-TR Ölçeği puanı arasında negatif yönlü; çalışma yılı, okuma aktivitesinden hoşlanma düzeyi ve algılanan sosyal statü düzeyi ile ASOY-TR Ölçeği puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

# TARTIŞMA

Katılımcıların % 53,7’si erkek, % 46,3’ü kadın olup; yaş ortalaması 34,76±7,80’dir. Katılımcıların %74,3’ü evli, %49,6’sı lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip, %49,1’i sürekli işçi kadrosunda, %49,4’ü en uzun süre büyük şehirde yaşamış, %51,4’ünün geliri giderine denktir ve çalışma yılları 9,81±6,97’dir. Katılımcıların algıladıkları sosyal statü düzeyi 1 ile 10 arasında değerlendirildiğinde 6,38±2,07’dir

Katılımcıların % 43,7’si genel sağlık değerlendirmesini iyi olarak algılamakta, % 85,8’i düzenli ilaç kullanmaktadır ve düzenli ilaç kullananların %19,6’sı hipertansiyon hastasıdır. Katılımcıların %47,7’si ilk başvurdukları sağlık kuruluşunu eğitim araştırma hastanesi olarak belirtmiştir.

Katılımcıların % 62,8’i ara sıra kitap okuduğunu **,**%60,5’i sağlık okuryazarlığı kavramını bilmediğini,% 61,4’ü sağlık okuryazarlığının kronik hastalıklar için önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Katılımcıların %19,9’unun yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine, %41,8’inin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine, %23,1’inin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine ve % 15,2’sinin mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olukları bulunmuştur.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Toplam Alt Ölçekleri Puanlarının Dağılımına bakıldığında; Genel puanın 31,65±10,83; Tedavi ve Hizmet Alt Ölçeği puanının 33,79±9,25; Hastalıklardan Korunma Alt Ölçeği puanının 28,55±10,66; Sağlığın Geliştirilmesi Alt Ölçeği puanının 31,38±11,30 olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların kişisel özellikleri değerlendirildiğinde; üniversite mezunlarının ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre; doktor ve hemşirelerin sağlık personeli ve sürekli işçilere göre; geliri giderinden fazla olanların geliri giderine denk ve az olanlara göre; geliri giderine denk olanların geliri giderinden az olanlara göre Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği puanları yüksek bulunmuştur (p<0.05). Cinsiyet ve medeni durumla Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05).

Safeer ve ark.(2005) Çalışmalarında, hastaların eğitim düzeyleri ile iletişimsel okuryazarlık ve eleştirel okuryazarlık düzeyleri arasında negatif yönlü ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Berkman ve ark.(2004) eğitimsel kazanımların sağlık okuryazarlığı ile yüksek oranda ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Von Wagner ve ark. (2007) tarafından Avusturalya’da yapılan çalışmada, düşük eğitim seviyesine sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, diğer bireylere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Ciccarelli ve ark (2010) eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı indeksinin doğrusal bir şekilde arttığı gördüklerini ifade etmişlerdir. Balçık’ın (2014) bildirdiğine göre eğitim durumu düşük olanlarda sağlık okur-yazarlığı da daha düşüktür. Ölmez ve ark (2015) sağlık okuryazarlığının düşük olmasına neden olan en önemli faktörler arasında eğitim düzeyinin düşük olmasını bildirmişlerdir. Sorensan ve ark. (2013) eğitim düzeyi yetersiz olanların, düşük/sınırlı bir sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu bildirmişlerdir. Türkoğlu (2016) tarafından yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireylerin eğitim durumlarına göre değişkenlik gösterdiği ifade etmiştir.Duong ve ark. (2017) çalışmalarında sağlık okuryazarlığı ile eğitim arasında bir ilişki bulamamışlardır. Çatı ve ark.(2018) çalışmalarında eğitim seviyesi yüksek katılımcıların, eğitim seviyesi düşük katılımcılara göre daha olumlu sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını bildirmişlerdir. Deniz ve ark.(2018) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi isimli çalışmalarında eğitim seviyesi yüksek olanların daha yüksek sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarına sahip olduğunu bulmuşlardır.

Eğitime ilişkili çalışma bulgumuz Safeer ve ark. (2005) ve Duong ve ark. (2017)çalışma bulgularıyla farklılık göstermekle birlikte; Von Wagner ve ark. (2007), Ciccarelli ve ark (2010), Balçık (2014), Ölmez ve ark (2015), Sorensan ve ark. (2013), Türkoğlu (2016), Çatı ve ark.(2018), Deniz ve ark.’nın(2018) çalışma bulgularına benzer niteliktedir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin diğer pek çok alanda olduğu gibi sağlıklarına ilişkin daha olumlu araştırmalar ve daha doğru tercihler yaptığı düşünülmektedir. Ayrıca eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığını olumlu şekilde etkilemesi bizim açımızdan beklendik bir sonuçtur.

Akşit (1997) çalışmasında sağlık ve sağlığa ilişkin faktörlerin kişilerin mesleğine bağlı farklılık gösterebileceğini belirtmiştir. Gazmararian ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışma da bireylerin meslekleri ile düşük sağlık okuryazarlığı arasında fark bulunmuştur. Aslantekin ve ark. (2013) çalışmalarında iş sahibi bireylerle diğerleri arasında sağlık okuryazarlık düzeyinin farklı olduğunu; Matsumoto ve Nakayama (2017) çalışmalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin kişinin sahip olduğu meslek ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını ifade etmişlerdir. Kobayashi ve ark.(2015) düşük sağlık okuryazarlığı ile düşük mesleksel sınıf arasında ilişkili bildirmişlerdir. Türkoğlu (2016) tarafından yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığının bireylerin mesleğine göre değişkenlik gösterdiği ifade etmiştir*.* Chajaee ve ark. (2018) herhangi bir işte çalışmayan bireylerle iş sahibi bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin farklılık gösterdiğini tespit etmişlerdir.

Alanyazın bulguları ağırlıklı olarak bireylerin sahip oldukları mesleklerin ya da mesleksel sınıflarının sağlık okuryazarlığını etkilediği şeklindedir. Bizim çalışmamızda sağlık alanında en önemli sağlık profesyonellerinden olan hemşire ve doktorların diğer meslek gruplarına göre daha iyi sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Bunun sebeplerinin sahip oldukları eğitimler, hasta ile birebir ilişkide olma ve sağlığa ilişkin değişiklikleri düzenli olarak takip etme zorunlulukları nedeni ile bilgilerinin güncel ve doğru olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Pasaasce-Orlow ve ark.(2005) düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin gelir düzeyi ile ilişkili olduğunu; Silk ve ark.(2010) insanların gelir düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yükseldiğini; Morris ve ark.(2013) Sağlık okur-yazarlığını etkileyen faktörlerden bir tanesinin de gelir olduğunu ve gelir durumu düşük olanlarda sağlık okur-yazarlığının da daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.Avcı (2013) gelirin sağlık okuryazarlığını pozitif yönde etkilediği, yüksek gelire sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yüksek çıktığını bildirmiştir. Von Wagner ve ark.(2007), Balçık (2014) ve Bilir’in (2014) tarafından yapılan çalışmalarda düşük gelir düzeyine sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Üçpınar (2014) bireyin gelir durumunun sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Sorensan ve ark. (2013) da benzer biçimde eğitim ve gelir düzeyi yetersiz olanların, düşük/sınırlı bir sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu bildirmişlerdir. Matsumoto ve Nakayama (2017) çalışmalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin kişinin gelir düzeyi ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını ifade etmişlerdir.

Gelir düzeyi yaşamın pek çok alanını olduğu gibi sağlık okuryazarlığını da yakından ilgilendiren bir değişkendir. Çalışma bulgumuza paralel şekilde; Pasaasce-Orlow ve ark.(2005), Silk ve ark.(2010), Morris ve ark.(2013), Avcı (2013), Von Wagner ve ark.(2007), Balçık (2014), Üçpınar (2014), Bilir (2014), Sorensan ve ark. (2013)da gelir düzeyi ile sağlık okuryazarlığı ilişkisine dikkat çekmişlerdir. Çalışma bulgumuz alan yazın bulgularını destekler niteliktedir.

Kutner ve ark.(2006) çalışmalarında sağlık okuryazarlık düzeyinin kadınlarda daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Van Duong ve ark. (2017) çalışmalarında kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklerden daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir. Tanrıöver ve ark. (2014), Ölmez ve Barkan (2015) erkek cinsiyete sahip bireylerin kadınlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Akçilek (2017) ve Van Duang ve ark.(2017) çalışmalarında kadınların sağlık okuryazarlığının genellikle erkeklere göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Almaleh ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada kadınların yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmadıklarını bildirmişlerdir. Kendir ve ark. (2017) çalışmalarında, kız öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyini, erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Deniz ve ark.(2018) Türkiye Sağlık okuryazarlığı indekslerinin tamamında erkeklerin ortalamalarının kadınların ortalamalarından daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Levine (2018) tarafından yapılan çalışmada ise kadınların % 34,3’ünün yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu bildirilmektedir. Yılmaz ve Bulut (2018) tarafından yapılan çalışmada kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Alan yazın taramasında cinsiyete ilişkin çok çeşitli sonuçlar bulunmakla birlikte bizim çalışmamızda kadın ve erkekler arasında sağlık okuryazarlığı açısından herhangi bir farka rastlanmamıştır. Bu durumun, çalışmamıza dahil edilen her iki cinsiyetin de benzer eğitim düzeylerine sahip olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Gazmarian ve ark(2003). Sağlık okuryazarlığı ile medeni durum arasında anlamlı fark bildirmemişlerdir. Morris ve ark.(2013) çalışmalarında evli olmayanlarda sağlık okur-yazarlığı düzeyi daha düşük bulunmuştur. Tanrıöver ve ark. (2014) Türkiye Sağlık okuryazarlığı araştırmalarında medeni durum ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı şekilde farklılık gösterdiğini saptamışlardır. Akbolat ve ark. (2016) sağlık okuryazarlığının medeni durum açısından anlamlı fark göstermediğini belirtmiştir.

Çalışma bulgularımız Gazmarian ve ark(2003) ve Akbolat ve ark.’nın (2016) çalışma bulgularına benzer şekilde medeni durumun sağlık okuryazarlığını yordamadığı şeklindedir. Bireylerin medeni durumlarının sağlık, sağlığa ilişkin bilgi ve bilgiye ulaşma biçimlerini etkilemeyeceği düşünülmektedir.

Katılımcıların Sağlığa İlişkin Özellikleri değerlendirildiğinde sağlığını oldukça iyi olarak değerlendirenlerin mükemmel, iyi, fena değil ve kötü olarak değerlendirenlere göre Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Puanları yüksek bulunmuştur (p<0.05). Düzenli ilaç kullanma ve ilk başvurulan sağlık kuruluşu ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05).

Yapılan alan yazın çalışmasında bireylerin sağlıklarını değerlendirme durumları ile sağlık okuryazarlık düzeylerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma bulgularımızda iyi sağlık düzeyine sahip olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek çıkmasının nedeni olarak sağlık durumu ile iyilik halinin birbirini pozitif şekilde etkilemesi olarak düşünülmüştür.

Gazmararian ve ark. (2006) düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin, ilaç uyumsuzluğunun olası belirleyicilerinden biri olabileceğini bildirilmiştir. Mac Laughlin ve (2005) tarafından yapılan çalışmada ilaç prospektüsünü okuma ve ilaçla ilgili verilen bilgiyi anlamanın sağlık okuryazarlığıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Tanrıöver ve ark.(2014) yetersiz sağlık okuryazarlığının hastaneye yatış riskinin arttırmasına, sağlık hizmetlerine erişim problemi yaşamasına, hatalı ilaç kullanımına, sağlık durumunda bozulma ve sağlık harcamalarında artmaya neden olabileceğini bildirmişlerdir.

Ancak alan yazında düzenli ilaç kullanımı ve ilk başvurulan sağlık kuruluşu ile sağlık okuryazarlığı düzeyini birebir karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda düzenli ilaç kullanma ve ilk başvurulan sağlık kuruluşunun sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemediği bulunmuştur.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı özellikleri değerlendirildiğinde ara sıra ve sıklıkla okuyanların hiç okumayanlara göre; sağlık okuryazarlığı kavramını bilenlerin bilmeyenlere göre; internet yoluyla sağlık okuryazarlığını duyduğunu belirtenlerin diğerlerine göre Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği puanları yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Demokratik Eğitimciler Sendikası Araştırma Merkezi tarafından hazırlanan Ar-Ge raporuna göre (2016) ülkemizde kitap okuma oranı ise %0,01 olarak ifade edilmiştir. Demirli (2018) her zaman kitap okuyan bireylerin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşmış; kitap okuma sıklığı arttıkça yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğünü belirtmiştir. Yılmaz ve Bulut (2018) Kitap okuma ile arası kötü ya da çok kötü olanların % 58,4’ünün yetersiz ve sorunlu, kitap okuma ile arası mükemmel olanların %58,5’inin yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi olduğunu bildirmişlerdir. Ölmez ve ark (2015) sağlık okuryazarlığının düşük olmasına neden olan faktörler arasında yaşlı olan kişilerin okuma yeteneklerinin zayıf olmasını göstermişlerdir. Sanders ve ark.(2004) evde on ve üzerinde kitabın bulunuyor olmasının okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı açısından olumlu olarak değerlendirildiğini ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda kitap okuyanların hiç okumayanlara göre sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek bulunmasının nedeni olarak; okuma alışkanlığı olan bireylerin sağlığa ilişkin kaynaklara ulaşımının daha kolay olması ve okumanın farklı kaynaklardan elde edilen bilgileri karşılaştırabilme olanağı tanıması olarak düşünülmüştür.

Genel olarak sağlığın temel belirleyicisi iyi eğitimli olmaktır. Sağlık okuryazarlığı, bireyin kendi sağlığı ile ilgili doğru karar verebilmesi, sağlıkla ilgili mesajları doğru anlaması ve uygulanması hastalıkların tedavisinde ve korunmada önemlidir (Bilir 2014, Kendir ve ark. (2017).

Williams M. ve ark.(1995),hipertansiyon ve diyabetli hastalar ile yaptıkları çalışmalarında yetersiz işlevsel sağlık okuryazarlığı, hastaların kronik hastalıklar konusundaki eğitimlerine ciddi bir engel olarak bulmuşlardır. Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM) (2004) “düşük sağlık okuryazarlığı, özellikle kronik rahatsızlığı olan kişilerde daha kötü sonuçlardan sorumlu olan tıbbi hatalar ve yan etkiler ile de ilişkilidir” ifadesinde bulunmuştur. Williams ve ark (1995) bireylerde görülen, Retinopati gibi Tip 2 Diyabet komplikasyonlarının ve astım, KOAH ve böbrek hastalıklarının, düşük SOY nedeniyle olduğu kanısına varılmıştır. Kramer (2014)’e göre Düşük SOY düzeyi, toplumda yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sebep olmaktadır. Tözün ve Sözmen’in (2014) bildirdiğine göre de yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireyler hipertansiyon, diyabet, astım gibi kronik hastalıkları yönetmekte zorlanmakta, ilaçların doğru ve zamanında kullanımında zorluk çekmektedir. Lee ve ark.(2012)’nın çalışmaları sağlık okuryazarlığının rolünün önemli olduğunu ve sağlık okuryazarlığının, kronik hastalığı olan yaşlı insanlarda ilaç tedavi uyumu etkileyen önemli bir faktör olabileceğini doğrulamaktadır.

Katılımcıların yaş, çalışma yılı, okuma aktivitesinden hoşlanma düzeyleri ile Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği puanları ilişkisi değerlendirildiğinde; yaş ile ASOY-TR Ölçeği puanı arasında negatif yönlü; çalışma yılı, okuma aktivitesinden hoşlanma düzeyi ve algılanan sosyal statü düzeyi ile ASOY-TR Ölçeği puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Abacıgil ve arkadaşları (2016) çalışmalarında katılımcıların yaklaşık üçte birinin kitap/gazete/dergi okumaktan orta düzeyde hoşlandığını, çok az bir kısmının hiç hoşlanmadığını veya düşük düzeyde hoşlandığını tespit etmişlerdir. Abacıgil ve arkadaşlarının çalışma grubunda okumaktan hiç hoşlanmadığını belirten grup çalışmamızdaki hiç okumadığını belirten grupla benzer oranlarda bulunmuştur; her iki çalışmada da en az oran bu gruplardadır. ASOY-TR çalışmasında ara sıra okuduğunu belirten grupta erkekler daha fazla bulunmuştur.

***Araştırmanın Sınırlılıkları:***

* Araştırma kapsamı belli bir zaman diliminde bir hastanenin çalışanları ile sınırlıdır.
* Araştırmada kullanılan ölçüm araçları ile sınırlıdır.
* Araştırmanın kavramsal temeli Türkçe ve İngilizce dilinde yapılan makalelerle sınırlıdır.
* Veriler katılımcıların beyanına dayalıdır.

# SONUÇ VE ÖNERİLER

**Sonuçlar**

* Katılımcıların % 53,7’si erkek, % 46,3’ü kadın olup; yaş ortalaması 34,76±7,80’dir. Katılımcıların %74,3’ü evli, %49,6’sı lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip, %49,1’i sürekli işçi kadrosunda, %49,4’ü en uzun süre büyük şehirde yaşamış, %51,4’ünün geliri giderine denktir ve çalışma yılları 9,81±6,97’dir. Katılımcıların algıladıkları sosyal statü düzeyi 1 ile 10 arasında değerlendirildiğinde 6,38±2,07’dir.
* Katılımcıların % 43,7’si genel sağlık değerlendirmesini iyi olarak algılamakta, % 85,8’i düzenli ilaç kullanmaktadır ve düzenli ilaç kullananların %19,6’sı hipertansiyon hastasıdır. Katılımcıların %47,7’si ilk başvurdukları sağlık kuruluşunu eğitim araştırma hastanesi olarak belirtmiştir.
* Katılımcıların % 62,8’i ara sıra kitap okuduğunu ,%60,5’i sağlık okuryazarlığı kavramını bilmediğini,% 61,4’ü sağlık okuryazarlığının kronik hastalıklar için önemli olduğunu ifade etmişlerdir.
* Katılımcıların %19,9’unun yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine, %41,8’inin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine, %23,1’inin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine ve % 15,2’sinin mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olukları bulunmuştur.
* Avrupa Sağlık Okuryazarlığı-TR Ölçeği Toplam Alt Ölçekleri Puanlarının Dağılımına bakıldığında; Genel puanın 31,65±10,83; Tedavi ve Hizmet Alt Ölçeği puanının 33,79±9,25; Hastalıklardan Korunma Alt Ölçeği puanının 28,55±10,66; Sağlığın Geliştirilmesi Alt Ölçeği puanının 31,38±11,30 olduğu bulunmuştur.
* Üniversite mezunlarının ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre; doktor ve hemşirelerin sağlık personeli ve sürekli işçilere göre; geliri giderinden fazla olanların geliri giderine denk ve az olanlara göre; geliri giderine denk olanların geliri giderinden az olanlara göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ve medeni durumla sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.
* Katılımcıların Sağlığa İlişkin Özellikleri değerlendirildiğinde sağlığını oldukça iyi olarak değerlendirenlerin mükemmel, iyi, fena değil ve kötü olarak değerlendirenlere göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek bulunmuştur. Düzenli ilaç kullanma ve ilk başvurulan sağlık kuruluşu ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.
* Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Özellikleri değerlendirildiğinde ara sıra ve sıklıkla okuyanların hiç okumayanlara göre; Sağlık okuryazarlığı kavramını bilenlerin bilmeyenlere göre; internet yoluyla sağlık okuryazarlığını duyduğunu belirtenlerin diğerlerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksek bulunmuştur.
* Yaş ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında negatif yönlü; çalışma yılı, okuma aktivitesinden hoşlanma düzeyi ve algılanan sosyal statü düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

**Öneriler**

* Çalışanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesine yönelik farklı örneklem gruplarında çalışmalar yapılabilir ve elde edilecek sonuçlar üzerinden karşılaştırmalar yapılabilir.
* Konuya ilişkin niteliksel araştırmalar yardımıyla derinlemesine bilgi edinilebilir.
* Bu araştırma bulguları farklı araştırmalar ile karşılaştırılıp doğrulanırsa sağlık okur yazarlığı ile ilgili farkındalık oluşması, sonrasında halk sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında girişimsel programların geliştirilmesine rehberlik edecektir.

# KAYNAKLAR

**Abacıgil, F., Harlak, H. ve Okyay, P.** “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması”, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2016,45-73.

**Akalın,E.** Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Neden Önemlidir? Erişim:10.09.2018. http://www.saglikpolitikalari.org/images/dosyalar/saglik-okuryazarligi-neden-onemli erdal-akalin-2012.pdf.

**Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G. ve Sağlam, H.,** “Sağlık Okuryazarlığı Hasta- Hekim İlişkisini Etkiler Mi?: Sakarya İlinde Bir Araştırma”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016,15(4),354- 362.

**Akbulut, Y.** Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları Ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Yayınları, 2015,12-25.

**Akçilek E.** Üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin incelenmesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı,2017,25-78.

**Akdağ,** R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, (Değerlendirme Raporu: 2003-2010), (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839),2011.

**Akşit, T.B**. Halk Sağlığı: Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi: Ankara,1997,45-69.

**Al Sayah F, Majumdar SR, Johnson JA**. Association of Inadequate Health Literacy with Health Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes and Depression: Secondary Analysis of a Controlled Trial. Can J Diabetes. 2015(8);39(4):259-65.

**Almaleh, R.; Helmy, Y.; Farhat, E.; Hasan, H.** Assessment Of Health Literacy Among Outpatient Clinics Attendees At Ain Shams University Hospitals, Egypt: a cross-sectional study. Public health, 2017,151,137-145.

**Aslantekin F, Uluşen M, Kaplan B, Uysal M**. An Evaluation of Health Literacy Situations of Patients with Type 2 Diabetes. Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences, 2013,21(3), 105-14.

**Australian Commission on Safety and Quality in Health Care**, Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality. Consultation Paper. Sydney: ACSQHC,2014,58-96.

**Australian Commission on Safety and Quality in Health Care**. Australian Open Disclosure Framework. Sydney: ACSQHC, 2014.

**Australian Commission on Safety and Quality in Health Care**. National Safety and Quality Health Service Standards. Sydney. ACSQHC, 2013.

**Avcı E.** 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, 2013, 10-35.

**Baker DW, Yost KJ, Webster K, Choi SW, Bode RK, Hahn EA**. Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlanchina: Development and pilot testing. Patient Educ Couns, 2009,75(3),295–301.

**Balçık, P. Y., Taşkaya, S., Şahin, B.** Sağlık okur-yazarlığı. TAF Prev Med Bull, 2014,13(4),321-326.

**Barber ML, Staples M, Osborne RH, Clerehan R, Elder C ve Buchbinder R**. Upto a quarter of theAustralian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: Results from a population-based survey. Health Promot Int,2009,24(3),252-61.

**Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., & Crotty K.** Low health literacy and health outcomes: An Updated systematic review. Annals of Internal Medicine, 2011,155,97-107.

**Berkman ND, DeWalt DA, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP.** Literacy and health outcomes. J Gen Intern Med, 2004,19(12),1228-1239.

**Bilir, N.** Sağlık okur-yazarlığı. Turkish Journal of Public Health, 2014,12(1),61-68.

**Byrne BM.** Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Application, and Programming. 2th Edition. Routledge, New York, 2009, 80.

**Chajaee F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, Mostafavi F.** Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. Electronic physician,2018,10(3) 6470-6477.

**Ciccarelli, S.L, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT.** Health Literacy Instruments in Family Medicine: The “Newest Vital Sign” Ease of Use and Correlates. Journal of the American Board of Family Medicine,2010,23,195-203.

**Coulter, A.,Ellins, J.** Effectiveness of Strategies for Informing, Educating and Involving Patients. British Medical Journal, (335) 2007,24-26.

**Çatı K., Karagöz Y.,Yalman F., Öcel, Y.** Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi,The International Journal of Economic and Social Research, 2018,14(1),101-1108.

**Çatı, K. , Karagöz, Y., Yalman, F. ve Öcel, Y.** Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi The Impact On Patıent Satısfactıon Of Health Lıteracy, Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2018,14 (1), 87-99.

**Çetin,M.** Sağlık Okuryazarlığı, EDAM Yayınları,Ankara,2012,1-154

**Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW.** Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. Fam Med 1993 Jun; 25(6):391 1993,5-12.

**Demirli, P.,** Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği (Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi), Edirne, 2018, 61-89.

**Demokratik Eğitimciler Sendikası Araştırma Merkezi,** Araştırma-Geliştirme Raporu, 2016, 3-41 Erişim: 06/10/2018. http://www.des.org.tr.

**Deniz, T., Kandiş, H., Saygun, M., Büyükkoçak, Ü., Ülger, H., & Karakuş, A.** Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Zehirlenme Olgularının Analizi. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi,2018,11(2),15-20.

**Dikmen AU., Özdemirkan T., Medeni V., Dereci ON., Uslu İ., Çetin E., Aksakal FN.** Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuranların Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı: Edirne,2014, 1237.

**Doğanyiğit,S.** Mobil Sağlık ve Sağlık Okuryazarlığı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayınları, Ankara, 2015, 25-47.

**Duong, T. V., Aringazina, A., Baisunova, G., Nurjanah, Pham, T. V., Pham, K. M. ve Chang, P. W.** Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. Journal Of Epidemiology,2017,27(2),80-86.

**Egbert, N.,Nanna, K.M.** Health Literacy: Challenges and Strategies, The Online Journal of Issues in Nursing, 2009,14(3), Erişim: 20 Temmuz 2018, (<http://www.medscape.com/viewarticle/717465>).

**Eichler, K., Wieser, S., Brügger, U.** The Costs of Limited Health Literacy: a Systematic Review, International Journal of Public Health,2009,54,313–324.

**Erer, S.** Sağlık Hizmetlerinde Sorumluluğun Paylaşılması, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,2010,36(1),33-38.

**European Centre for Disease Prevention and Control.** Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2013. Stockholm: ECDC; 2014.

**Eyüboğlu, E. ve Schulz, P. J**. Do Health Literacy And Patient Empowerment Affect Self-Care Behaviour? A Survey Study Among Turkish Patients With Diabetes. BMJ Open, 6(3), e0101,2016,45-51.

**Gazmararian JA, Kripalani S, Miller MJ, Echt KV, Ren J, Rask K.** Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: A focus on health literacy. Journal of General Internal Medicine*,*2006,21(12),1215-1221.

**Gazmararian JA, Williams MV, Peel J and Baker DW**. Health Lliteracy and Kknowledge of Chronic Disease. Patient Education Counseling,2003,51(3),75-267.

**Gong DA, Lee JY, Rozier RG, Pahel BT, Richman JA, Vann WF**. Development and testing of the test of functional health literacy in dentistry (TOFHLiD). J Public Health Dent, 2007,67,12-105.

**Gök, N.F.** Anaokullarında Erken Okuryazarlık Çevresinin Değerlendirilmesi ve Sınıf Ortamının Çocukların Erken Okuryazarlık Davranışlarına Etkisi, (Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi), Ankara 2013,89-106.

**Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü**.“Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013”.T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2014. Retrieved July 28, 2018, from <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf>.

**Hanson, E.C.** Developing a Medical Achievement Reading Test to Evaluate Patient Literacy Skills: a Preliminary Study, Journal of Health Care for the Poor and Underserved,1997,8,56-59.

**Ilgaz, A. ve Gözüm, S.** Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2016,9((2),67- 77.

**IOM- Institute of Medicine**., Health Literacy; a Prescription to End Confusion, The National Academies Press, Washington, D.C,2004,102-168.

**Ishikawa H, Yano E.** Patient health literacy and participation in the health-care process. Health Expectations,2008,11,113–122.

[**JAMA** The Journal of the American Medical Association](https://www.researchgate.net/journal/0098-7484_JAMA_The_Journal_of_the_American_Medical_Association),1999,281(6),552-557.

**Jordan, J.E., Osborne, R.H., Buchbinder, R.** Critical Appraisal of Health Literacy Indices Revealed Variable Underlying Constructs, Narrow Content and Psychometric Weaknesses. Journal of Clinical Epidemiology,2011,64(4),366-379.

**Kalkınma Bakanlığı Yatırım Programı,** GAP Bölgesi’nde Halk Sağlığı Okuryazarlığı, 2014.

**Kanj, M., Mitic, W.** Health Literacy and Health Promotion Definitions, 7th Global Conference on Health Promotion,2009,1(46),5-13.

**Karagöz Y.** SPSS Uygulamalı Biyoistatistik. 2. Baskı. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2014, 651.

**Kendir C , Akkaya K, Arslantaş İ. ve Kartal M.** Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp ve Hemşirelik Fakültelerine Başvuran Öğrencilerin, Sağlık Okuryazarlık Düzeyi.TJFMPC,2017,11(3),51-62.

**Kickbusch, I.; Pelikan, J. M. & Apfel, F**. Sağlık okuryazarlığı Sağlam kanıtlar. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 2001, 5-68.

**Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS**. Cognitive Function and Health Literacy Decline in a Cohort of Aging English Adults. J Gen Intern Med, 2015,30(7),958-964.

**Kondilis, B. K.,Kiriaze, Ismene J, Athanasoulia, Anastasia P., Falagas, Matthew E**. Mapping Health Literacy Researche in the European Union: a Bibliometric Analysis, PLoS One,2008,3(6),2519.

**Kramer, M.,** The Changing Face Of Internal Medicine: Patient Centred Care,  European Journal of Internal Medicine, 2014,25(2),125-127.

**Kurt, A. ve Kürüm, D.** Medya Okuryazarlığı ve Eleştirel Düşünme Arasındaki İlişki: Kavramsal Bir Bakış, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2010,2,20- 34.

**Kutner M, Greenberg E, Jin Y. ve Paulsen C**, The Health Literacy of America‟s Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy, U.S. Department of Education. Washington DC: National Center for Education Statistics, (NCES 2006–483), 2006, 8-15.

**Kwan, A., Mecheal, P., Kaonga, N.N**. State of behaviour change initiatives and how mobile phones are transforming it. In J. Donner & P. Mechael (Eds.), Mhealth in practice: Mobile technology for health promotion in the developing world. USA: Bloomsbury Academic.2013, 6-14.

**Lee SYD, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN.** Health literacy and women‟s health-related behaviors in Taiwan. Health Educ Behav,2012,39,18-210.

**Levine, R.; Javalkar, K.; Nazareth, M.; Faldowski, R. A.; de Ferris, M. D. G.; Cohen, S., Rak, E**. Disparities in health literacy and healthcare utilization among adolescents and young adults with chronic or end-stage kidney disease. Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families,2018,38,57-61.

**MacLaughlin E.J, Raehl C.L, Treadway A.K, Sterling T.L, Zoller D.P, Bond C.A.** Assessing medication adherence in the elderly. *Drug Aging,*2005,22(3),231-255.

**Mancuso, J. M.** Assesment and Measurement of Health Literacy: An İntegrative Review of the Literature, Nursing and Health Sciences,2009,11,77-89.

**Manzo, K.** “Alliance Provides 'Core Principles' For Media Literacy”,Education Week,2007,26 (42),56-65.

**Matsumoto, M.,& Nakayama, K.** Development of the health literacy on social determinants of health questionnaire in Japanese adults. BMC Public Health, 17(1), 30. doi:10.1186/s12889-016-3971- 3,2017, 48-51.

**McCormack L., Berkman ND ve Davis TC.** Health literacy: what is it? J Health Commun 2010, 9–19.

**Morris, N.S., MacLean, C.D., Littenberg, B.** Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults with Diabetes. The Diabetes Educator,2013,39(5), 638- 646.

**NAAL.** The health literacy of America’s adults:results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy Erişim yeri: https://nces.ed.gov/naal/siteindex.asp, Erişim tarihi: 12.03.2018).

**Nakayama K, Osaka W, Togari T.** Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC Public Health 2015, 15:505.

**Norman, C. D. & Skinner, H. A.** eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. Journal of Medical Internet Research,2006,8(4),27.

**Nutbeam D.** The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 1982. 67(12):2072– 2008, 8.

**Nutbeam, D.** Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge 91 for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century, Health Promotion International,2000,15(3),259-267.

**Osborne, R.H., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., Hawkins, M., Buchbinder, R**. The Grounded Psychometric Development and Initial Validation of The Health Literacy Questionnaire (HLQ). Biomed Central Public Health,2013,13(658),1-17.

**Ölmez, E. H. Barkan, O. B.** Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hasta Hekim İlişkisinin Değerlendirilmesi. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi,2015,4(8),121-127.

**Önal, İ.** Tarihsel Değişim Sürecinde Yaşam Boyu Öğrenme ve Okuryazarlık: Türkiye Deneyimi, Bilgi Dünyası, 2010,(11)1, 101- 121.

**Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., ve Bilgel, N**. Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. Health Education Research,2010,25(3),464-477.

**Özdenk GD, Özdenk S, Üner S, Özcebe LH.** Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Ve Etkileyen Faktörler. Halk Sağlığı Etkinlikleri, 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2015, Konya. http://uhsk.org/uhsk18/ocs/index.php/uhsk18/uhsk/paper/ view/308.

**Öztürk, G., Öymen, G.** Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Stratejik Önemi: Türkiye’de Kalp Sağlığı ile İlgili Kâr Amacı Gütmeyen Kuruluşlar Üzerine Bir Değerlendirme, Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 2013,109-132.

**Paasche-Orlow, M.K. ve Wolf, M.S**. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. American Journal of Health Behavior,2007,31,19-26.

**Pan FC, Su CL, Chen CH.** Development of a health literacy scale for Chinesespeaking adults in Taiwan world academy of science. Engineering and Technology,2010,61,1151-1157.

**Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR.** The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients’ literacy skills. J Gen Intern Med, 1995,10(10) 537–541.

**Parker, Ruth M., Baker, David W.** Williams, Mark V., Nurss, Joanne R., “The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New İnstrument for Measuring Patients’ Literacy Skills”, Journal of General International Medicine,2005,10, 257-321.

**Pelikan, J.M., Röthlın, F. ve Ganahl, K.** Comperative Report on Health Literacy in Eight EU Member States, The European Health Literacy Project, 2012, 31-33.

**Perly EL.** Health Literacy İn Adolescents: An İntegrative Review. J Spec Pediatr Nurs. 2014;19(3):2014, 8-21.

**Pfızer ve Türkiye ve Toplum Gönüllüleri Vakfı.** Gençlere Sağlık Projesi,2016 Erişim Adresi: [http://www.pfizer.com.tr/sites/tr/articlefr/Pages/Genclere.aspx], Erişim Tarihi: 07.10.2018.

**Pleasant A, Kuruvilla S. A.** Tale Of Two Health Literacies: Public Health And Clinical Approaches To Health Literacy. Health Promot Int,2008,23, 9-152.

**Potter, W. J.** The State of Media Literacy, Journal Of Broadcasting & Electronic Media,2010, 54(4), 675– 696.

**Ratzan Scott C.** Health Literacy: Communication for the Public Good. Health Promotion International,2001,16(2),207-214.

**Rootman, I. Mitic, W.** An Inter-sectoral Approach to Improve Health Literacy for Canadians: A Discussion Report, Public Health Association of BC, Public Health Agency of Canada, 2012, 24-49.

**Rudd RE., Anderson JE.,** **Oppenheimer S, Nath Green, J.** Health Literacy: An Update of Medical and Public. In Review of Adult Learning and Literacy. Eds: Comings J, Garner B, Smith C, Vol 7, America,2007, 175- 199.

**Safeer RS. ve Keenan J.** Health literacy: The Gap Between Physicians And Patients. American Academy of Family Physicians,2005,72(3), 8-463.

**Sanders LM, Zacur G, Haecker T, Klass P.** Number of children's books in the home: an indicator of parent health literacy. Ambul Pediatr ,2004,4(5),424-428.

**Scott TL.** Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW, 2002. Health Literacy And Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees İn A Managed Care Organization. Medical Care, 2002,40,395-404.

**Sezer, A. ve Kadıoğlu H.**., Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’nin Geliştirilmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,2014,17(3),52-60.

**Sezgin, D.** “Sağlık Okuryazarlığını Anlamak”, Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel 2013,3,74-92.

**Silk, K.J., Sherry, J., Winn, B., Keesecker, N., Horodynski, M.A. ve Sayir, A.,** Increasing nutrition literacy: testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. Journal of Nutrition Education and Behavior,2010,40,3-10.

**Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z,** et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health.,2013,13(1),948.

**Sönmez, F.B.** Sağlık Okuryazarlığının Önemi, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya,2009,3-8.

**Sun, X, Zeng, Q, Wang, W., Du, W., Wei, N., Xie, R. ve Chang, C.,** Determinants Of Health Literacy And Health Behavior Regarding Infectious Respiratory Diseases: A Pathway Model, BMC Public Health ,2013,**13**,261.

**Sur, H. ve Palteki, T.** Hastane Yönetimi, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul,2014,56-61.

**Şimşek, H., Kılıç, B**.Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2012,10(2), 116-127.

**T.C. Sağlık Bakanlığı.** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. 1st ed. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016, 99.

**Tanrıöver MD,** Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 1st ed. Ankara: Sağlık-Sen; 2014, 96.

**The Joint Commission**. What Did the Doctor Say?: Improving Health Literacy to Protect Patient Safety. http:// www.jointcommission.org/assets/1/18/improving\_health\_literacy.pdf [Acces date: 12.12.2015].

**Tontuş, H.Ö.** Sınırlı Sağlık Okuryazarlığının Sağlığa ve Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etkileri, Sağlık Bakanlığı Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi,2014,19, 21-32.

**Tözün, M. ve Sözmen, M.** Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı, Smyrna Tıp Dergisi, 2014,2,48-54.

**Türkoğlu, Ç.** Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Isparta İli Örneği. (Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi) Isparta,2016, 106-112.

**Uğurlu, Z.** Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi, (Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi), Ankara 2011, 93-107.

**US Department of Health and Human Services**, and Office of Disease Prevention and Health Promotion. "National action plan to improve health literacy." Washington, DC (2016).

**Üçpınar, E.** Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarlama Çalışması, (Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2014,8-16.

**Van Duong, T.; Chang, P. W.; Yang, S. H.; Chen, M. C.; Chao, W. T.; Chen, T. & Huang, H. L. A** new comprehensive short-form health literacy survey tool for patients in general. Asian nursing research,2017,11(1),30-35.

**Vernon, J.A., Trujillo, A., Rosenbaum, S., DeBuono, B**. (2007). Report on the Low Health Literacy: Implications for National Health Policy. Retrieved July 10, 2018 from [http://publichealth.gwu.edu/departments/healthpolicy/CHPR/downloads/LowH ealthLiteracyReport10\_4\_07.pdf](http://publichealth.gwu.edu/departments/healthpolicy/CHPR/downloads/LowH%20ealthLiteracyReport10_4_07.pdf).

[**Volandes AE**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Volandes%20AE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18027287) **ve**[**Paasche-Orlow MK**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Paasche-Orlow%20MK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18027287)**,** Health Literacy, Health İnequality And A Just Healthcare System,2007,7(11),5-10.

**Von Wagner C., Knight, K., Katherine, S., Wardle, J**. Functional Health Literacy and Health Promoting Behaviour in a National Sample of British Adults, Journal of Epidemiology and Community Health,2007,61,1086-1090.

**Weiss, Barry D., Mays, Mari Z., Martz, William, Castro, Kelley M., Dewalt, Darren A., Pignone, Michael P., Mockbee, Joy ve Hale, Frank A.**, Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign, Ann Fam Med,2005,3,514–522.

**White, S. ve Dillow, S**. American Journal of Health Behavior,2003,3(32),227-242.

**Williams, M.V., Parker, R.M., Baker, D.W., Parikh, N.S., Pitkin, K., Coates, W.C. et al** Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. Journal of American Medical Association,1995,274(21),1677-1682.

**World Health Organizitaions,** [World Health Statistics, Indicator compendium](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2013_IndicatorCompendium.pdf?ua=1), 2013.

**World Health Organizitaions,** [World Health Statistics, Indicator compendium](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2013_IndicatorCompendium.pdf?ua=1), 2008.

**World Health Organizitaions**, [World Health Statistics, Indicator compendium](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2013_IndicatorCompendium.pdf?ua=1), 2016.

**World Health Organizitaions,** [World Health Statistics, Indicator compendium](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2013_IndicatorCompendium.pdf?ua=1), 2013a.

**World Health Organizitaions,** [World Health Statistics, Indicator compendium](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2013_IndicatorCompendium.pdf?ua=1), 2016a.

**World Health Organizitaions,** [World Health Statistics, Indicator compendium](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2013_IndicatorCompendium.pdf?ua=1), 2005.

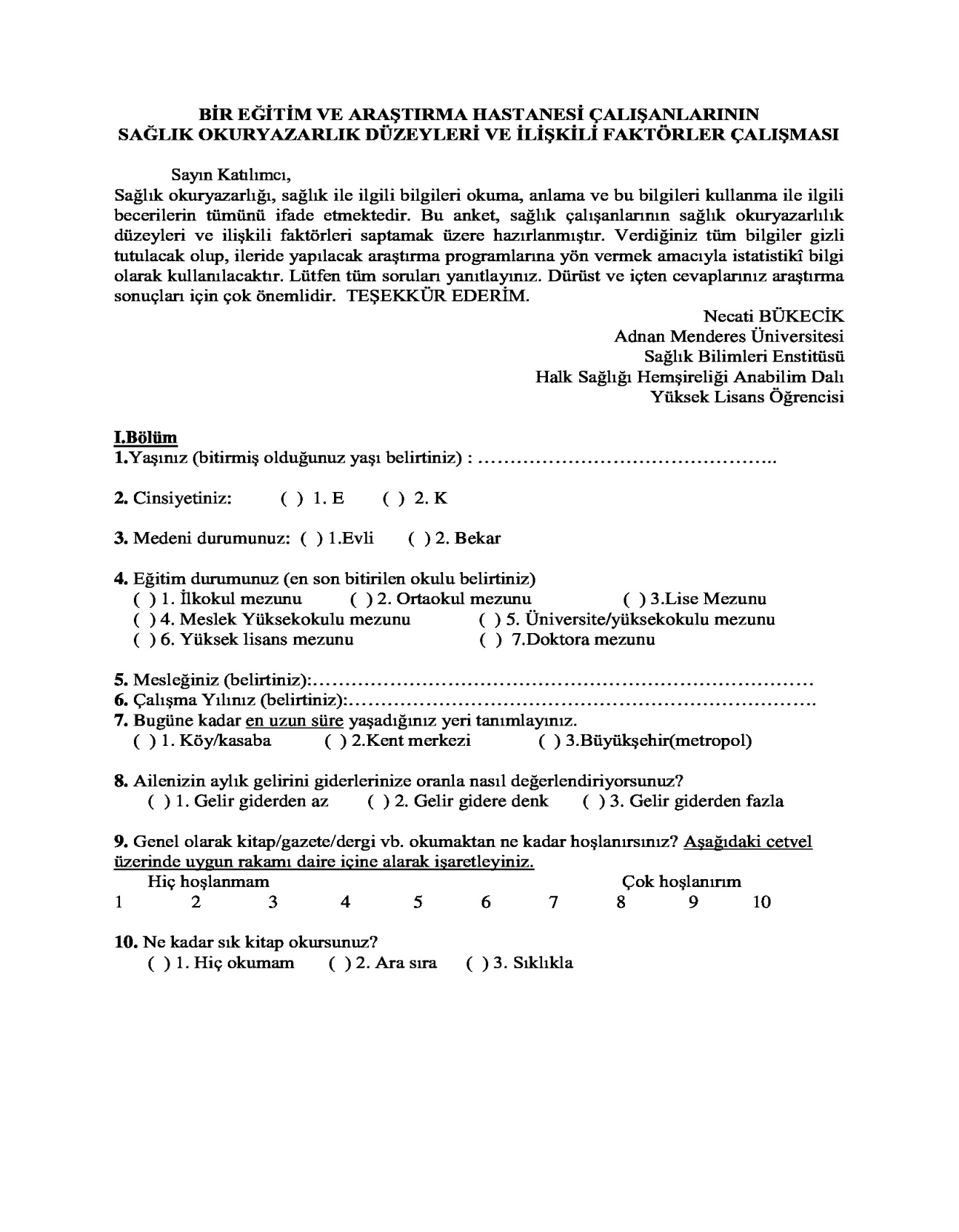
**Wu, Y. H., Ho, Y. J., Han, J. P., Chen, S. Y.** The Influence of Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Intention on Breastfeeding Behavior in Postpartum Women. Hu Li Za Zhi., 2018,65(1),42-50.

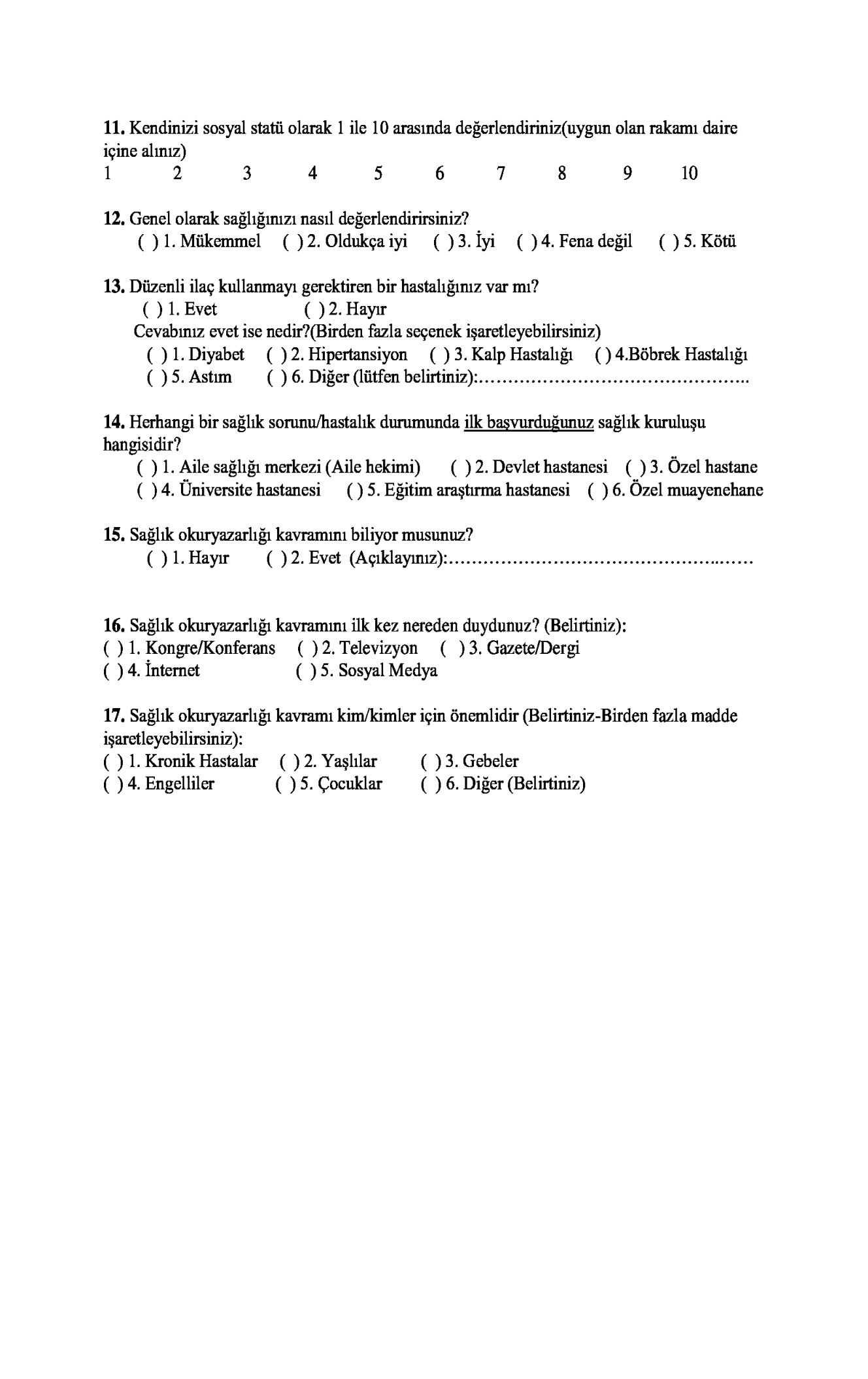
**Yıldırım, H.H.** Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne Yapmalı?, ABSAM Türkiye Sağlık Sistemi İncelemeleri, Ankara, 2015,2,21-31.

**Yılmaz D., ve Bulut, H**. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi / Examining the Health Literacy Levels of Health Sciences Faculty Students, Karabük Üniversitesi, Tarih, Kültür ve Sanat Araştırmaları Derneği, 2018,7(2),85-91.

**Zarcadoolas C, Pleasant AF, Greer DS**. Advancing health literacy: a framework for understanding and action. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2006,368.

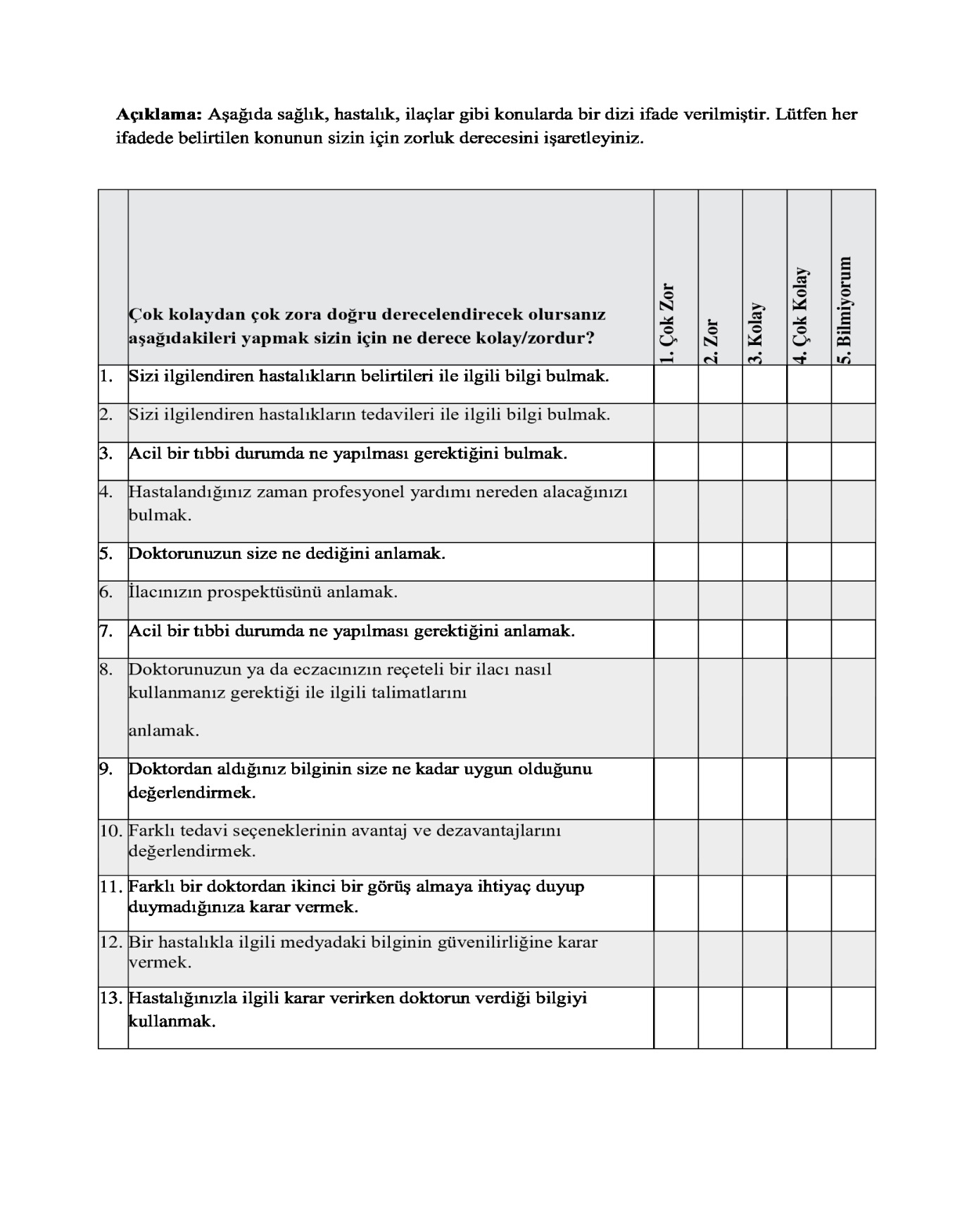
# EKLER

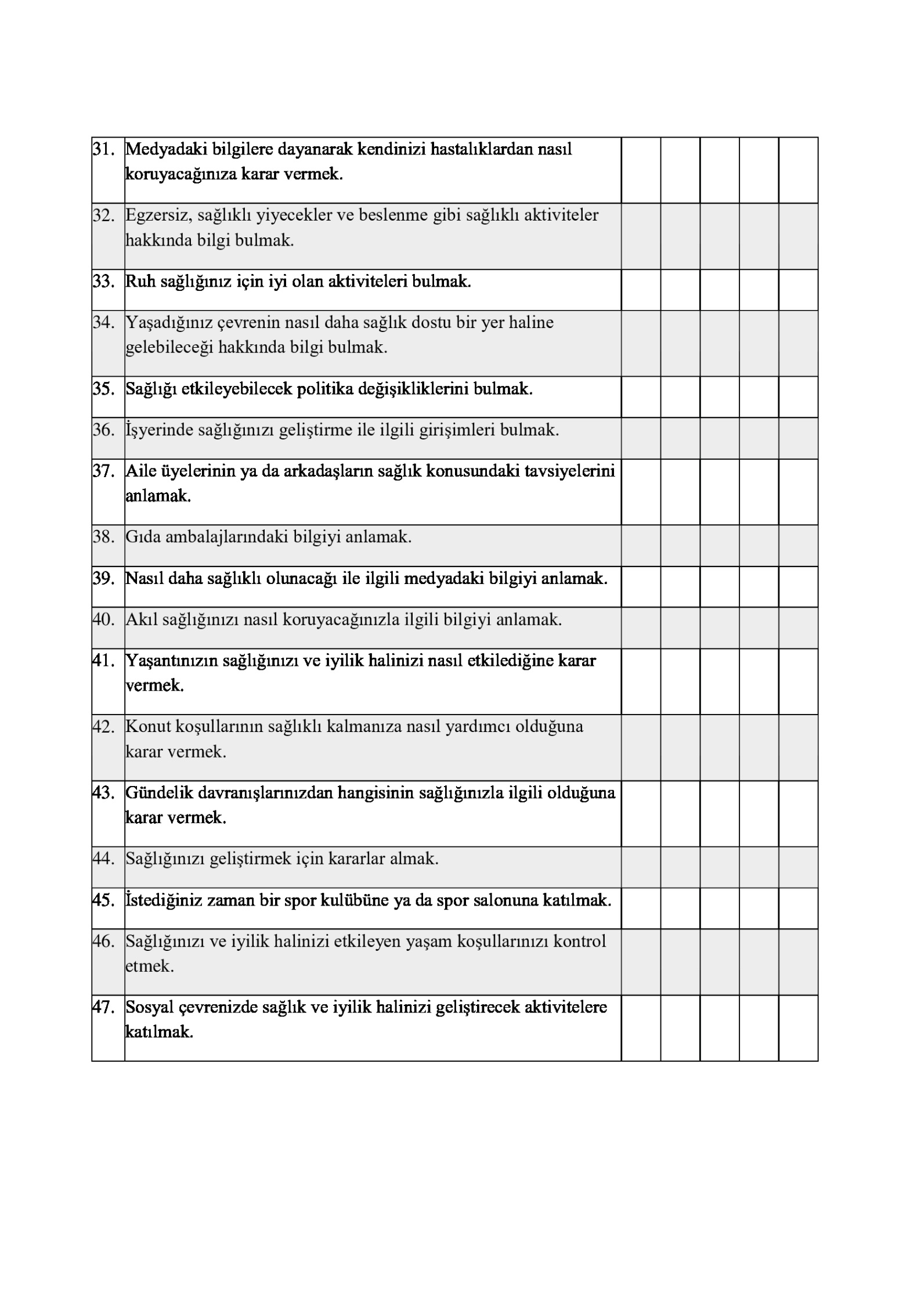
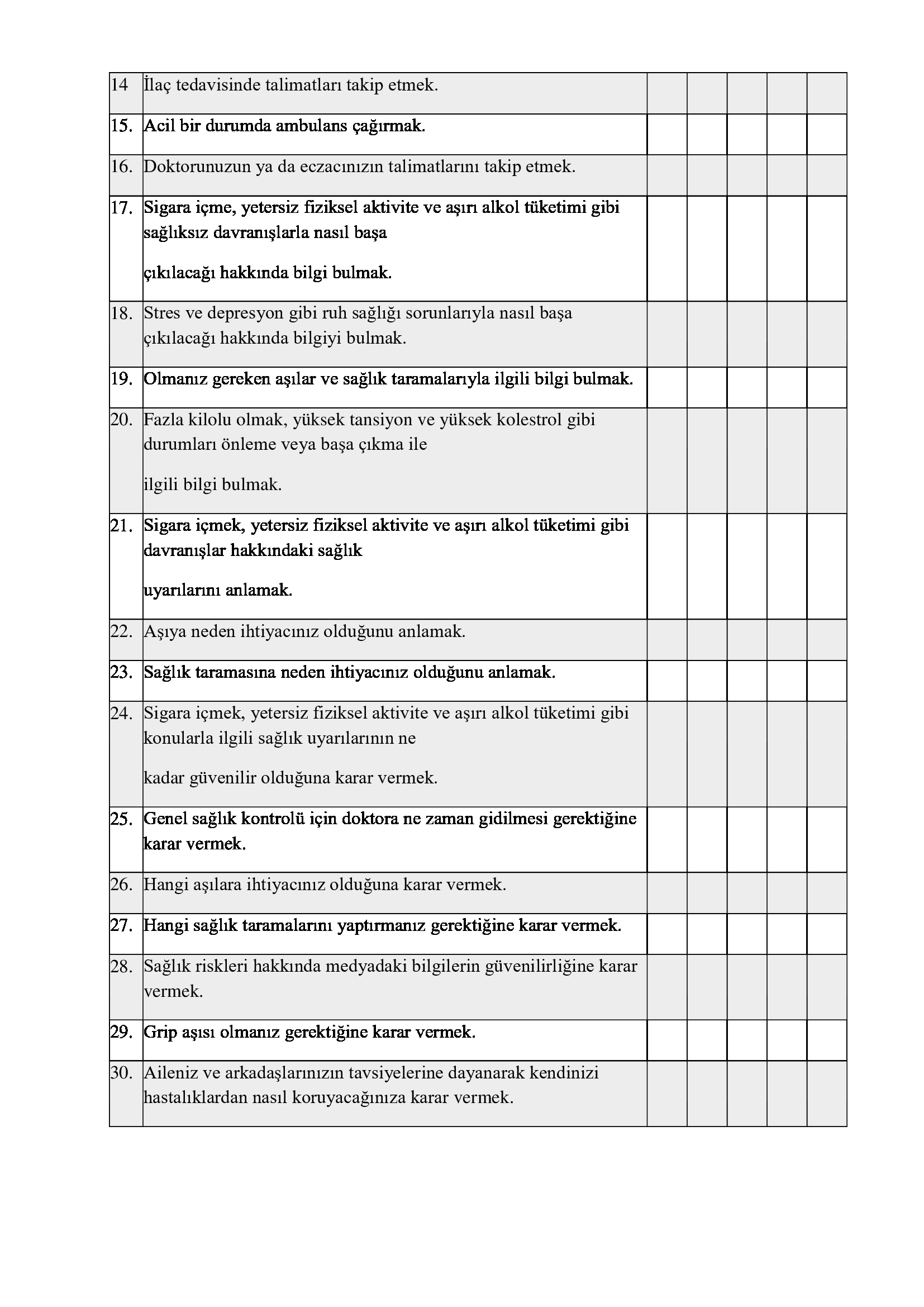
Ek 1: Anket Formu

****

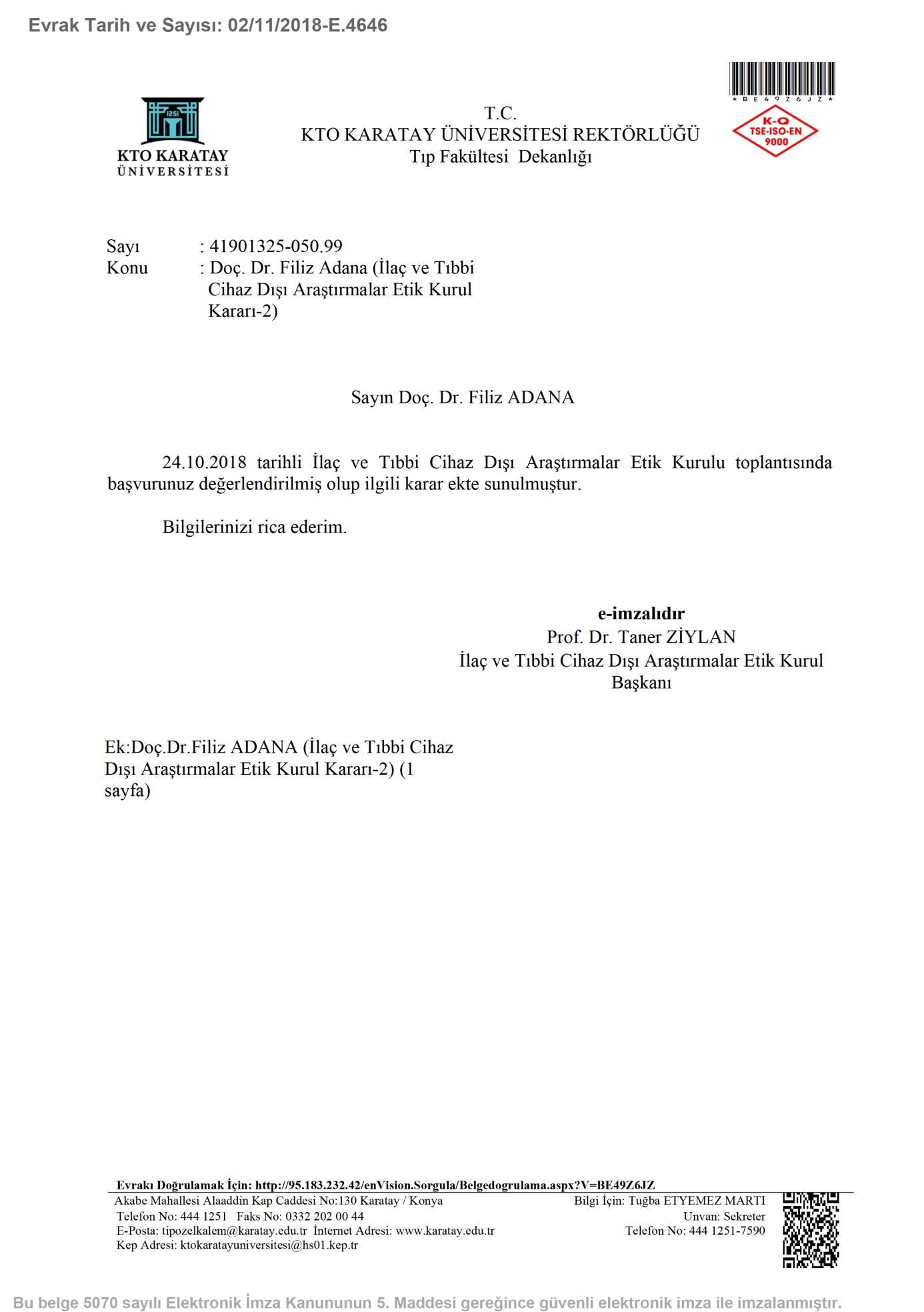
Ek 2.Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

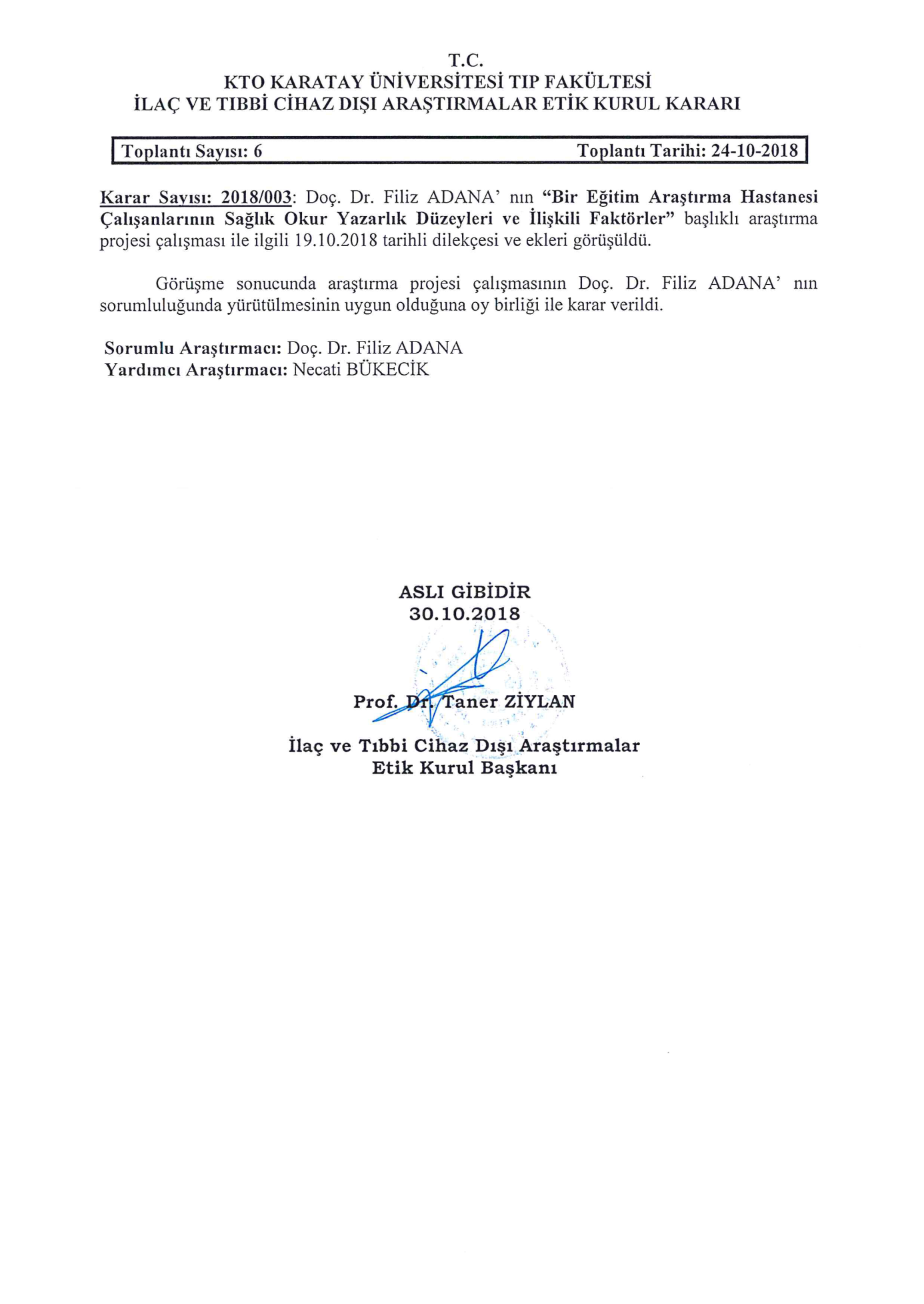
**Açıklama:** Aşağıda sağlık, hastalık, ilaçlar gibi konularda bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her ifadede belirtilen konunun sizin için zorluk derecesini işaretleyiniz.

****

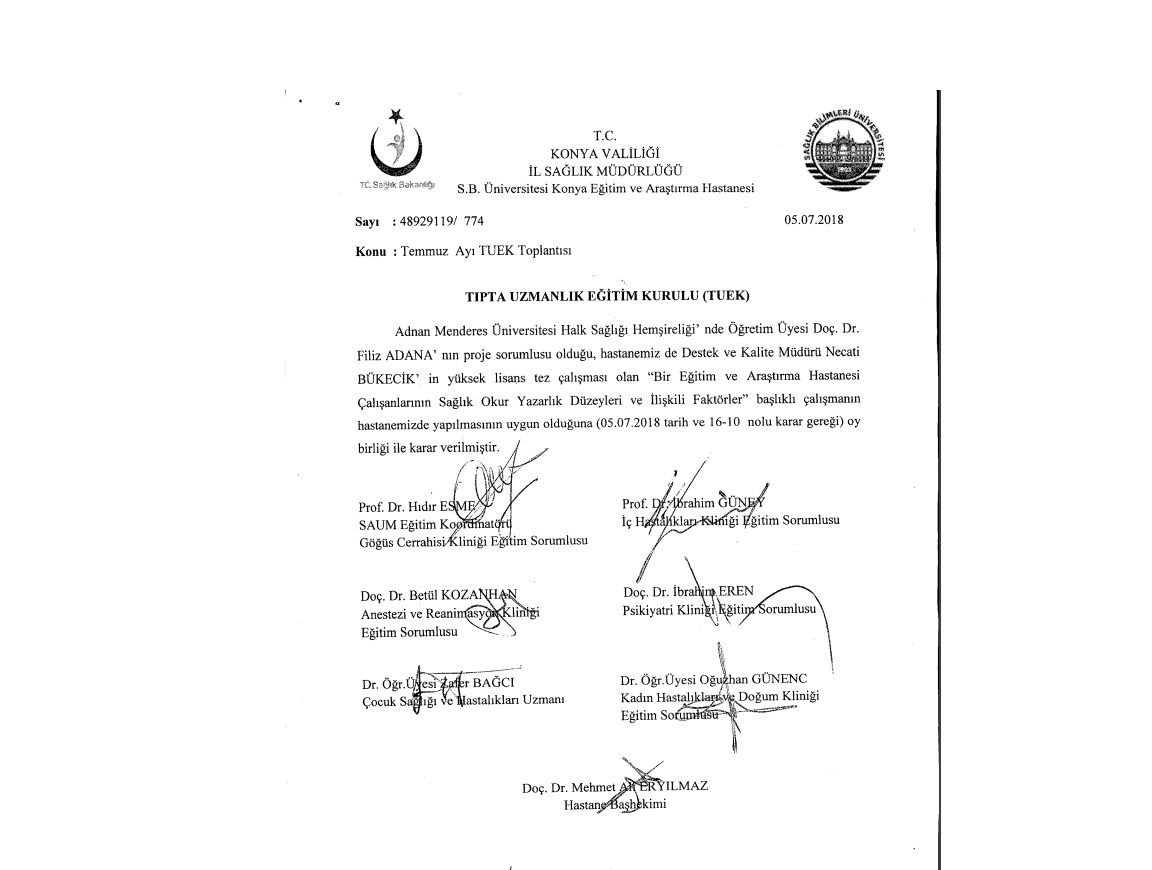
****

Ek 3.Etik Kurul İzin Belgesi





**Ek 4**.Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Belgesi



# ÖZGEÇMİŞ

**Soyadı, Adı** :BÜKECİK,Necati

**Uyruk** : T.C.

**Doğum yeri ve tarihi** : Eskipazar,09.06.1984

**Telefon** : 05065167452

**E-mail** : necati.bukecik@ibu.edu.tr

**Yabancı Dil** : İngilizce

**EĞİTİM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Derece** | **Kurum** | **Mezuniyet tarihi** |  |
| Y. Lisans | Adnan Menderes Üniversitesi | ....... |  |
| Y.Lisans  Lisans | Selçuk Üniversitesi(Tezsiz)  Kafkas Üniversitesi | 2009  2006 |  |
| Lisans | Anadolu Üniversitesi | 2017 |  |
| Ön Lisans | Anadolu Üniversitesi | 2015 |  |

**İŞ DENEYİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Yıl | Yer/Kurum | Ünvan |
| 2006-2007 | NPİ Nöropsikiyatri Hast. | Sağlık Memuru |
| 2007-2010 | Konya Eğit.ve Araş.Hast. | Sağlık Memuru |
| 2011-2014 | Konya Eğit.ve Araş.Hast. | Kalite Yönetim Direktörü |
| 2014-2016 | Konya Eğit.ve Araş.Hast. | Sağ.Bak.Hiz.Müd. |
| 2016-2017 | Konya Eğit.ve Araş.Hast. | İdari ve Mali İşler Müd.Yard. |
| 2017-2018 | Konya Eğit.ve Araş.Hast. | Destek ve Kalite Hiz.Müd. |
| 2018-….. | Abant İzzet Baysal Üniv. | Fakülte Sekreteri |

**AKADEMİK YAYINLAR**

**BİLDİRİLER**