

## HALKIN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ İLE SAĞLIK KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ<sup>1</sup>

Ramazan KIRAÇ<sup>2</sup>

Yunus Emre ÖZTÜRK<sup>3</sup>

### ÖZ

Bu araştırmada yetişkinlerin sağlık okuryazarlık durumu ile sağlık kaygısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma Konya merkezde yaŐayan bireyler üzerine uygulanmıŐ olup 900 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmada “sağlık okuryazarlık” ölçeği ve “sağlık kaygısı” ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada kadınların sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı erkeklere oranla daha fazla çıkmıştır. 26-35 yaş, 36-45 yaş ve 46-55 yaş aralığındakilerin sağlık okuryazarlık oranı 56 ve üstü yaş olanların ortalamasına göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim durumu arttıkça sağlık okuryazarlık durumunun da arttığı tepsi edilmiştir. Gelir durumu arttıkça sağlık okuryazarlık durumu da artmıŐ ve sağlık kaygısı azalmıŐtır. Sürekli ilaç kullananların sağlık okuryazarlığı daha düşük ve sağlık kaygı ortalaması daha yüksek çıkmıştır. Araştırma sonuçlarına göre sağlık kaygısı ile sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Genel olarak bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık kaygısının azaldığı gözlemlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Kaygısı, Sağlık Okuryazarlığı, YetiŐkinler, Okuryazarlık, Kaygı

---

<sup>1</sup> Bu alıŐma Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK danıŐmanlıđında Öğrenci Ramazan KIRAÇ tarafından hazırlanan ve 13.06.2019 tarihinde savunulan “Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler: Yapısal EŐitlik Modellemesine Dayalı Bir alıŐma” baŐlıklı doktora tezinden yararlanılarak hazırlanılmıŐtır. Bu alıŐma için, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulundan 2018/122 sayılı ve 25.04.2018 tarihli “Etik Kurul Onayı” alınmıŐtır.

<sup>2</sup> ArŐ. Gör. Dr., KahramanmaraŐ Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

<sup>3</sup> Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

## THE RELATIONSHIP BETWEEN PUBLIC HEALTH LITERACY LEVEL AND HEALTH ANXIETY

### ABSTRACT

In this study, the relationship between the health literacy status of adults and their health anxiety was examined. The research was applied on individuals living in the center of Konya and 900 people were reached. The "health literacy" scale and "health anxiety" scale were used in the study. In the study, health literacy and health anxiety of women were found to be higher than men. It has been observed that the health literacy rate of those between the ages of 26-35, 36-45 and 46-55 is higher than the average of those aged 56 and over. It is traced that as the educational status increases, the health literacy level also increases. As income increased, health literacy increased and health anxiety decreased. The health literacy of those who used continuous medication was lower and the health anxiety average was higher. According to the results of the study, a negative relationship was found between health anxiety and access to health information, understanding information, evaluating information and using information. In general, it has been observed that as individuals' health literacy levels increase, their health anxiety decreases.

**Keywords:** Health Anxiety, Health Literacy, Adults, Literacy, Anxiety

## **1. GİRİŞ**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2020). Bireylerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde o toplumun yöneticilerine büyük görev düşmektedir. Bunun yanında bireyin kendi sağlığını iyileştirmek ve geliştirmek için çaba harcaması gerekmektedir. Bireyler gerekli ve yeterli çabayı göstermedikleri durumda, sağlıkları olumsuz yönde etkilenecek ve sağlıkları için kaygılanacaklardır. Sağlık durumu hakkında bilgi sahibi olmayan kişi diğer kişilere göre, daha kaygılı bir tutum sergilemesine neden olacaktır. Bireyin kendi sağlığı için bir arayış içinde değilse, sağlık bilgisini anlamıyor, değerlendiremiyor ve kullanamıyorsa, sağlığı için çaba göstermiyor demektir. Bu durum bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlığının iyileşmesi ve gelişmesi için önemli bir kavramdır. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireyler, sağlık algıları biçimi daha farklı, öz yeterliliği yüksek olacak, sağlık arama davranışı gösterecek ve en önemlisi ise gereksiz yere kaygı oluşturmayacaktır. Sağlık kaygısının hiç olmaması veya aşırı olması bireyin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Hiç olmaması ve aşırı olması bireyin sağlıkları için harekete geçmesini engellemektedir. Ayrıca aşırı kaygı sağlık hizmetinin fazla kullanılmasında neden olmaktadır. Bireyi strese sokmaktadır.

Bu araştırmada bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin, sağlık kaygısına etkisi incelenmiştir. Araştırmada ilk olarak sağlık okuryazarlık kavramına, daha sonra sağlık kaygısı kavramına değinilmiştir. Elde edilen bulgular analiz edilerek tartışılarak yorumlanmıştır.

### **1.1. Sağlık Okuryazarlığı**

Okuryazarlık türlerinden olan sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974 yılında Simonds tarafından “Health Education as Social Policy” isimli makalede kullanılmıştır. DSÖ sağlık okuryazarlığını sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamaktadır (Kickbusch vd., 2013, s. 13). Parker, Ratzan & Lurie (2003, s. 147-153) sağlık okuryazarlığını bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, onları yönetme ve

anlama ve bu bilgileri sağlık kararlarını almada kullanma biçimi olarak tanımlamıştır. Sağlık Bakanlığına göre bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi, beceri, kendine güven düzeyine ulaşmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Nutbeam (2000, s. 259-267) sağlık okuryazarlığının bireylerin ilaç prospektüslerini okuyabilmekten veya randevu alabilmekten daha geniş bir kavram olduğunu, bireylerin sağlığını geliştirmeye, bireyi sosyal ve ekonomik yönden de geliştirebilecek bir yetenek olduğunu belirtmiştir. ABD Tıp Enstitüsü (2004) sağlık okuryazarlığını bireylerin uygun sağlık kararlarını vermek için gerekli temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi olarak tanımlamıştır.

Nutbeam (2000, s. 259-267) işlevsel (fonksiyonel), iletişimsel (etkileşimli) ve eleştirel (kritik) sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç şekilde sağlık okuryazarlığı sıralamıştır. Fonksiyonel okuryazarlıkta bireyler sağlık riskleri, sağlık sistemi, uymaları beklenen eylemler hakkında sınırlı bilgiye sahiptir, etkileşimli bir iletişim halinde değildir. Etkileşimli okuryazarlık, sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama, değişen koşullarda sağlık bilgisini uygulama gibi daha gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir. Bu düzeyde toplumsal faydadan çok bireysel fayda mevcuttur. Eleştirel sağlık okuryazarlıkta birey proaktiftir ve bu düzeydeki faaliyetlerde bireysel faydanın yanı sıra toplumsal fayda daha açık bir şekilde görülmektedir (Nutbeam, 2000 s. 259-267).

Sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin bir kısmı bireysel bir kısmı da sistemsel olabilmektedir (Health Literacy Connection, 2016). Bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, okuryazarlık becerileri, bilişsel beceri, motivasyon, fiziksel ve duygusal sağlık, özel sağlık koşulları, sağlık bakım inançları, sosyo-ekonomik statüdür. Sistemsel faktörler; sağlık hizmeti sunucularının iletişim becerisi, sağlık bilgisinin karmaşıklığı, sağlık bakım ortamlarının özellikleri, hastaların talep ve istekleri, profesyonel üzerindeki zaman baskısı gibi faktörlerdir. Düşük ekonomiye sahiplik, yaşlılık, sakatlıklarla yaşama, kültür ve dil, madde bağımlılığı, kronik veya karmaşık hastalık deneyimi, evsiz olma, sosyal veya

coğrafi olarak soyutlanma gibi farklı durumlarda bulunan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük olabilir (ACSQHC, 2013).

Düşük sağlık okuryazarlığı görülen bireylerde; Sıklıkla randevuları kaçırmak, kayıt formlarını doldurmada başarısızlık, ilaç tedavisinde yetersizlik, ilaçları okuma etiketi yerine görünüşleri ile tanımlamak, sıralı tıbbi geçmiş verememek, testleri veya yönlendirmeleri takip etmede yetersizlik gibi sorunlar görülmektedir (Mahadevan, 2013). Literatürde yapılan araştırmalarda düşük sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarını etkilediği görülmektedir. Sağlık okuryazarlığının hastaların bilgisi, hastaların deneyimi, sağlık hizmetlerinin kullanımı ile sağlık statüsü ve sağlık davranışı üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu belirtilmiştir (Coulter & Ellins 2007, s. 24-27; Tokuda vd., 2009, s. 411-4117). Berkman vd., (2011) yaptığı retrospektif bir araştırmada, 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. Baker vd., (2007, s. 1503-1509) yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ölüm oranları arasında bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Betz vd., (2008, s. 231-239) düşük sağlık okuryazarlığının yanlış ilaç kullanma oranını arttırdığını ve bu durumun tedavi iyileşme sürecini geciktirdiği sonucuna ulaşmışlardır. Scott vd., (2002, s. 395-404) sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların koruyucu sağlık hizmetlerini yeterince kullanmadıkları sonucuna ulaşmıştır. Düşük okuryazarlığı olan bireyler daha çok hastaneye başvuru yaparlar ve daha fazla hastanede kalırlar. Buna bağlı olarak da hastanelerin birimlerini uygun kullanamazlar (Akbulut, 2015, s. 113-132). Sur (2014, s. 16-19) yaptığı araştırmada düşük sağlık okuryazarlığı ile birlikte hastaneye yatırılma olasılığının daha yüksek olması ve pahalı acil hizmetlerin daha çok kullanılması gibi olumsuz iki sonucu daha bulunmaktadır. Yapılan sistematik bir derlemeye göre ise düşük sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili maliyetlerde %3-5 ek bir artışa neden olduğu belirlenmiştir (Eicher, Wieser & Bruegger, 2009, s. 313-324).

## **1.2. Sağlık Kaygısı**

Sağlık anksiyetesi, bedensel duyumların yanlış yorumlanması veya fiziksel hastalığın ciddi hastalık belirtileri olarak tanımlanması ile karakterize edilen bir durumu ifade eder (Melli vd., 2016, s. 80-85; Asmundson, 2010, s. 306-312). Kişinin fiziksel sağlığına ilişkin sürekli bir endişeyi ve tıbbi değerlendirmeye rağmen devam eden bir hastalığa yakalanma ya da edinme korkusuyla meşguliyetini içerir (American Psychiatric Association, 2013; Salkovskis, Warwick & Deale, 2002, s. 353-367). Bu endişeler yok olmaya karşı dirençlidir ve kişinin fiziksel olarak sağlıklı olması için uygun tıbbi güvenceye rağmen devam eder (Lucock ve Morley, 1996, s.137-150; Warwick, 1989, s. 705-711). Sağlık kaygısı kişiden kişiye göre değişebilir. Fakat kaygıların bazıları hafif bazıları da şiddetli bir şekilde sürekli olarak devam etmektedir. Hafif sağlık kaygıları tıbbi durumların erken tespit edilmesini kolaylaştırabilir (Asmundson vd., 2012, s. 246-251). Düşük düzeyde sağlık kaygısı bireyin sağlığını korumasına ve tedbirler almasına ya da sağlık için tehlikeli durumlardan kaçınmasına yardımcı olur (Karapıçak, Aslan & Utku, 2012, s. 43-51). Hipokondriyasız (şiddetli kaygı) tanısı konan ciddi sağlık kaygıları önemli sıkıntılara neden olmaktadır. Şiddetli sağlık kaygısı olan kişiler sağlık bakım kaynaklarını sıklıkla kullanmakta ve gereksiz maliyetler oluşturmaktadır (American Psychological Association, 2013). Barsky vd., (2001, s. 705-715) yaptığı araştırmada, sağlık kaygısı yüksek olan insanların kaygı düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek maliyetli ve daha sık tıbbi randevu aldıklarını tespit edilmiştir. Artan kaygılar, bireyin günlük yaşamındaki işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen sıklıkta sağlığa yönelik teyit alma davranışları (çok sık doktor muayenesine gitmek, sağlık tetkikleri yaptırmak ve gününün çoğunu potansiyel hastalıklarla ilgili kaynakları inceleyerek geçirmek) göstermesiyle sonuçlanmaktadır (Birmie 2013; akt. Ünalın 2014, s. 12). Fink, Ombol & Christense (2010, s. 9873) şiddetli sağlık kaygısı olan hastalar arasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde %41-78'lik bir artış saptamışlardır. Aşırı şiddet de kaygılı olanlar tipik davranışlarından biri de hastalıkla ilişkili uyarılardan kaçmaktır. Kaçınma değerlendirmeleri ise sağlık kaygısı olan hastaların tipik olarak kaçındığı durumları, örneğin hastalıkla ilgili TV programlarını izlemek, hastalık hakkında konuşmak, tedavi için hastaneye gitmek vb (Karapıçak, Aslan & Utku, 2012, s. 43-51).

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup; tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Nicel araştırma en basit anlamıyla nicel verilerin toplanmasını ve analizini gerektiren çalışmalardır. Tanımlayıcı araştırmaların en belirleyici özelliği ise araştırma sonuçlarının bir durumu tanımlaması, ancak bu durumu açıklamak üzere karşılaştırmalar yapmıyor olmasıdır (Büyüköztürk vd., 2010). Çalışma Konya Selçuklu İlçesinde ikamet eden yetişkinlere uygulanmıştır. Araştırmanın evreni 449.749 kişiden oluşmaktadır. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla Altunışık vd., (2012) tarafından geliştirilen örneklem büyüklüğü tablosundan faydalanılmıştır. 449.749 kişilik evrene karşılık 384 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmektedir. Araştırmanın genellenebilirliğini arttırabilmek için örneklem olarak 1000 kişi hedeflenmiş fakat 900 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmalar, verilerin toplanma zamanına göre anlık, kesitsel ve boylamsal olmak üzere üçe ayrılırlar (Büyüköztürk vd., 2010). Buna göre araştırma için ihtiyaç duyulan veriler belirlenen bir aralıkta anlık olarak araştırmacı tarafından, anket tekniği kullanılarak toplandı. Ankette ilk olarak bilgilendirilmiş onam bulunmaktadır, daha sonra demografik veriler ve ölçekler yer almaktadır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılarak anketlerde yer alan ölçek bilgileri şu şekildedir;

*Sağlık Kaygısı Ölçeği*: Salkovskis vd., (2002, s. 843-853) tarafın geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlaması Aydemir vd., (2011) tarafından yapılmıştır. Sağlık kaygısı Ölçeği 18 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 14 maddesi bireylerin ruhsal durumunu sorgulayan dörtlü sıralı yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan 4 soruda ise bireylerin varsayılan ciddi hastalık durumuyla ilgili sorular sorulmaktadır (Karapıçak, Arslan & Utku, 2012, s. 43-51). Ölçekten elde edilen yüksek skorlar, bireyin sağlığıyla ilgili endişelerinin düzeyine dair veriler sunmaktadır. Bu endişeler daha çok bireyin bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu ile olası bir hastalığın olumsuz sonuçlarıyla ilgili düşünceleri içermektedir. Maddeler, sağlık hakkındaki endişeyi, bedensel duyum ve değişikliklerin

farkındalığını ve hastalanma ile ilgili endişeli sonuçları, çoktan seçmeli formatta değerlendirir. Bulunan sonuçlara göre sağlık kaygısı yüksek olan bireylerde genel anksiyete düzeyi ve sağlık davranışlarına etki edeceği öngörülmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2012).

*Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği:* Sorensen tarafından geliştirilen 47 maddelik HLS-E.U (Health Literacy Survey in Europe) formun daha sonra Toçi, Bruzarive Sorenson'ın birlikte tekrar çalışarak sadeleştirdikleri Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin (Health Literacy Index) geçerlik ve güvenilirliği test edilmiştir (Sorensen vd., 2013, s. 948; Toçive vd., 2013, s.1646-1658). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aras ve Bayık Temel (2017, s.85-94) tarafından yapılmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 25 madde ve dört alt ölçekten oluşmaktadır. Bilgiye Erişim beş madde (1.-5. maddeler) içermektedir, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'dir. Bilgileri Anlama yedi madde içermektedir (6.-12. maddeler) bu alt ölçekten alınacak minimum puan 7, maksimum puan 35'dir. Değer Biçme/Değerlendirme alt ölçeği sekiz madde içermektedir (13.-20. maddeler) bu alt ölçekten alınacak minimum puan 8, maksimum puan 40'dır. Uygulama/ Kullanma alt ölçeği de beş madde (21.-25. maddeler) içermekte olup, bu alt ölçekten alınacak minimum puan 5, maksimum puan 25'tir. Tüm ölçek için minimum puan 25 ve maksimum puan 125'dir. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından "5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde likert yapıda yanıtlanır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yapıdadır, ters madde bulunmamaktadır. Özgün ölçeğin standart sapması 0,95 ve alt ölçekleri için belirlenen iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alfa) 0,90 ile 0,94 arasında değişmektedir (Toçive vd., 2013, s.1646-1658). Aracın uygulanma süresi ortalama 5-10 dakikadır. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınacak puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (Toçive vd., 2013, s.1646-1658). Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı



kullanılarak tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma), Korelasyon ve regresyon analiz yapılmıştır.

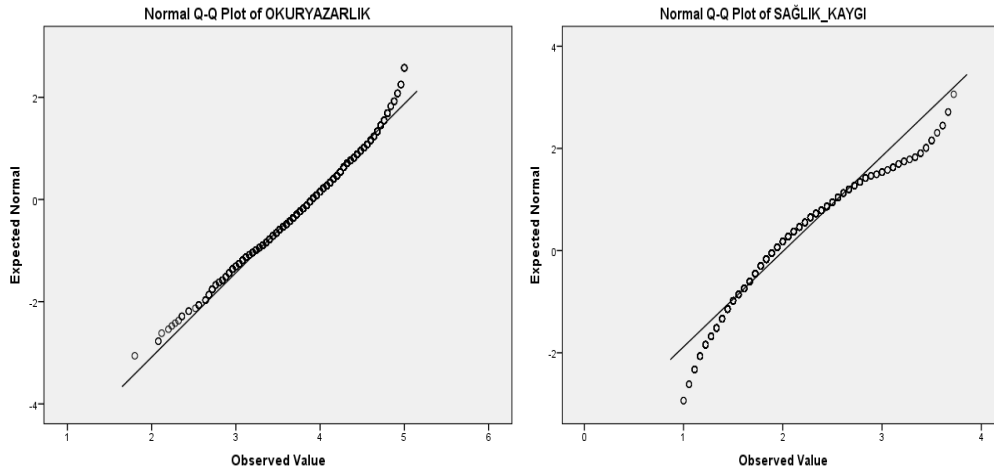
### 3. BULGULAR

Araştırmanın ilk olarak demografik bilgileri ve daha sonra ölçeklere ait analizler aşağıda verilmiştir.

**Tablo 1. Araştırmaya Dâhil Olanlara Ait Demografik Bulgular**

<b>Cinsiyet</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Erkek	484	53,8
Kadın	416	46,2
<b>Yaş</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
18-25	291	32,3
26-35	128	14,2
36-45	144	16
46-55	190	21,1
56 ve Üstü	147	16,3
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Okuryazar Değil	18	2
İlkokul	220	24,4
Lise	147	16,3
Ön-Lisans	88	9,8
Lisans	397	44,1
Lisansüstü	30	3,3
<b>Gelir Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
500-1000	125	13,9
1001-2000	210	23,3
2001-3000	228	25,3
3001-4000	174	19,3
4000+	163	18,1
<b>Medeni Durum</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Evli	522	58
Bekâr	378	42
<b>Kronik Hastalık</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Var	250	27,8
Yok	650	72,2
<b>Sürekli Kullanılan İlaç</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Var	255	28,3
Yok	645	71,7

Araştırmayan dâhil olanların %53,8'i erkek %46,2'si kadın olup %58'i evlidir. Katılımcıların %32,3'ü 18-25 yaş aralığında, %14,2'si 26-35 yaş aralığında, %16'sı 36-45 yaş aralığında, %21,1'i 46-55 aralığında ve %16,3'ü 56 yaş ve üstüdür. Eğitim durumuna bakacak olursak %2'si okuryazar değil, %24,4'ü ilkokul, %16,3'ü lise, %9,8'i ön lisans, %44,1'i lisans, %3,3 ise lisansüstü mezundur. Katılımcıların %27,8'in de kronik bir hastalığı var ve %28,3'ü sürekli ilaç kullanmaktadır. Gelir durumuna bakıldığında; % 13,9'u 500-1000 TL arası, %23,3'ü 1001-2000 TL arası, %25,3'ü 2001-3000 TL arası, %19,3'ü 3001-4000 TL arası ve %18,1'i ise 4000 TL üzeri gelire sahiptir.



**Şekil 1: Normal Dağılım Tablosu (Q-Q testi)**

Sağlık okuryazarlık ve sağlık kaygısının normal dağıldığını gösteren şekil yukarda verilmiştir ( $p>0,05$ )

**Tablo 2. Sağlık Kaygısı ve Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutları Arasında Yapılan Korelasyon Analizi**

		1	2	3	4	5	6	7
1- Ruhsal Durumda Kaygı								
2- Ciddi Durumda Kaygı	r	,546**						
	p	,000						
3- Bilgiye Erişim	r	-,231**	-,260**					
	p	,000	,000					
4- Bilgiyi Anlama	r	-,240**	-,211**	,613**				
	p	,000	,000	,000				
5- Bilgiyi Değerlendirme	r	-,200**	-,253**	,570**	,666**			
	p	,000	,000	,000	,000			
6-Bilgiyi Kullanma	r	-,116**	-,188**	,390**	,376**	,576**		
	p	,001	,000	,000	,000	,000		
7- Sağlık Okuryazarlık	r	-,248**	-,281**	,787**	,856**	,887**	,682**	
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
8- Sağlık Kaygısı	r	,966**	,744**	-,265**	-,257**	-,238**	-,150**	-,285**
	p	0,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

\*\* $p<0,001$

Tablo 2’de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasında korelasyon analiz yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre sağlık kaygısı ile sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık kaygısının azaldığı gözlemlenmektedir ( $p<0,001$ ,  $r=-0,285$ ).

**Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Kaygısına Etkisini Gösteren Regresyon Analizi**

	<i>B</i>	<i>S.e</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
(Sabit)	2,985	,111		26,918	,000
Sağlık Okuryazarlığı	-,252	,028	-,285	-8,905	,000

$R^2= 0,081$   $R= 0,285$   $F= 79,30$   $p<0,01$ , Modelin regresyon denklemi  $Y=2,98+ (-0,25X)$ 'dir.

Tablo3'te görüldüğü üzere sağlık okuryazarlığının sağlık kaygısına istatistiksel olarak negatif ve anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığının sağlık kaygısına ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir ( $R=0,285$   $R^2=0,081$ ). Sağlık okuryazarlığı sağlık kaygısının önemli bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir ( $F=79,30$   $p<0,01$ ). Sağlık okuryazarlığı sağlık kaygısındaki değişimin % 25'ini açıklamaktadır. Regresyon denklemine esas yordayıcı değişkenin katsayısının ( $\beta =-0,285$ ) anlamlılık testi de, sağlık kaygısının anlamlı bir yordayıcısı olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4. Araştırmaya Dâhil Olanların Cinsiyeti ile Ölçeklerin Ortalamaları Arasında Bağımsız Gruplarda T Testi Analizi**

	Cinsiyet	<i>n</i>	ort	<i>ss</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Sağlık Okuryazarlık	Erkek	484	3,79	0,62	-3,999	0,000*
	Kadın	416	3,95	0,58		
Sağlık Kaygısı	Erkek	484	1,98	0,54	-1,987	0,048*
	Kadın	416	2,14	0,53		

n=900 \*P<0,05

Tablo 4'de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile ölçek puanları ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kadınların sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı erkeklere oranla daha fazla çıkmıştır.

**Tablo 5. Araştırmaya Dâhil Olanların Yaşı ile Ölçeklerin Ortalamaları Arasında Bağımsız Gruplarda Tek Yönlü Varyans Analizi**

	Yaş	n	ort	ss	F	p	Post-Hoc (scheffe)
Sağlık Okuryazarlık	1-18-25	291	3,91	0,61	7,570	0,000*	2,3,4>5
	2- 26-35	128	4,00	0,53			
	3- 36-45	144	3,92	0,61			
	4- 46-55	190	3,85	0,62			
	5- 56 +	147	3,64	0,59			
Sağlık Kaygısı	1-18-25	291	2,04	0,44	1,102	0,354	
	2- 26-35	128	1,96	0,47			
	3- 36-45	144	1,95	0,58			
	4- 46-55	190	2,01	0,60			
	5- 56 +	147	2,05	0,63			

n=900 \*P&lt;0,05

Tablo 5’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların yaşı ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda varyans analizi yapılmıştır. Yaş ile sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Scheffe test sonuçlarına göre 26-35 yaş, 36-45 yaş ve 46-55 yaş aralığındakilerin sağlık okuryazarlık oranı 56 ve üstü yaş olanların ortalamasına göre daha yüksek çıkmıştır. Araştırmaya dâhil olanların yaşı ile sağlık kaygısı puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ( $p>0,005$ ).

**Tablo 6. Araştırmaya Dâhil Olanların Medeni Durumu ile Ölçeklerin Ortalamaları Arasında Bağımsız Gruplarda T Testi Analizi**

	Medeni Durum	n	ort	ss	t	p
Sağlık Okuryazarlık	Evli	522	3,85	0,60	-0,711	0,478
	Bekâr	378	3,88	0,61		
Sağlık Kaygısı	Evli	522	1,99	0,57	-1,041	0,298
	Bekâr	378	2,03	0,48		

n=900 P&lt;0,05\*

Tablo 6’da görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların medeni durumu ile ölçeklerin puan ortalaması arasında t testi analizi yapılmıştır. Araştırma sonucunda medeni durum ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7. Araştırmaya Dâhil Olanların Eğitim Durumu ile Ölçeklerin Ortalamaları Arasında Bağımsız Gruplarda Tek Yönlü Varyans Analizi.**

	Eğitim Durumu	n	ort	ss	F	p	Post-Hoc (scheffe)
Sağlık Okuryazarlık	1-Okuryazar değil	18	3,03	0,66	19,391	<b>0,000*</b>	1<2,3,4,5,6 2<3,4,5,6 3 < 6
	2-İlkokul	220	3,65	0,58			
	3-Lise	147	3,88	0,54			
	4-Ön-lisans	88	3,95	0,63			
	5-Lisans	397	3,97	0,58			
	6-Lisansüstü	30	4,28	0,56			
Sağlık Kaygısı	1-Okuryazar değil	18	2,35	0,78	3,348	<b>0,005*</b>	1 > 6
	2-İlkokul	220	2,04	0,58			
	3-Lise	147	2,07	0,62			
	4-Ön-lisans	88	2,03	0,57			
	5-Lisans	397	1,97	0,45			
	6-Lisansüstü	30	1,81	0,45			

n=900 \*P<0,05

Tablo 7’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların eğitim durumu ile ölçeklerin puan ortalaması arasında tek yönlü varyans analiz yapılmıştır. Eğitim durumu ile sağlık okuyazarlığı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için scheffe testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre okuryazar olmayanların sağlık okuyazarlığı ilkokul, lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunlarının ortalamasından daha düşüktür. Yine ilkokul mezunlarının sağlık okuyazarlığı lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunlarının sağlık okuyazarlığından daha düşüktür. Sağlık kaygısı ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Okuryazar olmayanların kaygı ortalamaları lisansüstü olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 8. Araştırmaya Dâhil Olanların Gelir Durumu ile Ölçeklerin Ortalamaları Arasında Bağımsız Gruplarda Tek Yönlü Varyans Analizi**

	Gelir Durumu	n	ort	ss	F	p	Post-Hoc (scheffe)
Sağlık Okuryazarlık	1- 500-1000	125	3,77	0,61	12,994	0,000*	1 < 5 2 < 4, 5 3 < 5
	2-1001-2000	210	3,70	0,64			
	3-2001-3000	228	3,84	0,58			
	4-3001-4000	174	3,95	0,54			
	5- 4000+	163	4,11	0,56			
Sağlık Kaygısı	1- 500-1000	125	2,07	0,59	4,495	0,001*	2 > 4, 5
	2-1001-2000	210	2,10	0,59			
	3-2001-3000	228	2,02	0,54			
	4-3001-4000	174	1,93	0,42			
	5- 4000+	125	1,91	0,48			

n=900 \*P<0,05

Tablo 8’de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Gelir durumu 500-1000 TL olanların sağlık okuryazarlık oranları, gelir durumu 3001-4000 TL arasında olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Gelir durumu 1001-2000 TL arasında olanların sağlık okuryazarlık oranları, 3001-4000 TL ve 4000 TL üzeri olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. 3001-4000 TL olanların sağlık okuryazarlığı ise 4000 TL ve üzeri geliri sahip olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Sağlık kaygı durumlarına bakıldığında, gelir durumu 1001-2000 TL arasında olanların kaygı ortalaması, 2001-3000 TL ve 3001-4000 TL arasında olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 9. Araştırmaya Dâhil Olanların Kronik Hastalık Durumu ile Ölçeklerin Ortalamaları Arasında Bağımsız Gruplarda T Testi Analizi**

	Kronik Hastalık	n	ort	ss	t	p
Sağlık Okuryazarlık	Var	250	3,76	0,62	-3,265	<b>0,001*</b>
	Yok	650	3,91	0,59		
Sağlık Kaygısı	Var	250	2,16	0,65	5,199	<b>0,000*</b>
	Yok	650	1,95	0,47		

Tablo 9’da görüldüğü üzere araştırmaya katılanların kronik bir hastalığının olup olmaması ile ölçeklerin ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi yapılmıştır. Kronik rahatsızlığı durumu ile sağlık okuryazarlık ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kronik hastalığı olmayanların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksektir. Kronik hasta olup olmama ile sağlık kaygı durumu arasında ise anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kronik hasta olanların kaygı ortalamaları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 10. Araştırmaya Dâhil Olanların Sürekli İlaç Kullanma Durumu ile Ölçeklerin Ortalamaları Arasında Bağımsız Gruplarda T Testi Analizi**

Sürekli Kullanılan İlaç		n	ort	ss	t	p
Sağlık Okuryazarlık	Var	255	3,75	0,63	-3,541	<b>0,000*</b>
	Yok	645	3,91	0,59		
Sağlık Kaygısı	Var	255	2,13	0,67	4,460	<b>0,000*</b>
	Yok	645	1,96	0,47		

n=900 \*P<0,05

Tablo 10’da görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanların sürekli ilaç kullanma durumu ile ölçeklerin puan ortalamaları arasında t testi analizi yapılmıştır. Sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlık okuryazarlık ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Sürekli ilaç kullananların sağlık okuryazarlığı daha düşük çıkmıştır. Sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlık kaygısı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Sürekli ilaç kullananların sağlık kaygı ortalaması daha yüksek çıkmıştır.



#### 4. SONUÇ VE TARTIŞMA

Bireyler sağlıkları için ve yakınlarının sağlıkları için endişelenmekte ve bu endişelerini gidermek için arayışlar içerisine girmektedir. Sağlık kaygısının olmasının birçok sebebi vardır. Geçmiş deneyimler, yaşantılar, çevre ve demografik değişkenler bunun önemli nedenlerindedir. Bu nedenlerden bir tanesine de bireyin sağlık okuryazarlığıdır. Bu araştırmada bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık kaygısına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya dahil olanların %53,8'i erkek %46,2'si kadın olup %58'i evlidir. Katılımcıların %32,3'ü 18-25 yaş aralığında, %14,2'si 26-35 yaş aralığında, %16'sı 36-45 yaş aralığında, %21,1'i 46-55 aralığında ve %16,3'ü 56 yaş ve üstüdür. Bireylerin %2'si okuryazar değil, %24,4'ü ilkokul, %16,3'ü lise, %9,8'i ön lisans, %44,1'i lisans, %3,3 ise lisansüstü mezunudur. Gelir durumuna bakıldığında; % 13,9'u 500-1000 arası, %23,3'ü 1001-2000 arası, %25,3'ü 2001-3000 arası, %19,3'ü 3001-4000 arası ve %18,1'i ise 4000 üzeri gelire sahiptir.

Katılımcıların %27,8'i kronik bir hastalığa sahip olup, ailelerinde kronik rahatsızlığı olanların oranı %45'dir. Kronik rahatsızlık tüm dünyada artmaktadır. Dünya'da ve Türkiye'de ölümlerin çoğunluğu kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre her yıl 41 milyon kişi başlıca kronik hastalıklardan ölmekte olup bu sayı tüm ölümlerin %71'ni oluşturmaktadır (TÜSEB, 2019). Türkiye İstatistik Enstitüsü (TUIK) tarafından ilan edilen 2017 verilerine göre Türkiye'de 20 yaş ve üzeri yetişkin nüfus içinde 8.5 milyon kişinin diyabet, 15.8 milyon kişinin hipertansiyon ve 17.5 milyon kişinin obezite gibi kronik hastalıklar nedeniyle çeşitli sağlık sorunlarına maruz kaldığı görülmektedir (TÜSEB, 2019).

Sağlık okuryazarlığı yüksek olması, bireyin sağlığına daha fazla önem vermesine ve hastalıklara karşı korunmasını sağlamaktadır. Daha sağlıklı daha kaygısız bir hayat sürdürmek için sağlık okuryazarlık düzeyimizin yükseltmek önemlidir. Bu araştırmada bireyin sağlığı ile ilgili bilgiye erişmesinin yanında, bilgiyi anlaması, değerlendirmesi ve kullanmasının sağlık kaygısını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması, sağlık kaygısını azaltmaktadır. Literatürde bu yönde yapılan

çalışmalara baktığımızda; Cho vd., (2008, s. 1809-1816) çalışmalarında sağlık okuryazarlığı yüksek olanların koruyucu sağlık hizmet kullanımına önem verdiği sonucuna ulaşmıştır. Altsitsiadis vd., (2012, s.14-21) yaptıkları araştırmada okuryazarlık arttıkça cilt kanserine karşı güneşten koruyucu önlem alma davranışlarının da arttığını gözlemlemişlerdir. Sağlık okuryazarlığı yeterli olan kadınlar mamografi yaptırma oranlarının arttığı gözlemlenmiştir (Pagan vd., 2012). Wolf, Gazmararian & Baker (2005, s.1946-1952) yaptıkları araştırmada sağlık okuryazarlığı düşük bireylerde hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıkların daha sık olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Omachi vd., (2012, s. 1-8) yaptıkları çalışmada düşük okuryazarlığa sahip bireylerde hastalık yönetimi yetersizliğine bağlı daha fazla sorunlar yaşandığını tespit etmişlerdir. Persel vd., (2007, s.1523-1526) yaptıkları araştırmada düşük hipertansiyonlu bireylerin diğerlerine oranla daha fazla ilaç kullandıklarını sağlık okuryazarlığa bağlamışlardır.

Araştırmaya dâhil olanların cinsiyeti ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Kadınların sağlık okuryazarlık ve sağlık kaygısı ortalaması erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Literatürde kadınların daha fazla sağlık arama davranışı sergilediği ve kadınların sağlık okuryazarlığının erkeklere göre daha yüksek çıktığı görülmektedir (Nina vd., 1996, s. 33-36, Shieh vd., 2009, s. 601-612). Bu durum kadınların hamilelik sürecinde ve çocuğun yetiştirilme sürecinde daha çok sağlık hizmeti talep etmesine bağlanabilir. Ayrıca kadınların erkeklere göre daha kaygılı ve hassas olması sağlık arama davranışını ve sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Mercier vd., (1998, s. 487-500) kaygı bozukluğu olan 165 kişi üzerindeki yaptığı araştırmada kadınların erkeklere göre daha kaygılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. 18-25 yaş, 26-35 yaş ve 36-45 yaş aralığındakilerin sağlık okuryazarlık düzeyi 56 yaş ve üzerinelere göre daha yüksek çıkmıştır. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlar görülmektedir. Durusu-Tanrıöver vd., (2014) tarafından yapılan araştırmada ise, bireylerin yaşı ilerledikçe sağlık okuryazarlık düzeyinin düştüğü sonucu tespit edilmiştir. Akbolat vd., (2016, s. 354-362) Sakarya ilinde yaptıkları çalışmada da sağlık okuryazarlığı ile yaş arasında

anlamli bir ilişki olduğu ve yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlık oranının düştüğü ortaya konmuştur. Yaşlıların sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması, yaşa bağı olarak bedensel ruhsal ve sosyal yönden yaşadıkları problemlere bağlanabilir. Yaşlı bireyler kayıt formunu doldurmada, reçeteleri okuma ve anlamada, gerekli testleri ve yönlendirmeleri takip etmekte zorlanmaktadır. Ayrıca hekimlerle olan iletişimde güçlük çekmesi ve anlayamaması yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlık düşük olmasına neden olmaktadır.

Yaş ile sağlık kaygısı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Fakat 56 yaş ve üstü aralığındakilerin kaygı ortamları diğerlerine göre biraz daha fazla çıkmıştır. Yaşın ilerlemesi birçok hastalığı da beraberinde getirmesi, yaşlı bireylerin kaygılarının daha da artmasına neden olmaktadır.

Medeni durum ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Güven (2016) tarafından yapılan araştırmada medeni durum ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu sonuç araştırma sonucunu destekler niteliktedir.

Katılımcıların eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Okuryazar olmayanların sağlık okuryazarlığı ilkökul, lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunlarının ortalamasından daha düşüktür. Yine ilkökul mezunlarının sağlık okuryazarlığı lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunlarının sağlık okuryazarlığından daha düşüktür. Eğitim düzeyi bireyin eleştirel düşünme ve problem çözme yeteneğini etkilemektedir. Bunu yanında eğitimli kişiler sorumluluk sahibi olması, etkili iletişim kurabilmesi ve daha üretken olması, bireylerin sağlık okuryazarlığını etkilediği düşünülmektedir. Schillinger vd., (2002, s. 475-482) tarafından diyabet hastaları üzerinde yapılan araştırmada, eğitim durumunun sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Güven (2016) yaptığı araştırmada eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığının arttığı sonucuna ulaşmıştır. Cho vd., (2008, s. 1809-1816) eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Literatürdeki çalışmalara araştırmanın sonucu destekler niteliktedir.

Araştırmada okuryazar olmayanların kaygı düzeyi diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyinin artması bireyin kendi sağlığı hakkındaki farkındalığı arttırdığı ve sağlığı hakkında bilgi sahibi olması kaygı düzeyini azalttığı düşünülmektedir. Literatürde yapılan araştırmalar bulguları destekler niteliktedir. Mapelli (1993, s. 99-109) çalışmasında sağlığını kötü olarak algılayanların başında ilkökul mezunlarının geldiği saptanmıştır. Tekin Yanık ve Erol (2016, s. 166-174) tarafından 230 diyabetli hasta üzerinde yaptığı araştırmada, okuryazar olmayanların öz yeterliliklerinin lisansüstü mezunlarına göre daha düşük çıkmıştır.

Gelir durumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Gelir durumu 500-1000 TL arasında olanların sağlık arama davranışı, gelir durumu 4000 TL ve üzerinde olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Gelir durumu 500-1000 TL olanların sağlık okuryazarlık oranları, gelir durumu 3001-4000 TL arasında olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Gelir durumu 1001-2000 TL arasında olanların sağlık okuryazarlık oranları, 3001-4000 TL ve 4000 TL üzeri olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. 3001-4000 TL olanların sağlık okuryazarlığı ise 4000 TL ve üzeri geliri sahip olanlara oranla daha düşük çıkmıştır. Gelir düzeyi bireyin yaşamını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Gelirin artması insanlara daha kalite bir yaşam standardı sunmakta ve bireyin sağlıklı yaşam biçimine verdiği önemini daha da arttırmaktadır. Ekonomik seviyesi yüksek olan bireylerin eğitimi seviyesinin de yüksek olduğu düşünülmektedir. Buna bağlı olarak bireyin; sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma yetisinin de daha aktiftir. Silk vd., (2010, s. 226-234) yaptığı çalışmada da insanların gelir düzeyleri yükseldikçe sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yükseldiği görülmüştür. Avcı (2013) tarafından yapılan araştırmada gelir ile sağlık okuyazarlığı arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Güven (2016) tarafından yapılan araştırmada kişi başına düşen hane halkı geliri arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşmıştır. Literatürdeki bu araştırmalar çalışmanın bulgularını desteklemektedir.

Sağlığını öteleyen insanlar daha sonra ağır hastalıklara yakalanma riski daha fazla olacaktır. Buna bağlı olarak ağır hastalığa yakalanma korkusu insanlarda sağlık kaygısı oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmada gelir durumu 1001-2000 TL arasında olanların kaygı ortalaması, 2001-3000 TL ve 3001-4000 TL arasında olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Kronik hastalığı olma durumu ile sağlık okuryazarlık ortalaması arasında anlamlı bir fark vardır. Kronik hastalığı olmayanların sağlık okuryazarlık ortalaması, olanlara oranla daha yüksek çıkmıştır. Bir hastalık teşhisi konulduktan sonra kişiler ilk olarak hastalığı reddetme eğilimine girerler. Bu evrede bireyler sağlık hizmeti talep etmez ve arama davranışı yapmazlar. Hastalığı kabullendikten sonraki evrede kişiler hem daha çok sağlık hizmeti talep edecek ve hastalığı ile ilgili çare arama davranışına yönelecek buna bağlı olarak da okuryazarlık düzeyi de yükselecektir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık ortalamasının düşük çıkması, birinci evredeki hastaların sergiledikleri davranış sonuçları ile uyumludur. Literatür incelendiğinde ise, elde edilen araştırma sonuçları bu bulguları destekler niteliktedir (Kaya, 2017, Çimen ve Bayık Temel, 2017). Bu durumun aksine, Güven (2016) tarafından yapılan araştırmada kronik hastalık ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu tespit edilmiştir.

Bu araştırmada kronik hastalık ile sağlık kaygı durumu arasında ise anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Kronik hasta olanların kaygı ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Lame vd., (2005, s. 15-24), Fishbain vd., (1997, s. 116-117) tarafından yapılan araştırmalar, çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir.

Sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, sürekli ilaç kullanmayanların sağlık kaygı düzeyi düşük ve sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç sürekli ilaç kullanmayanların öz bakımlarının daha iyi olması ve daha sağlıklı olmasına bağlanabilir. Çimen ve Bayık Temel (2017, s. 105-127) tarafından 550

kişi ile yapılan araştırmada sürekli ilaç kullanmayanların sağlık okuryazarlık oranları daha yüksek olduğu sonucu tespit edilmiştir.

Bu araştırma sonucu da gösteriyor ki sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık düzeyinin iyileşmesi ve gelişmesi için önemli bir kavramdır. Gereksiz sağlık hizmeti talebinin azaltılması ve hastaların, bilinçli arama davranışı sergilemesinde eğitim büyük bir paya sahiptir. Hastaların bilinç düzeylerinin artırılması için politika düzenleyicilere ve hizmeti sunanlara büyük görev düşmektedir. Bu bağlamda politika düzenleyicilerinin; sağlık okuryazarlığı ile ilgili, uluslararası kuruluşlarla çalışmalar yürütmek, anne çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi için bilgilendirme çalışmaları yapmak, toplumun ve bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları benimsemesi ve kontrol yeteneklerinin artırılmasına yönelik farkındalık oluşturmak, sağlık davranışını teşvik etmek için ulusal, yerel ve uluslararası düzeylerde işbirlikleri geliştirmek, yapılan faaliyetleri desteklemek ve bu alanda yapılan eğitimlere katkı sağlamak temel görevlerinden bazılarıdır.

## 5. SUMMARY

Health literacy is an important concept for the improvement and development of an individual's health. Individuals with high levels of health literacy will have a different form of health perceptions, high self-efficacy, health seeking behavior, and most importantly, not unnecessary anxiety. Absence or excessive health anxiety affects the individual's health negatively. The fact that it is absent and excessive prevents the individual from taking action for their health. In addition, excessive anxiety leads to excessive use of health care. It stresses the individual. In this study, the relationship between health literacy status and health anxiety of adults was examined. Questionnaire technique was used in this study which was formed with quantitative research design. The study was conducted on individuals living in the center of Konya. The population of the research consisted of 449.749 people and 900 people were included in the sample. Two different scales were used in the study. The first scale consists of four dimensions, "health literacy", and the second scale consists of two dimensions, "health anxiety". The data obtained from the scales were analyzed in SPSS package program. 53.8% of the participants were male and 46.2% were female and 58% were married. 32.3% of the participants were in the 18-25 age range, 14.2% in the 26-35 age range, 16% in the 36-45 age range, 21.1% in the 46-55 age range and 16.3% 56 years and over. If we look at the education level, 2% are not literate, 24.4% are primary school, 16.3% are high school, 9.8% are associate degree, 44.1% are bachelor and 3.3% are graduate. 27.8% of the participants had a chronic disease and 28.3% of them used continuous medication. A significant difference was found between gender and health literacy and health anxiety ( $p < 0.05$ ). Health literacy and health anxiety of women were higher than men. A significant difference was found between age and health literacy averages ( $p < 0.05$ ). The health literacy rate of those between the ages of 26-35, 36-45 and 46-55 was higher than the average of those aged 56 and over. A significant difference was found between the educational status and the average health literacy ( $p < 0.05$ ). The health literacy of the illiterate is lower than the average of primary, high school, associate, undergraduate and graduate graduates. Also, the health literacy of primary school graduates is lower than the health literacy of high school, associate degree, undergraduate and graduate graduates. A significant

difference was found between the average of health anxiety and education level ( $p < 0.05$ ). The anxiety averages of the illiterate were higher than those with a graduate degree. A significant relationship was found between income status and health literacy and health anxiety ( $p < 0.05$ ). As the income situation increased, so did the health literacy status. As the income level increased, health anxiety decreased. A significant relationship was found between the chronic illness status and health literacy and health anxiety ( $p < 0.05$ ). A significant difference was found between the continuous medication use and the average health literacy ( $p < 0.05$ ). The health literacy of those who use drugs continuously was found to be lower. A significant difference was found between the continuous medication use and the average health anxiety ( $p < 0.05$ ). The health anxiety average of those who used continuous medication was higher. According to the results of the study, a negative correlation was found between health anxiety and access to health information, understanding, evaluating and using information ( $p < 0.001$ ). It was observed that as individuals' health literacy level increased, their health anxiety decreased ( $p < 0.001$ ,  $r = -0.285$ ). As a result of the simple linear regression analysis performed to reveal how health literacy predicts health anxiety, a significant relationship was observed between health literacy and health anxiety ( $R = 0.285$   $R^2 = 0.081$ ). It was determined that health literacy is an important predictor of health anxiety ( $F = 79.30$   $p < 0.01$ ). Health literacy explains 25% of the change in health anxiety. The significance test of the coefficient ( $\beta = -0.285$ ) of the main predictor variable in the regression equation also shows that it is a significant predictor of health anxiety. Generally speaking, as health literacy increases, health anxiety decreases.



## KAYNAKÇA

- ABD, (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, D.C., National Academies Press. Institute of Medicine.
- ACSQHC, (2013). *Consumers, the Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality*, Consultation Paper, Sydney. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.
- Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., Sağlam, H. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Hasta-Hekim İlişkisini Etkiler Mi? Sakarya İlinde Bir Araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin TAF Prev Med Bull* 15, 4, 354-362.
- Akbulut, Y. (2015). Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. Yıldırım, F, Keser, A. (Ed.), *Sağlık Okuryazarlığı* içinde (s. 113-32). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yayınları.
- Altsitsiadis, E., Undheim, T., De Vries, E., Hinrichs, B., Stockfleth, E., Trakatelli., M. (2012). Health Literacy, Sunscreen And Sunbed Use: An Uneasy Association. *Br J Dermatol*, 167, 2, 14-21
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., Yıldırım, E. (2012). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Spss Uygulamalı*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Ed.). Washington, DC: Author.
- Aras, Z., Bayık Temel, A. (2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *F.N. Hem. Dergisi*, 25,2, 85-94.
- Asmundson, G.J.G., Abramowitz, J.S., Richter, A.A., Whedon, M. (2010). Health Anxiety: Current Perspectives And Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, 12, 306–312. <http://Dx.Doi.Org/10.1007/S11920-010-0123-9>
- Asmundson, G.J.G., Taylor, S., Carleton, R.N., Weeks, J.W., Hadjistavropoulos, H.D. (2012). Should Health Anxiety Be Carved At The Joint? A Look At The Health Anxiety Construct Using Factor Mixture Modeling in A Non-Clinical Sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 246–251.

- Avcı, E., (2013). *Annelerin Anne Sütü ile İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Saptama*. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B., Cengisiz, C., (2011). *Sağlık Kaygısı Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması*. 47. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya.
- Aydemir, Ö., Köroğlu, E. (2012). *Psikiyatride Kullanılan Ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Baker, D.W., Wolf, M.S., Feinglass, J., Feinglass, J., Thompson, J.A., Gazmararian, J.A., Huang, J. (2007). Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Arch Intern Med*, 167,14, 1503-1509.
- Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J., Bates, D.W. (2001). Resource Utilization of Patients with Hypochondriacal Health Anxiety And Somatization. *Medical Care*, 39, 705-715.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K.N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I., Viswanathan, M. (2011). *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review*. Evidence 212 Report/Technology Assessment No. 199. AHRQ Publication Number 11-E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Betz, C. L., Ruccione, K., Meeske, K., Smith, K., Chang, N. (2008). Health Literacy: A Pediatric Nursing Concern. *Pediatric Nursing*, 34,3, p. 231-39.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2010). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 5. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Cho, Y. L. K., Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., Crittenden, K. S. (2008). Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization amongst the Elderly. *Soc Sci Med*, 66, 1809-1816.
- Coulter, A., Ellins, J. (2007). Effectiveness of Strategies for Informing, Educating, and Involving Patients. *British Medical Journal*, 335, 24-27.
- Çimen, Z., Bayık Temel, A. (2017). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33, 3, 105-127.

- Durusu-Tanrıöver M., Yıldırım H. H., Demiray-Ready, F. N., Çakır, B., Akalın, H. E. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Eicher, K., Wieser, S., Bruegger, U. (2009). The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review. *International Journal of Public Health*, 54,5, 313-324.
- Fink, P., Ornbol, E., Christensen K.S. (2010). The Outcome of Health Anxiety in Primary Care. A Two-Year Follow-up Study on Health Care Costs and Self-Rated Health. *PLoS One*, 24; 5(3), e9873. doi: 10.1371/journal.pone.0009873. PMID: 20352043.
- Fishbain, D.A., Cutler, R., Rosomoff, H.L., Rosomoff, R.S. (1997). Chronic Painassociated Depression: Antecedent Or Consequence Of Chronic Pain? A Review. *Clin J Pain*, 13, 2, 116-137.
- Güven, A. (2016). *Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Health Literacy Connection, (2016). *What Influences Health Literacy?* Erişim Tarihi: 12/03/2016. <http://www.healthliteracyconnection.ca/influences.aspx>.
- Karapınar, Ö. K., Arslan, S., Utku, Ç. (2012). Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1,1, 43-51.
- Kaya, M. (2017). *Kişilerin Sağlık Okuryazarlıkları ve Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Değerlendirilmesi; Kırıkkale Örneği*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisan Tezi.
- Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F., Tsouros, A.D. (2013). *World Health Organization, Health Literacy the Solid Facts*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, p.13.
- Lamé, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., Kleef, M., Patijn, J. (2005). Quality of Life in Chronic Pain is More Associated with Beliefs about Pain, Then with Pain Intensity. *Eur J Pain*, 9, 15-24.
- Lucock, M.P., Morley, S. (1996). The Health Anxiety Questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1, 137-150.

- Mahadevan, R. (2013). Health Literacy Fact Sheets. *Center For Health Care Strategies, USA*, Erişim Tarihi: 25/01/2016. <http://www.chcs.org/resource/health-literacy-fact-sheets>.
- Mapelli, V. (1993). Health Needs. Demand for Health Services and Expenditure across Social Groups in Italy: An Empirical Investigation. *Soc Sci Med*, 36,8, 99-109.
- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., Bailey, R. (2016). The Role of Metacognitive Beliefs in Health Anxiety. *Personality and Individual Differences*, 89, 80-85.
- Mercier, C., Peladeau, N., Tempier, R. (1998). Age, Gender and Quality of Life. *Community Mental Health Journal*, 34, 5, 487-500.
- Nina, S. P., Ruth, M. P., Joanne, R. N., David, W. B., Mark, V. W., (1996). Shame and Health Literacy: The Unspoken Connection. *Patient Education and Counseling*, 27, 33-39.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promot Int*, 15, 259-67.
- Omachi, T.A., Sarkar, U., Yelin, E.H., Blanc, P.D., Katz, P.P. (2012). Lower Health Literacy is Associated with Poorer Health Status and Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Gen Intern Med*, 1-8.
- Pagán, J.A., Brown, C.J., Asch, D.A. et al. (2012). Health Literacy and Breast Cancer Screening among Mexican American Women in South Texas. *J Canc Educ*, 27, 132–137. <https://doi.org/10.1007/s13187-011-0239-6>.
- Parker, R.M., Ratzan, S.C., Lurie, N. (2003). Health Literacy: A Policy Challenge for Advancing High-Quality Health Care. *Health Affairs*, 22, 4, 147–153.
- Persell, S.D., Osborn, C.Y., Richard, R., Skripkauskas, S., Wolf., M.S. (2007). Limited Health Literacy is a Barrier to Medication Reconciliation in Ambulatory Care. *Gen Intern Med*, 22,11, 1523-1526.
- Sağlık Bakanlığı, (2011). *Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi*. Ankara, Deniz Matbaacılık.
- Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M. ve Clark, D.M. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and Validation of Scales for the Measurement of Health Anxiety and Hypochondriasis. *Psychol Med*, 32, 843-853.

- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C. (2002). Association of Health Literacy with Diabetes Outcomes. *Amerikan Medical Association*, 288, 4, 475-482.
- Scott, T.L., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Baker, D.W. (2002). Health Literacy and Preventive Health Care Use among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *Medical Care*, 40, 395-404.
- Shieh, C., Halstead, JA. (2009). Understanding the Impact of Health Literacy on Women's Health. *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing*, 38, 601-612.
- Silk, KJ., Horodyski, MA., Rienzo, M., Mercer, L., Olson, B., Aldrich, R. (2010). Strategies to Increase Health Literacy in the Infant Feeding Series (TIFS): A Six-Lesson Curriculum for Low-Income Mothers Health Promotion Practice. *Society For Public Health Education*, 11, 2, 226-234.
- Sorensen, K. ve ark. (2013). Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating the Design and Development Process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU Q). *BMC Public Health*, 13: 948. Erişim Tarihi: 27.07.2016. <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-948>.
- Sur, H. (2014). Kalite mi İstiyorsunuz? Alın Size Kullanıcı Odaklılık ve Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış*, 19, 16-19.
- Tekin Yankı Y., Erol, Ö. (2016). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19, 3, 166-174.
- Tokudo, Y., Doba, N., Butler, J., Passche-Orlow, M. (2009). Health Literacy and Physical and Psychological Wellbeing in Japanese Adults. *Patient Education and Counseling*, 75, 411-17.
- TÜSEB, (2019). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, *Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü*, <https://www.tuseb.gov.tr>
- Ünalın, E. (2014). *Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağlığı, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiler*. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 12.
- Warwick, H.M.C. (1989). A Cognitive-Behavioural Approach to Hypochondriasis and Health Anxiety. *Journal of Psychometric Research*, 33, 705-711.
- WHO, (2020). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240009752>

Wolf, M.S., Gazmararian, J.A., Baker, D.W. (2005). Health Literacy and Functional Health Status among Older Adults. *Arch Intern Med*, 165,1946-1952.