

Araştırma Makalesi / Research Article

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ:
ZONGULDAK İLİ ÖRNEĞİ***

Serap KAPIZ AYVAZ¹ , Hamza ÇEŞTEPE² , Eyyup ECEVİT³ 

ÖZET

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkları ile ilgili doğru karar verebilmeleri, tedavi süreçlerine katılabilmeleri, sağlık bilgilerini anlayıp yorumlayabilmeleri, sağlık hizmetlerini yerinde ve uygun bir şekilde kullanabilmeleri ve sağlık harcamalarını azaltabilmeleri için önem arz etmektedir. Bu çalışma, Zonguldak ilinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesini amaçlamaktadır. Çalışmanın evrenini Zonguldak'ta ikamet eden 414 kişi oluşturmaktadır. Veri toplama araçları olarak TSOY-32 ölçeği ve demografik bilgiler anket formu kullanılmıştır. Demografik değişkenlere göre yapılan karşılaştırmalarda ikili gruplar için t testi, ikiden fazla gruplar için ANOVA testi kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği iç tutarlılık (Cronbach alfa) katsayısı ile incelenmiştir. Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak saptanmıştır. Ankete katılan bireylerin TSOY-32 ile saptanan sağlık okuryazarlığı düzeyine göre %8.45'inin yetersiz, %45.89'unun sorunlu, %30.92'sinin yeterli ve %14.73'ünün mükemmel kategorisinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen veriler sonucunda, 33.5'lik genel sağlık okuryazarlığı düzeyi ile halkın yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık hizmetleri kullanımında etkinliğin artırılabilmesi ve sağlık harcamalarının oluşturduğu maliyetlerin ve yükün azaltılabilmesi için, sağlık okuryazarlığı bilincinin geliştirilmesi ve topluma bu bilincin öneminin anlatılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Okuryazarlığı, TSOY-32 Ölçeği

JEL Sınıflandırması: C10, I10, I12

**DETERMINING THE LEVEL OF HEALTH LITERACY:
THE CASE OF ZONGULDAK PROVINCE**

ABSTRACT

Health literacy is important for individuals to make the right decisions about their health, participate in treatment processes, understand and interpret health information, use health services effectively and appropriately, and reduce health expenditures. This study aims to determine the health literacy levels of individuals living in Zonguldak. The population of the study consists of 414 people

* Bu çalışma, Serap Kapız Ayvaz'ın Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalında hazırlamakta olduğu doktora tezinden türetilmiştir.

Bu çalışma, Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Kongresi 24'de özet bildirisi olarak sunulmuştur.

¹ Doktora Öğrencisi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, İİBF, Zonguldak, Türkiye, serap.kap09@gmail.com

² Prof. Dr., Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, İİBF, Zonguldak, Türkiye, hcestepe@beun.edu.tr

³ Prof. Dr., Erciyes Üniversitesi, İİBF, Kayseri, Türkiye, eccevit@erciyes.edu.tr

residing in Zonguldak. TSOY-32 scale and demographic information questionnaire form were used as data collection tools. In the comparisons based on demographic variables, t test is used for paired groups and ANOVA test is used for more than two groups. The reliability of the scale was analyzed by internal consistency (Cronbach's alpha) coefficient. The general internal consistency coefficient of the scale was found to be 0.93. According to the health literacy level of the individuals participating in the survey determined by TSOY-32, 8.45% were inadequate, 45.89% are problematic, 30.92% are adequate, and 14.73% are in the excellent category. As a result of the data obtained, it was concluded that the general health literacy level is 33.5 and indicating that the public has an adequate health literacy level. To increase the efficiency in the use of health services and to reduce the costs and burden of health expenditures, it is necessary to develop health literacy awareness and convey its importance to public.

Keywords: Health, Health Literacy, TSOY-32 Scale

JEL Classification Codes: C10, I10, I12

EXTENDED SUMMARY

Research Questions & Purpose

Health literacy is important for individuals to be able to recognize their health status, make the right decisions for themselves, and identify symptoms when they have health problems. Increasing the health literacy of societies plays an important role in improving the effectiveness and quality of health services. This study aims to determine the health literacy levels of individuals between the ages of 18-65 in Zonguldak province and to determine the related factors. It is also aimed to show whether there is a significant difference according to the health literacy index averages and dimensions for gender, age, and education.

Literature Review

In the first definitions, health literacy was expressed as “the ability to read and understand written medical information and instructions”. Later, a broader understanding of the nature, dimensions, and context of health literacy emerged (Coulter & Ellins, 2006: 22). For example, Kickbusch defined health literacy as “the capacity to make healthy health decisions in the context of daily life at home, in the community, at work, in the health system, in the market, and the political arena” (Kickbusch, 2008: 206). Similarly, according to Ratzan, health literacy is a need that concerns all segments of society (Ratzan, 2001: 210). Ratzan & Parker (2000) defined health literacy as “the level of capacity of individuals to obtain, understand and process basic health information and services necessary to make appropriate health decisions”. Health literacy is fundamental for patient participation. If people cannot obtain, process, and understand basic health information, they cannot make the necessary decisions about their health. Therefore, health literacy is not only about patients being able to read and understand health information but also about them acting in accordance with their authority. Individuals with low health literacy have worse health conditions, higher rates of hospitalization, lower compliance with prescribed treatments, more incorrect treatment and drug use, and less use of preventive health services. Ensuring greater health literacy in society is effective in improving the health of disadvantaged groups and eliminating health inequalities (Coulter & Ellins, 2007: 24-25). In order to determine how health literacy can be defined and conceptualized, Sorenson et al.

conducted a literature study in 2012. Different methods have been applied to measure health literacy over time and their number has increased.

Methodology

Before the data was evaluated, the data was subjected to a normality test. It was decided whether the data was suitable for normal distribution by looking at the skewness and kurtosis coefficients. The data showed normal distribution in all dimensions. In the comparisons made according to demographic variables, t-test was used in paired groups and Analysis of Variance (ANOVA) was used in more than two groups. In the study, the reliability of the scale was examined with Cronbach's Alpha.

The data obtained through the collected survey forms were transferred to the computer environment using the SPSS 24.0 (Statistical Packages for the Social Sciences) statistical package program and this program was used in the analysis of the data. The health literacy levels of the participants were calculated. In the evaluation of the TSOY-32 scale; the indexes were standardized to be between 0 and 50. The frequency distribution of the SOY categories in the matrix components was calculated. The distribution of the participants' evaluations regarding the health literacy dimensions according to gender, age, and education was calculated.

Conclusion and Discussion

According to the survey results, when the health literacy level obtained with TSOY-32 is examined, it is seen that 8.45% is insufficient, 45.89% is problematic-limited, 30.92% is sufficient, and 14.73% is excellent. When insufficient and problematic-limited health literacy levels are considered together, the fact that 54.34% have a limited health literacy level that includes both of these categories indicates that there is a public health problem in Zonguldak province. In addition, the mean score of the treatment and service dimension (34.84) is higher than the disease protection dimension (32.14). When the relationship between gender and health literacy is examined, 9.23% of men have an insufficient literacy level, while 7.76% of women have an insufficient literacy level. Therefore, there is no significant difference in literacy level in terms of gender. Okayay & Abacıgil (2016), who developed the TSOY-32 scale specifically for Turkey, found the health literacy level as 27.2% inadequate, 42.2% problematic-limited, 24.8% sufficient, and 5.8% excellent. In this context, while our study is similar to this study in terms of problematic and adequate health literacy levels, it differs in terms of inadequate and excellent health literacy levels.

1. Giriş

Zaman içerisinde sağlık alanında ortaya çıkan gelişmeler, tıp jargonuna giren yeni bilgiler ve kavramlar, sunulan sağlık hizmetlerindeki artışlar, bireylerin var olan sistem içerisindeki haklarının artması ve sürecin bir parçası haline gelmesi, bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili bilgiye ulaşmalarını, bilgiyi anlamalarını, değerlendirebilmelerini ve kullanabilmelerini zorlaştırabilmektedir. Bir bütün olarak bakıldığında, bu durum sağlık okuryazarlığı kavramını karşımıza çıkarmaktadır. Sağlığın geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığı nispeten yeni bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık davranışını belirleyen önemli konulardan biridir (Şantaş vd., 2023: 783). Bireylerin en temel haklarından biri sağlıklı olmak olduğu için, bu durum devletlere, sağlık kurumlarına ve hatta bireylerin kendilerine önemli sorumluluklar yüklemektedir. Günümüzde eskiye oranla bilgiye ulaşmanın daha kolay olması, yaşam süresinin uzaması, salgın hastalıkların ve kronik hastalıkların artması, bunlara yönelik sağlık hizmetlerinde reform yapma çalışmaları gibi yaşanan değişiklikler ile sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için temel belirleyici olarak sağlık okuryazarlığının kabul edilmesi, sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır (Erdağ, 2015: 2).

Sağlık okuryazarlığı “okuryazarlık” kelimesini içerdiğinden, birçok kişi kavramın sadece okuryazar olmayanları ilgilendirdiğini düşünmektedir. Fakat bu, doğru bir düşünce değildir. Bireyler okuryazarlık, yaş, cinsiyet, dil, kültür, engellilik durumu, duyu, hastalık deneyimleri gibi birçok nedenden kaynaklı olarak sağlık bilgilerini anlamakta zorluk çekmektedir. Örneğin, iyi bir eğitim almış sağlık uzmanı, hastalığı hakkında bir sağlık uzmanı tarafından bilgi verildiğinde kendisini kapatma eğiliminde olup, bir süre sağlık çalışanının ne söylediğini tam olarak anlamamaktadır (Osborne, 2013: 1). Sağlık alanında yaşanan gelişmelerle birlikte insanların var olan hastalıklarını algılayabilmeleri, algıladıkları sorunları sağlık profesyonellerine doğru bir şekilde aktarabilmeleri, sağlığı koruma ve geliştirmeleri, kendileri için uygun olan tedavileri zamanında yaptırmaları, kendi hastalıklarını tanıyabilmeleri, sağlıklı ilgili uygulamaları anlayabilmeleri beklenmektedir. Bu da sağlık okuryazarlığının zaman içerisinde tanımında ve kapsamında gelişmelere neden olmuştur.

Sağlık okuryazarlığı kavramı, genel olarak, bireylerin sağlıklı yaşam sürdürebilmeleri için kendileri hakkında sağlık kararlarını verebilmeleri yani sürece dahil olabilmeleri; sağlık ile ilgili bilgileri anlayabilmeleri, uygulayabilmeleri ve yorum yapabilmeleri yeteneği şeklinde ifade edilebilir. Uluslararası literatürde sağlık okuryazarlığı kavramı, ilk kez 1974 yılında S. Simonds tarafından “Health Education as Social Policy” isimli çalışmada, sosyal politika bağlamında sağlık eğitimi başlığıyla ele alınmıştır. Simonds yapmış olduğu bu çalışmasında, tüm okul seviyeleri için sağlık okuryazarlığı konusunda asgari standartların belirlenmesi ve standartların altında kalan okul bölgelerine sağlık eğitimi için yardım sağlanması gerektiğini ifade etmiştir (Simonds, 1974: 1-9). İlk kez kullanılan bu kavram, sağlık eğitimi ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sağlık eğitiminde yaşanan olumsuzluklar sağlık okuryazarlığının düşük olmasına neden olmaktadır; fakat tek sebep bu değildir. Sağlık okuryazarlığı 1990’lı yıllarda gelecekte bireylerin sağlığı üzerindeki etkisinin artacağı düşüncesiyle yeniden ele alınıp tartışılmaya başlanmış ve 2000’li yıllara gelindiğinde ise konu ile ilgili yapılan araştırma ve uygulamalar uluslararası kuruluşların da gündeminde yer almaya başlamıştır.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarına kavuşmak için sağlık hizmetlerini iyi kullanıp kullanamayacağıının temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Alınan sağlık hizmeti sonucunda “iyi sağlık” bireylerin bekledikleri bir durumdur (Vernon, 2007: 4). Sağlık kalkınmanın temel yapı taşlarından biri olduğundan, toplumların sağlık durumu yaşamın diğer alanlarını ve sektörleri de etkileyebilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı yoluyla iyi sağlık üretme kavramı “sağlık sermayesi üretimi” olarak adlandırılmıştır. Bu kavram Grossman tarafından bireylerin sağlıkları hakkında nasıl karar verdiklerini göstermek üzere bir araştırma ile ortaya atılmıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramının sağlık ekonomisinde ilk kez yer alması, 1972 yılında Grossman’ın “Sağlık Sermayesi Kavramı ve Sağlık Talebi Üzerine” isimli çalışmasında olmuştur (Vernon, 2007: 4). Yapmış olduğu bu çalışmada Grossman’a göre, “sağlık eğitimi” sağlık sermayesinin üretiminde bireysel bir girdidir. Kişilerin eğitim düzeyi arttıkça daha çok sağlık, daha az tıbbi bakım talep ettiği ve bunun sonucunda sağlık hizmeti satın alma oranının düştüğü ifade edilmektedir (Eroğlu & Oflaz, 2017: 45).

Bu çalışmada, Zonguldak ilinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeyini ulusal ve yerel düzeyde belirlemeye yönelik çeşitli çalışmalar olmakla birlikte, Zonguldak özelinde böyle bir çalışma bulunmamaktadır. Dolayısıyla, çalışmanın ulusal literatür yanında özellikle konuyla ilgili yerel literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışma, saha araştırmasına dayalı uygulamalı bir çalışmadır. Bu kapsamda, Zonguldak’ta ikamet eden 414 kişiye Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (TSOY-32) ölçeği ve demografik bilgiler anket formu uygulanmıştır. Demografik değişkenlere göre yapılan karşılaştırmalarda ikili gruplar için t testi, ikiden fazla gruplar için ise ANOVA testi kullanılmıştır.

Çalışma giriş ve sonuç dışında temel olarak dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, sağlık okuryazarlığı ile ilgili genel bilgiler verilmiştir. Bir sonraki bölümde, konuyla ilgili literatürde yer alan benzer çalışmalar ortaya konulmuştur. Ardından, analizlerde kullanılacak gereç ve yöntem üzerinde durulmuştur. Son bölümde ise, ulaşılan bulguların değerlendirilmesi ve yorumlanması yapılmıştır.

2. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı, Kapsamı ve Ölçümü

Sağlık okuryazarlığı kavramının önemi son yıllarda artmakla birlikte, literatürde yer almaya başlaması 1970’li yıllara kadar gitmektedir. Dolayısıyla, bu tarihlerden günümüze sağlık okuryazarlığıyla ilgili önemli bir literatür oluşmuştur. Bu bölümde önce sağlık okuryazarlığının tanımı ve kapsamından bahsedilecek, sonrasında kavramın önemi ve ölçüm yöntemleri ele alınacaktır.

2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Kapsamı

Literatürde birçok sağlık okuryazarlığı tanımı bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, yapılan ilk tanımlamalarda “yazılı tıbbi bilgileri ve talimatları okuma ve anlama becerisi” olarak ifade edilmekteydi. 1980’lerden itibaren araştırmacılar çok farklı sağlık okuryazarlığı tanımı önermişler ve birçoğunu “sağlık hizmetleri bağlamında temel okuma ya da sayısal beceriler” şeklinde ifade etmişlerdir. Temel okuryazarlık sağlık okuryazarlığına katkı sağlasa da, sağlık

okuryazarlığının tüm bileşenlerini kapsamamaktadır. Genel okuryazarlık düzeyinin artış göstermesiyle birlikte, sağlık okuryazarlığı kavramı da sağlık bilgilerini okuma ve anlama yeteneğinden daha fazlasını içermeye başlamıştır.

İlerleyen zamanlarda sağlık okuryazarlığının doğası, boyutları ve bağlamına ilişkin daha geniş bir anlayış ortaya çıkmıştır (Coulter & Ellins, 2006: 22). Örneğin, Kickbusch tarafından sağlık okuryazarlığı “evde, toplumda, işyerinde, sağlık sisteminde, piyasada, politik arenada günlük yaşam bağlamında sağlıklı sağlık kararları verme kapasitesi” şeklinde tanımlanmıştır (Kickbusch, 2008: 206). Benzer şekilde, Ratzan’a göre de sağlık okuryazarlığı toplumun her kesimini ilgilendiren bir gereksinimdir (Ratzan, 2001: 210).

Modern sağlık toplumlarında sağlığın alanı daha da genişlediğinden, hayatımızın birçok alanında sağlık ile ilgili sorular ve kararlar kendini göstermektedir. İnsanların kendi sağlıklarından sorumlu olmaları ve kendi sağlıkları ve aileleri için ilgili kararlara katılmaları giderek daha fazla beklenmektedir. Beslenme, ilaç tedavisi, hizmet sağlayıcı seçimi ve tedavi gibi sağlık kararlarında aktif olarak karar almaları beklenmektedir. Ancak, birçok kişi gerekli bilgilere ulaşmamakta ve doğru sağlık kararları alabileceği gerekli yeteneklere sahip bulunmamaktadır (Kickbusch, 2008: 204-205). Sağlık okuryazarlığı, hastaların karmaşık olan sağlık sistemi içinde kendi sağlıkları ile ilgili karar almalarını sağlayan önemli bir yetenek olarak düşünülebilir. Sağlık okuryazarlığı hasta katılımını teşvik etmektedir. Hem bireylerin hem de toplumların güçlendirilmesi için eğitime ve bilgiye erişim, etkili bir şekilde katılımın sağlanması önem arz etmektedir. Nutbeam Dünya Sağlık Örgütü adına hazırladığı sağlığın geliştirilmesi sözlüğünde sağlık okuryazarlığını, “bireylerin bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder” şeklinde ifade etmektedir (Nutbeam, 1998: 351- 357). Nutbeam (2000)’a göre sağlık okuryazarlığı; temel/işlevsel sağlık okuryazarlığı, interaktif sağlık okuryazarlığı ve kritik sağlık okuryazarlığı şeklinde üç düzeyden oluşmaktadır.

Ratzan & Parker (2000), sağlık okuryazarlığını “bireylerin uygun sağlık kararları vermek için gerekli olan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, anlama ve işleme kapasitesinin düzeyidir” şeklinde tanımlamıştır. Sağlık okuryazarlığı hasta katılımı için temeldir. İnsanlar temel sağlık bilgilerini elde edemez, işleyemez, anlayamaz ise sağlıkları hakkında gerekli kararları alamamaktadır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı sadece hastaların sağlık bilgilerini okuyup anlayabilmesi değil, aynı zamanda kendi yetkileri doğrultusunda hareket etmeleri ile de ilgilidir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerin sağlık durumları daha kötü, hastaneye yatış oranları daha fazla, reçete edilen tedavilere uyum göstermeleri daha düşük, yanlış tedavi ve ilaç kullanımı daha fazla, koruyucu sağlık hizmeti kullanımı daha az olmaktadır. Toplumda daha fazla sağlık okuryazarlığının sağlanması, dezavantajlı grupların sağlıklarının iyileştirilmesi ve sağlık eşitsizliklerinin giderilmesinde etkili olmaktadır (Coulter & Ellins, 2007: 24-25).

Sağlık okuryazarlığı, var olan sağlık bilgilerinin açık bir şekilde aktarılması ve doğru bir şekilde anlaşılmasıyla ilgilidir. Sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşamdan sağlığa, hastalıkları tespit edip önlemeye, teşhis ve karar vermeye, kişisel bakım sürecinin bütün noktalarında var olmaktadır (Osborne, 2013: 1). Sağlık hizmetleri ve halk sağlığı ile ilgili bilgiler, yapılacak olan seçim ve kararlar daha karmaşık hale geldikçe, sağlık okuryazarlığını geliştirmek daha kritik bir hale gelmektedir (CDC, 2009: 1). Başka bir ifadeyle, modern sağlık sisteminde hiz-

metten yararlanmak isteyen hastalar karmaşık olan sağlık sistemi içinde süreçlerle ilgili bilgi ve tedavi konusunda zorluklarla karşı karşıya kaldığından, sağlık okuryazarlığının önemi gittikçe artmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının 2024-2028 stratejik plan amaçlarından biri sağlıklı yaşamı teşvik ederek sağlıklı yaşam bilincinin ve alışkanlıkların kazanılmasını sağlamaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için öngörülen hedefler arasında, “ulusal sağlık okuryazarlık düzeyini yükselterek bireyin sorumluluğunu geliştirmek” yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2024: 8-9).

Sağlık okuryazarlığının nasıl tanımlanacağını ve kavramsallaştırılabileceğini tespit etmek amacıyla Sorenson vd., 2012 yılında bir literatür çalışması yapmışlardır. Belirli kriterlere uygun (gelişmiş ülkelerde İngilizce yazılmış olması gibi) olan toplam 170 yayın tespit edilmiş ve Tablo 1’de yer alan 17 sağlık okuryazarlığı tanımıyla 12 kavramsal model belirlenmiştir (Sorensen, 2012: 1).

Tablo 1: Sağlık Okuryazarlığı Tanımları

WHO (1998)	Bireylerin sağlığı geliştirecek ve sürdüreceği şekilde bilgiyi anlama ve kullanma becerisini ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler
Amerikan Tıp Derneği (1999)	Sağlık hizmetleri çerçevesindeki işlevler için gereken temel okuma ve sayısal görevleri yerine getirme becerisi de dahil olmak üzere beceriler bütünü
Nutbeam (2000)	Sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için bireylerin bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma yeteneğini belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal beceriler.
Tıp Enstitüsü (2004)	“Bireylerin sağlık ile ilgili uygun kararlar almak için gerekli olan temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, kullanma ve anlama kapasitesi
Kickbusch, Wait&Maag (2005)	Evde, toplumda, işyerinde, sağlık hizmetleri sisteminde, piyasa ve siyasi arenada günlük yaşam bağlamında sağlıklı sağlık kararları verebilme yeteneği
Zarcadoolas, Pleasant&Greer (2003,2005,2006)	İnsanların bilinçli seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla sağlık bilgilerini ve kavramlarını aramak, kavramak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdikleri çok kapsamlı beceri ve yeterlilikler
Paasche-Orlow & Wolf (2006)	Bir bireyin sağlıkla ilgili kararlar almak için gerekli becerilere sahip olması
European Union (2007)	Doğru kararlar vermek için sağlık bilgilerini okuma, seçme ve anlama yeteneği
Pavlekovic (2008)	Temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, yorumlama ve anlama kapasitesi ve bu bilgileri sağlığı geliştirmek için kullanma yeterliliği
Rootman & Gordon-Elbhibety (2008)	Yaşam boyunca farklı ortamlarda sağlığı geliştirmek, sürdürmek ve iyileştirmek için bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve iletişim kurma becerisi
Ishikawa & Yano (2008)	Sağlık hizmetleri sistemi ile etkileşimlerle ilgili bilgi, beceri ve yetenekler
Mancuso (2008)	Kişinin yaşamı boyunca iletişim, anlama, kapasite özelliklerini kapsayan ve geliştirilen bir süreç
Avustralya İstatistik Bürosu (2008)	Uyusturucu ve alkol, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, güvenlik ve kazaların önlenmesi, ilk yardım, acil durumlar ve sağlıklı kalma gibi sağlık konularıyla ilgili bilgileri anlamak ve kullanmak için gereken bilgi ve beceriler
Yost v.d. (2009)	Bireylerin sağlıkla ilgili doğru kararlar vermek için aritmetik işlemler uygulama, grafiksel formatta sunulan bilgileri anlama, yorumlama, sağlıkla ilgili basılı materyalleri okuma ve kavrama derecesi
Adams v.d. (2009)	Yazılı, sözlü veya dijital formdaki sağlık bilgilerinin anlamını ve bunun insanları sağlıkla ilgili eylemleri benimsemeye veya göz ardı etmeye nasıl motive ettiğini anlama ve yorumlama yeteneği
Adkins v.d. (2009)	Sağlıkla ilgili hedeflere ulaşmak için çeşitli becerileri kullanarak farklı iletişim türlerinden anlam çıkarma yeteneği
Freedman v.d. (2009)	Bireylerin ve grupların topluma fayda sağlayacak halk sağlığı kararları vermek için gerekli bilgileri elde etme, anlama, değerlendirme ve bunlara göre hareket etme derecesi

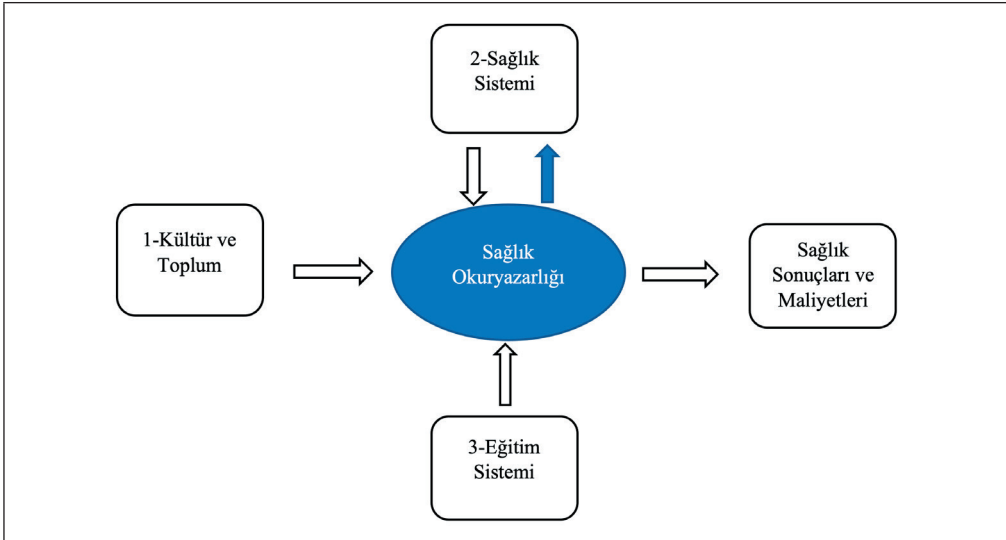
Kaynak: Sorenson vd. (2012), Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health*, 12(80), 1-13, s. 4

Bu tanımlamalardan sonra Sorensen (2012), sağlık okuryazarlığını “genel olarak sağlık okuryazarlığı, okuryazarlık ile bağlantılıdır ve insanların, hayatları boyunca yaşam kalitesini sürdürmek veya iyileştirmek için sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili günlük yaşamda yargıda bulunmak ve kararlar almak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterlilikleridir” şeklinde ifade etmiştir (Sorensen, 2012: 3).

2.2. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Önemi

Genel olarak ifade edilirse, bireylerin sağlık okuryazarlığını eğitim sistemi, sağlık sistemi, kültürel ve sosyal faktörler etkilemekte ve bu faktörlerle birlikte sağlık okuryazarlığı nihai olarak sağlık çıktıları ve maliyetlerini belirlemektedir (Nielsen-Bohlman vd., 2004: 34).

Şekil 1: Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları



Kaynak: Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy (2004), Health literacy: A prescription to end confusion, Lynn Nielsen-Bohlman, Allison M. Panzer, David A. Kindig (Eds.), Washington D.C.: The National Academies Press, s.5

Bireylerin iyi sağlık hallerini sürdürebilmeleri, kendileri ve aileleri için zamanında ve doğru karar verebilmeleri için sağlık okuryazarlığı ön plana çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, sağlığın geliştirilmesi ve teşviki için de önem arz etmektedir. Sağlık hizmeti almak için başvuran kişilerin sağlık sorunları ve verilen hizmetle ilgili bilgi edinmeleri, haklarını bilmeleri ve sağlıkla ilgili karar verebilmeleri gibi farklı sorumlulukları vardır. Diğer bir ifade ile hastalar bilgiyi değerlendirme, ilaç dozlarını hesaplayabilme, test sonuçlarını anlayıp yorumlayabilme, tedavi ve tanı sürecindeki karmaşık bilgilerle karşı karşıya kalmaktadır. Böyle bir durumda kişilerin en azından temel sağlık bilgisine sahip olması, hem kendi yaşantısını hem de toplumdaki bireylerin yaşantısını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Burada ise sağlık okuryazarlığı devreye girmektedir. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Yapılan birçok araştırma göstermektedir ki, yetersiz sağlık okuryazarlığı gereksiz doktora gitmeye, hastaneye yatış sayısının artmasına, tanı ve tedavi süreçlerinin olumsuz etkilenmesine, yanlış ilaç kullanımına, sağlıksız yaşama, gereksiz acil servis kullanımına, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılmasına, maliyetlerin ve sağlık harcamalarının artmasına neden olabilmektedir (Sorensen vd., 2012; Baker, 2006; Gazmararian vd., 1999; Howard vd., 2005).

Sağlık okuryazarlığının öneminin artmasını, özetle ifade edilecek olursa dört maddede toplamak mümkündür (Kickbusch, 2008: 205):

- Sağlık okuryazarlığı, bireyler için vazgeçilmez bir yaşam becerisi haline gelmekte,
- Sağlık okuryazarlığı, halk sağlığının zorunluluğu haline gelmekte,
- Sağlık okuryazarlığı, sosyal sermayenin önemli bir parçası olmakta,
- Sağlık okuryazarlığı, kritik bir ekonomik konu olmaya başlamaktadır.

2.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri

Toplum sağlığının geliştirilmesi açısından her geçen gün önemi artan sağlık okuryazarlığının doğru tespit edilmesi ve ölçülmesi önem arz etmektedir. Sağlık okuryazarlığını ölçmek için zaman içerisinde farklı yöntemler uygulanmaya başlamış ve sayısı artmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar ve kullanılan bazı araçlar Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2: Sağlık Okuryazarlığının Ölçüm Araçları

Ölçeğin ismi	Açıklama
TOFHLA Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi (YISOT) /The Test of Functional Health Literacy in Adults	Dili İngilizce, İspanyolca ve Türkçedir. Parker vd. tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Değerlendirmesi iki aşamadan oluşmakta olup 50 maddelik okuma anlama ve 17 maddelik sayısal öğeden oluşmaktadır. Okuryazarlık düzeyi yetersiz (0-59), marjinal (60-74), yeterli (75-100) sağlık okuryazarlığı şeklinde üç kategoriye ayrılmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2014 yılında Üçünar ve Piyal tarafından yapılmıştır
S-TOFHLA Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Test/The Short of Functional Health Literacy in Adults	Dili İngilizce ve İspanyolcadır. Parker vd. tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. TOFHLA uzun süren bir ölçme aracı olduğu için kısa versiyonu olarak geliştirilmiştir. TOFHLA testinin iki pasaja indirgenmiş versiyonundan oluşmaktadır ve okuma anlama düzeyini ölçen bir testtir. Okuryazarlık düzeyi yetersiz (0-59), marjinal (60-74), yeterli (75-100) sağlık okuryazarlığı şeklinde üç kategoriye ayrılmaktadır. Türkçe versiyonu yoktur.
REALM Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü/The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine	Dili İngilizce ve Türkçedir. Davis vd. tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir. Kişilerin kelime tanıma ve telaffuz becerilerini test etmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, doğru telaffuz edilen kelime sayısına göre 0-44 arası kelime telaffuz eden yetersiz, 45-60 kelime telaffuz eden düşük, 61-66 arası kelime telaffuz eden yeterli sağlık okuryazarı olarak kabul edilmektedir. 2010 yılında Özdemir vd. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.
MART Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi/The Medical Terminology Achievement Test	Dili İngilizcedir. Hanson-Divers tarafından 1997 yılında geliştirilmiş sesli okuma testidir. Diğer testlerden farklı olarak, hastalardan kelimeleri neden okuyamadıkları konusunda açıklama yapmaları istenmektedir.
WRAT-R Geniş Kapsamlı Başarı Testi/Wide Range Achievement Test-Revised	Dili İngilizcedir. Dewalt vd. tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Test, sözcükleri okuma ve telaffuz etme ile ilgilidir, anlamak önemli değildir. 5-75 yaş aralığında kullanılabilir. Puanlama ve değerlendirmede aynı yaş grupları karşılaştırılmaktadır.
HALS Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği/Health Activities Literacy Scale	Dili İngilizcedir. 2004 yılında Rudd vd. tarafından geliştirilmiştir. Ölçek beş bölümden oluşmakta olup; sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık hizmetinin sürdürülmesi ve sistem yöntemlerini kapsar. Testte düzyazı, sayısal ve belge maddeleri ile ilgili sorular vardır.
NVS Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği/Newest Vital Sing	Dili İngilizce, İspanyolca, Türkçedir. 2005 yılında Weiss vd. tarafından geliştirilmiştir. Test yazılı formatı olmayan sözel bir ölçüm şeklidir. Doğru verilen her bir cevap için bir puan verilmekte ve toplam puan ile kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyi belirlenmektedir. Doğru yanıt sayısı 0-1 yetersiz, 2-3 düşük, 4-6 yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı olarak kabul edilmektedir. Özdemir vd. tarafından 2010 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.
SILS Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması/Single Item Literacy Screen	Dili İngilizcedir. Morris vd. tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Tek bir maddeden oluşur. Soru "Doktorunuz veya eczaneden verilen sağlık talimatlarını, broşürleri veya yazılı materyalleri okumak için hangi sıklıkla yardım alırsınız?" şeklindedir. Tek maddelik bu test beceriyi değil, ihtiyacı ölçmektedir.
HLS-EU Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği/Instrument for Assessment of Health Literacy	Dili İngilizce ve Türkçedir. 2012 yılında Sorenson vd. tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 47 sorudan oluşmaktadır. Kavramsal çerçeve hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık hizmet sunumu şeklinde üç boyut ve ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama olmak üzere dört süreçten oluşmaktadır. (0-25) puan yetersiz, (>25-33) sorunu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42) yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50) mükemmel sağlık okuryazarlığı şeklinde kategorilendirilir. Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Çimen ve Bayık Temel (2015) tarafından yapılmıştır.
ASOY-TR Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması	Dili Türkçedir. 2016 yılında Abacıgil, Harlak ve Okyay tarafından geliştirilmiştir. 15 yaş üstü kişilerin SOY'u değerlendirmesi için geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili; tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini içermektedir. (0-25) puan yetersiz, (>25-33) sorunu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42) yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50) mükemmel sağlık okuryazarlığı şeklinde dört kategoride değerlendirilmiştir.
TSOY- 32 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32	Dili Türkçedir. 2016 yılında Okyay, Abacıgil, Harlak tarafından geliştirilmiştir. İki temel boyut alınarak 2x4'lük matris olarak yapılandırılmıştır. Tedavi ve hizmet, hatalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi şeklinde iki boyuttan ve sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama değerlendirme, kullanma şeklinde dört süreçten oluşmaktadır.
SOY-SEN sağlık okuryazarlığı senaryo ölçeği	Dili Türkçedir. 2016 yılında Abacıgil, Harlak ve Okyay tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek 4 senaryodan oluşmaktadır. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmayı, bilgiyi anlamayı, bilgiyi değerlendirmeyi ve bilgiyi kullanma konularını içermektedir.

3. Literatür Taraması

İlk defa 1974’de ortaya atılan sağlık okuryazarlığı kavramı yaygın olarak 2000’li yılların başından itibaren kullanılmaya başlanmıştır. Batılı ülkelerde ortaya çıkan ve gelişmişlik düzeyinin göstergelerinden biri olarak kabul edilen bu kavramla ilgili yapılan çalışmaların sayısı da, doğal olarak yabancı literatürde daha fazladır. Ancak, özellikle son on yılda kavramın kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte, yerli literatürde de önemli sayıda çalışma ortaya çıkmaya başlamıştır.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yabancı literatürde yer alan ilk çalışmalardan biri Williams vd. (1995)’nin çalışmasıdır. Çalışmanın yazarları, yetişkinlerde fonksiyonel sağlık okuryazarlık testi (TOHFLA) ile 2659 hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, hastaların büyük bir kısmının en temel yazılı tıbbi talimatları okuyup anlayamadıklarını bulmuşlardır. Çalışmaya katılan 2659 hastanın 1106’sının (%41,6) aç karnına ilaç almaları gerektiğini, 691’inin (%26) bir sonraki randevu tarihini, 1582’sinin (%59,5) ise onam yazısının içeriğine ilişkin bilgileri anlayamadığını tespit etmişlerdir. Yabancı literatürde yer alan diğer çalışmalar şu şekilde özetlenebilir:

Friedland & O’Neill (1998), Ulusal Yetişkin Okuryazarlık Anketini kullanarak ABD’de nüfusun sağlık okuryazarlığını ve sağlık okuryazarlığının maliyetlerini tahmin etmişlerdir. Çalışmanın bulgularına göre; yetersiz sağlık okuryazarlığından (Düzey 1) kaynaklanan ilave sağlık kaynakları 1996 yılı rakamlarıyla yaklaşık 29 milyar dolardır. 1998 yılında bu rakamların 30 milyar doların üstüne çıkacağını bulmuşlardır. Bunun yanında, sınırlı sağlık okuryazarlığından (Düzey 2) kaynaklanan ilave maliyetlerin 1996 yılı rakamlarıyla 69 milyar dolar düzeyinde olduğunu, 1998 yılında bu rakamların 73 milyar doları aşacağını tespit etmişlerdir. Ayrıca, yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlık için ayrılan kaynakların %3,2 ile %7,6’sını oluşturan kısmının gereksiz kullanımına neden olacağı yönünde bir sonuca ulaşılmıştır.

Chew vd. (2004), 332 hastanın okuma becerilerini Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (STOFHLA) kullanarak test etmişlerdir. Çalışmanın yazarları, yetersiz sağlık okuryazarlığının ameliyatlarda olumsuz bir etkiye sahip olduğunu vurgulamaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığı, 65 yaşın altındakilere göre yaşlı yetişkinlerde yani 65 yaş üstünde daha fazla görülmüş ve bu kişiler ameliyat öncesi ilaç talimatlarına daha düşük uyum göstermişlerdir.

Weiss & Palmer (2004), Medicaid sağlık sigortası kapsamında tıbbi ihtiyacı olan ve yoksul olan kişiler üzerinde, İngilizce veya İspanyolca olarak okuryazarlık düzeylerini test etmiş ve yıllık sağlık tedavi ücretlerini ölçmüşlerdir. Çalışmanın sonucunda, çok sınırlı okuma becerilerinin, tıbbi olarak muhtaç ve tıbbi olarak muhtaç Medicaid hastaları arasında daha yüksek sağlık bakım ücretleri ile bağımsız olarak ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Howard vd. (2005), Medicare sistemine kayıtlı dört farklı eyalette 3260 kişi üzerinde yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları üzerindeki etkisini ele almıştır. 3260 kişi arasında, yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip 800 marjinal sağlık okuryazarlığına sahip 366 ve yeterli sağlık okuryazarlığına sahip 2094 kişi bulunmaktadır. Çalışmada, yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığının kısa testi (S-TOFHLA) ile sağlık okuryazarlık düzeyi ölçülmüştür. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olan kişiler daha yüksek tıbbi maliyetlere neden olmakta ve verimsiz bir hizmet karışımı kullanmaktadır.

Pelikan vd. tarafından 2011 yılında yapılan ve Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan olmak üzere sekiz Avrupa ülkesinde 8000 kişiye uygulanan geniş çaplı Avrupa Sağlık Okuryazarlık Araştırmasında (HLS-EU) sağlık okuryazarlık düzeyi incelenmiştir. Bu ülkeler sağlık okuryazarlığından aldıkları puanlara göre yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi düzeyde olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Bu sekiz ülke arasında yetersiz puan alanların oranı %2 ile %27 arasında değişim göstermiştir. Bu yapılan çalışmaya göre, 10 katılımcıdan en az biri yetersiz sağlık okuryazarlığına sahiptir.

Rasu vd. (2015), “Sağlık Okuryazarlığının Ulusal Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Harcamaları Üzerindeki Etkisi” adlı çalışmasında, 22599 kişi için 2005-2008 yılları arasında sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık harcamaları ilişkisine yönelik olarak ulusal temsili tahminler için Tıbbi Harcama Panel Araştırması (MEPS) kullanmış, sağlık okuryazarlık puanlarını ise Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi (NAAL) ile hesaplamıştır. NAAL anketi kullanılarak yapılan çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlığından kaynaklanan yıllık maliyet 215.1 milyar dolar olarak tahmin edilmiştir.

Konuyla ilgili yerli literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında ise, çalışmaların son yıllarda yoğunlaştığını söylemek mümkündür. Yapılan çalışmalarla ilgili özet olarak şu şekilde bilgiler verilebilir: Türkiye’de 2016 yılında Sağlık Bakanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi işbirliği ile 15 yaş üzerindeki 505 katılımcı ile Aydın’da yapılan çalışmada, Avrupa sağlık okuryazarlık ölçeğinin Türkçeye uyarlanmış şekli olan ASOY-TR (47 maddelik) anketi kullanılmıştır. Yapılan çalışmada, genel sağlık okuryazarlığı ortalama puanı 32,8 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %13,1’nin genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz, %39,6’sının sınırlı, %32,8’nin yeterli ve %14,5’nin mükemmel düzeyde olduğu bulunmuştur.

Berberoğlu vd. (2018)’nin yapmış oldukları çalışmada, Uşak Merkez Dikilitaş Aile Sağlığı Merkezine başvuranların sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla 18-65 yaş arası 605 katılımcıya Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32 (TSOY-32) uygulanmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda, genel sağlık okuryazarlığı indeksi 24,9 olarak hesaplanmıştır.

Gözlü & Kaya’nın (2020) çalışmalarında ise, Çankaya’da ikamet eden, aynı ilçedeki Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş üzeri 500 hastanın sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek için sağlık okuryazarlığı anketi kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, hastaların genel sağlık okuryazarlığı indeksi ortalama 30,25 olarak hesaplanmıştır.

4. Gereç ve Yöntem

Bu başlık altında, önce çalışmanın amacı, evreni ve örnekleme hakkında bilgi verilecektir. Ardından araştırmanın temel hipotezleri ortaya konulacak, veri toplama araçlarından bahsedildikten sonra da verilerin analizi yapılacaktır.

4.1. Araştırmanın Amacı

Bireylerin sağlık durumlarını tanıyabilmeleri, kendileri için doğru karar alabilmeleri ve sağlıkla ilgili sorunları olduğunda semptomları belirleyebilmesinde sağlık okuryazarlığı önemlidir. Toplumların sağlık okuryazarlığının artması, sağlık hizmetinin etkinliğinin ve kalitesinin artmasında önemli bir role sahip olmaktadır. Bu araştırmanın amacı, Zonguldak ilinde 18-65 yaş aralığındaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini saptamak ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

TÜİK'ten alınan nüfus verilerine göre Zonguldak ilinde yaşayan kişi sayısı 460.973'tür. Anket, normal dağılımın sağlanması için Zonguldak ilinde halka açık, merkezi alanlarda ve izin alınacak kurumlarda ankete katılmayı tercih eden bireyler ile gerçekleştirilmiştir. Evrenin belli olduğu durumlarda %5 hata, %95 güvenlik düzeyi esas alındığında örneklem 384 kişi çıkmaktadır. Çalışmanın evrenini Zonguldak ilinde ikamet eden son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti alan 18 yaş üzeri kişiler oluşturmaktadır. Türkçe konuşamayanlar, sağlık sorunu nedeniyle formu dolduramayanlar, okuryazar olmayanlar bu çalışmaya dahil edilmemiş ve toplam 414 kişinin anketi değerlendirmeye alınmıştır.

4.3. Araştırmanın Hipotezleri

H0a: Cinsiyete göre TSOY-32 endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H0b: Cinsiyete göre tedavi ve hizmet boyutu endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H0c: Cinsiyete göre hastalıklardan korunma endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H0d: Yaşa göre TSOY-32 endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H0e: Yaşa göre tedavi ve hizmet boyutu endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H0f: Yaşa göre hastalıklardan korunma endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H0g: Eğitime göre TSOY-32 endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H0h: Eğitime göre tedavi ve hizmet boyutu endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H0i: Eğitime göre hastalıklardan korunma boyutu endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

4.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Birinci bölümde sosyo-demografik değişkenler, ikinci bölümde Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) yer almaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak yüz yüze ve on-line anket yöntemi kullanılmıştır. TSOY-32, Okyay vd. tarafından güvenilirlik ve geçerliliği değerlendirilmiş, HLS-EU çalışması kavramsal çerçevesinden geliştirilen 32 maddelik sağlık okuryazarlık ölçeğidir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili iki temel boyut ile (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma) olmak üzere sekiz bileşenden oluşmaktadır. TSOY-32'nin 2x4'lük bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları Tablo 3'de verilmektedir (Okyay & Abacıgil, 2016: 43-44).

Tablo 3: TSOY-32'nin 2x4'lük Matris Bileşenleri ve Bu Bileşenlere Denk Gelen Madde Numaraları

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma
Tedavi ve hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

TSOY-32 ölçeğinin değerlendirilmesinde, indeksler 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

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

4.5. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinden önce veriler normallik testine tabi tutulmuştur. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığına çarpıklık basıklık katsayılarına bakılarak karar verilmiştir. Bütün boyutlarda veriler normal dağılım göstermiştir. Demografik değişkenlere göre yapılan karşılaştırmalarda ikili gruplarda t testi, ikiden fazla gruplarda Varyans Analizi (ANOVA) kullanıştır. Yapılan çalışmada ölçeğin güvenilirliği Cronbach Alfa ile incelenmiştir.

Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak saptanmıştır. İki boyut ayrı ayrı ele alındığında birinci boyut olan 'tedavi ve hizmet' alt boyutunun Cronbach Alfa katsayısı 0,875'dir. İkinci boyut olan 'hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi' boyutunun Cronbach Alfa katsayısı 0,893'tür.

5. Bulgular

Araştırmaya katılan toplam 414 kişinin %53'ü kadın, %47'si erkektir. Katılımcıların %33,8'i 18-30 yaş, %31,6'sı 31-40 yaş, %23,7'si 41-50 yaş, %9,9'u 51-60 yaş ve %1'i 60 ve üzeri yaş aralığındadır. Araştırmaya katılanların %58'i evli, %42'si bekâr; %6'sı ilkökul/ortaokul, %21'i lise, %17'si ön lisans, %39'u lisans ve %17'si yüksek lisans/doktora eğitim durumuna sahiptir. Belirtilen bu değerler Tablo 4'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 4: Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri (N=414)

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	219	53
Erkek	195	47
Yaş Grupları		
18-30	140	33,80
31-40	131	31,60
41-50	98	23,70
51-60	41	9,90
60 ve üzeri	4	1
Medeni Durum		
Evli	239	58
Bekar	175	42
Eğitim Durumu		
İlkokul-ortaokul	25	6
Lise	89	21
Önlisans	70	17
Lisans	161	39
Lisansüstü	69	17

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinden önce normal dağılıma uygunluk değerlendirilmiş ve Tablo 5’deki sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 5: Normallik Test Sonuçları

	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık
TSOY-32 Genel	2,52	0,846	0,253	-0,618
Tedavi ve Hizmet	2,66	0,861	-0,117	-0,650
Hastalıklardan Korunma	2,35	0,921	0,196	-0,780

Çalışmada kullanılan anketin çarpıklık ve basıklık değerleri -1 ile +1 arasında yer almaktadır. Bu sonuca göre anketin normal dağılıma sahip olduğu kabul edilmektedir.

Toplanan anket formları aracılığıyla elde edilen veriler SPSS 24.0 (Statistical Packages for the Social Sciences) istatistik paket programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan yararlanılmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri hesaplanmıştır. TSOY-32 ölçeğinin değerlendirilmesinde; indeksler 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

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

TSOY-32 çalışmasındaki gibi elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır. Sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı,

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

(>33-42) puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı,

(>42-50) puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (Okuyay & Abacıgil, 2016: 46).

TSOY-32 ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmede genel sağlık okuryazarlık puanı 33,5 olarak bulunmuştur. Tablo 6’da ayrıntılı olarak görüldüğü gibi, “tedavi ve hizmet” boyutunun genel puanı ölçeğin genel puanından yüksek iken, “hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyutunun genel puanı ölçeğin genel puanından düşüktür. “Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puanı en yüksek, “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” puanı en düşüktür.

Tablo 6: TSOY-32 Ölçeği İndeks Puanlarının Ortalama Değerleri

Boyut	Değer
Genel	33,51
Tedavi ve hizmet boyutu	34,84
Bilgiye ulaşma	36,62
Bilgiyi anlama	35,44
Bilgiyi değerlendirme	30,81
Bilgiyi kullanma	36,37
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	32,14
Bilgiye ulaşma	34,48
Bilgiyi anlama	34,34
Bilgiyi değerlendirme	31,025
Bilgiyi kullanma	28,58
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	35,55
Sağlıkla bilgiyi anlama	34,89
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	30,92
Sağlıkla bilgiyi kullanma	32,48

Matris bileşenlerinde SOY kategorilerinin sıklık dağılımı ise Tablo 7’de yer almaktadır.

Genelde, çalışma grubunun % 14,73’ü mükemmel sağlık okuryazarlığına, %30,92’si yeterli, %45,89’u sorunlu, %8,45’i yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir. TSOY-32 frekans dağılımı ise Tablo 8’de gösterilmektedir.

Tablo 7: Matris Bileşenlerinde SOY Kategorilerinin Sıklık Dağılımı

Boyut	Sağlık Okuryazarlığı Sıklığı (%)			
	Yetersiz	Sorunlu	Yeterli	Mükemmel
Genel	8,45	45,89	30,92	14,73
Tedavi hizmet	8,70	33,33	40,82	17,15
Bilgiye ulaşma	11,59	11,11	53,86	23,43
Bilgiye anlama	12,56	14,25	54,35	18,84
Bilgiyi değerlendirme	34,78	15,22	39,86	10,14
Bilgiye kullanma	14,01	12,08	51,21	22,71
Hastalıklardan korunma	18,60	39,86	29,23	12,32
Bilgiye ulaşma	15,70	15,94	50,97	17,39
Bilgiye anlama	16,18	20,53	44,44	18,84
Bilgiyi değerlendirme	33,57	17,15	37,92	11,35
Bilgiye kullanma	47,58	13,29	30,43	8,70
Sağlık ile ilgili bilgiye ulaşma	8,94	23,19	47,10	20,77
Sağlık ile ilgili bilgiye anlama	10,87	28,26	42,51	18,36
Sağlık ile ilgili bilgiyi değerlendirme	29,71	28,26	31,64	10,39
Sağlık ile ilgili bilgiye kullanma	18,36	34,06	36,47	11,11

Tablo 8: TSOY-32 Frekans Dağılımı

		Yetersiz (%)		Sorunlu (%)		Yeterli (%)		Mükemmel (%)		Toplam (%)	
Cinsiyet	Kadın	18	9,23	90	46,15	59	30,26	28	14,36	195	47,1
	Erkek	17	7,76	100	45,66	69	31,51	33	15,07	219	52,9
Yaş	18-30	11	7,9	57	40,7	44	31,4	28	20,0	140	33,8
	31-40	9	6,9	57	43,5	47	35,9	18	13,7	131	31,6
	41-50	6	6,1	51	52,0	30	30,6	11	11,2	98	23,7
	51-60	7	17,1	24	58,5	6	14,6	4	9,8	41	9,9
	60 ve üzeri	2	50,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	4	1,0

Katılımcıların sağlık okuryazarlık boyutları ile ilgili değerlendirmelerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 9’da sunulmuştur. Buna göre, sağlık okuryazarlığı endeks ortalamaları kadınlarda 2,54 ve erkeklerde ise 2,50 olarak bulunmuştur. Bağımsız örneklem t testine göre p değeri 0,620 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan p değeri 0,05’den büyük olduğu için “cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur” hipotezi reddedilemez. Bu sonuca göre sağlık okuryazarlığı endeks ortalamaları kadın ve erkeklerde farklılık göstermemektedir. Tedavi ve hizmet endeks ortalamaları kadınlarda 2,68 ve erkeklerde ise 2,64 olarak bulunmuştur. Bağımsız örneklem t testine göre p değeri 0,605 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan p değeri 0,05’den büyük olduğu için “cinsiyete göre

tedavi ve hizmet endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur” hipotezi reddedilemez. Bu sonuca göre tedavi ve hizmet endeks ortalamaları kadın ve erkeklerde farklılık göstermemektedir.

Tablo 9: Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Boyutları ile İlgili Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

	n		Ortalama		t	P
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek		
TSOY-32	219	195	2,54	2,50	0,49649	0,620
Tedavi ve Hizmet	219	195	2,68	2,64	0,517	0,605
Hastalıklardan Korunma	219	195	2,37	2,33	0,402316	0,688

Hastalıklardan korunma endeks ortalamaları kadınlarda 2,37 ve erkeklerde ise 2,33 olarak bulunmuştur. Bağımsız örneklem t testine göre p değeri 0,688 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan p değeri 0,05’den büyük olduğu için “cinsiyete göre hastalıklardan korunma endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur” hipotezi reddedilemez. Bu durumda hastalıklardan korunma endeks ortalamaları kadın ve erkeklerde farklılık göstermemektedir.

Tablo 10: Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Boyutları ile ilgili Değerlendirmelerinin Yaşa Göre Dağılımı

	Yaş Aralığı	n	Ortalama	F	p	Benforini
TSOY32	18-30	140	2,64	3,495	0,008*	18-30 / 51-60, p= 0,019 31-40 / 51-60, p= 0,087
	31-40	131	2,56			
	41-50	98	2,47			
	51-60	41	2,17			
	61 ve üzeri	4	1,75			
Tedavi ve Hizmet	18-30	140	2,73	3,537	0,007*	18-30 / 51-60, p= 0,014 31-40 / 51-60, p= 0,014 41-50 / 51-60, p= 0,057
	31-40	131	2,73			
	41-50	98	2,68			
	51-60	41	2,24			
	61 ve üzeri	4	2,00			
Hastalıklardan korunma	18-30	140	2,46	2,533	0,04**	18-30 / 51-60, p= 0,045
	31-40	131	2,38			
	41-50	98	2,33			
	51-60	41	2,00			
	61 ve üzeri	4	1,75			

*0,01 düzeyinde anlamlı

**0,05 düzeyinde anlamlı

H0d: Yaşa göre TSOY-32 endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H0e: Yaşa göre tedavi ve hizmet boyutu endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H0f: Yaşa göre hastalıklardan korunma endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalamaları 18-30 yaş aralığında 2,64; 31-40 yaş aralığında 2,56; 41-50 yaş aralığında 2,47; 51-60 yaş aralığında 2,17; 61 ve üzerinde ise 1,75 olarak hesaplanmıştır. Tek yönlü varyans analizine göre p değeri 0,008 olarak bulunmuştur. Hesaplanan p değeri 0,05'den küçük olduğu için "yaşa göre sağlık okuryazarlığı endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur" hipotezi reddedilir. Buna göre en az bir grubun sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Örneklemelerin birbirine eşit olmaması ve Levene testine göre ($p=0,146$) varyansların homojen olmasından dolayı gruplar arasındaki farklılığın tespiti için Bonferroni testi uygulanmıştır. Bu analize göre 51-60 yaş aralığı ile 18-30 ($p=0,019$) ve 31-40 ($p=0,087$) yaş aralığındakilerin sağlık okuryazarlığı ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı, geneli ve alt boyutlarıyla birlikte belirlenen yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir.

Tablo 11: Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Boyutları ile İlgili Değerlendirmelerinin Eğitime Göre Dağılımı

	Eğitim Durumu	n	Ortalama	F	p	Benforini
TSOY32	İlköğretim	25	2,08	2,164	0,072***	İlköğretim / Lisans, $p=0,076$ İlköğretim / Lisansüstü, $p=0,074$
	Lise	89	2,46			
	Ön Lisans	70	2,56			
	Lisans	161	2,57			
	Lisansüstü	69	2,61			
Tedavi ve Hizmet	İlköğretim	25	2,12	3,708	0,006*	İlköğretim / Lise, $p=0,085$ İlköğretim / Lisans, $p=0,012$ İlköğretim / Lisansüstü, $p=0,002$
	Lise	89	2,63			
	Ön Lisans	70	2,60			
	Lisans	161	2,71			
	Lisansüstü	69	2,86			
Hastalıklardan korunma	İlköğretim	25	2,08	0,614	0,653	
	Lise	89	2,36			
	Ön Lisans	70	2,37			
	Lisans	161	2,36			
	Lisansüstü	69	2,41			

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı endeks ortalamaları ilköğretimde 2,08, lisede 2,46, ön lisansta 2,56, lisansta 2,57 ve lisansüstünde ise 2,61 olarak hesaplanmıştır. Tek yönlü varyans analizine göre p değeri 0,072 olarak bulunmuştur. Hesaplanan p değeri 0,10'dan küçük olduğu için "eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur" hipotezi reddedilir. Buna göre, en az bir grubun sağlık okuryazarlığı endeks ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Örneklemelerin birbirine eşit olmaması ve Levene testine göre ($p=0,323$) varyansların homojen olmasından dolayı gruplar arasındaki farklılığın tespiti için Bonferroni testi uygulanmıştır. Bu analize göre, ilköğretim ile lisans ($p=0,076$) ve lisansüstü ($p=0,085$) yaş aralığındakilerin sağlık okuryazarlığı endeks ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

6. Tartışma ve Sonuç

Günümüzde, bireylerin sağlıklı yaşam sürdürebilmeleri için kendileri hakkında sağlık kararlarını verebilme, sağlık ile ilgili bilgileri anlayabilme, uygulayabilme ve yorum yapabilme yeteneği şeklinde tanımlanan sağlık okuryazarlığına verilen önem artmaktadır. Zonguldak ilinde ikamet eden bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışmada, saha araştırmasından yararlanılmıştır. Zonguldak'ta ikamet eden 414 kişiye Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği 32 (TSOY-32) ve demografik bilgiler anket formu uygulanmıştır. Demografik değişkenlere göre yapılan karşılaştırmalarda ikili gruplar için t testi, ikiden fazla gruplar için ANOVA testi kullanılmıştır.

Anket sonuçlarına göre, TSOY-32 ile elde edilen sağlık okuryazarlık düzeyine bakıldığında %8,45'inin yetersiz, %45,89'unun sorunlu-sınırlı, %30,92'sinin yeterli, %14,73'ünün mükemmel kategorisinde olduğu görülmektedir. Yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyleri birlikte ele alındığında, %54,34'ünün bu iki kategoriye de kapsayacak şekilde kısıtlı sağlık okuryazarlık düzeyinde olması, Zonguldak ilinde halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Ayrıca, tedavi ve hizmet boyutunun puan ortalaması (34,84), hastalıklardan korunma boyutu (32,14)'ndan daha yüksektir. Cinsiyet ile sağlık okuryazarlık ilişkisine bakıldığında, erkeklerin %9,23'ü yetersiz okuryazarlık seviyesinde iken, kadınların %7,76'sı yetersiz okuryazarlık düzeyindedir. Dolayısıyla, cinsiyet açısından okuryazarlık düzeyinde anlamlı bir farklılık yoktur. Türkiye özelinde TSOY-32 ölçeğini geliştiren Okyay & Abacıgil (2016) ise, sağlık okuryazarlık düzeyini %27,2 yetersiz, %42,2 sorunlu-sınırlı, %24,8 yeterli ve %5,8 mükemmel olarak bulmuştur. Bu bağlamda, çalışmamız sorunlu ve yeterli düzeydeki sağlık okuryazarlığı seviyesi açısından bu çalışmayla benzerlik göstermekte iken, yetersiz ve mükemmel sağlık okuryazarlık seviyesi açısından farklılaşmaktadır.

Çalışmanın sonuçları literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında örneğin, Ergün (2017) çalışmasında sağlık okuryazarlık düzeyini %25,9 yetersiz, %34,0 sorunlu-sınırlı, %27,0 yeterli, %13,1 mükemmel olarak bulmuştur. Özkan vd. (2018) çalışmalarında sağlık okuryazarlık düzeyini %30,9 yetersiz, %38,08 sorunlu-sınırlı, %23,4 yeterli, %7,7 mükemmel olarak bulmuşlardır. Güven vd. (2018)'nin sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerine yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların %6,7'sinin yetersiz, %37,7'sinin sorunlu-sınırlı, %38,0'ının yeterli, %17,7'sinin mükemmel sağlık okuryazarlık seviyesinde oldukları saptanmıştır. Bayazit & Sümer'in Sivas Cumhuriyet Üniversitesi öğrencileri örneklemini üzerine yaptıkları çalışmalarında sağlık okuryazarlık düzeyini %7,9 yetersiz, %31,2 sorunlu-sınırlı, %41,8 yeterli, %19,1 mükemmel olarak bulmuşlardır. Bakan & Yıldız (2019) çalışmalarında örneklemin sağlık

okuryazarlık düzeyinin %55,4'ünün yetersiz, %22,4'ünün sorunlu-sınırlı, %16,4'ünün yeterli ve %5,8'inin mükemmel olduğunu bulmuşlardır. Ilgaz (2021) bir aile sağlığı merkezine kayıtlı bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesi incelemiş olup %33,8'inin yetersiz, %42,2'sinin sorunlu/sınırlı, %18,4'ünün yeterli ve %5,6'sının mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğunu ifade etmektedir. Akgül & Karaca (2024) ise çalışmalarında ölçeğin sağlık okuryazarlık düzeyinin %7,7'sinin yetersiz, %29,9'unun sorunlu-sınırlı, %38,5'inin yeterli ve %23,9'unun mükemmel olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmalarda olduğu gibi, sağlık okuryazarlık seviyelerinin çalışmalarda birbirinden farklı çıkmasının bazı nedenleri vardır. Bunlardan bir tanesi bazı çalışmalar yalnızca sağlık personellerine uygulandığı için okuryazarlık seviyesi daha yüksek çıkmaktadır. Bazı çalışmaların ise yalnızca belirli bölge veya şehirlerde yapılmış olması sonuçlarda farklılığa neden olmaktadır. Ancak genel sağlık okuryazarlığı seviyesinde çıkan sonuçlar birbirine yakın çıkmaktadır.

Türkiye özelinde TSOY-32 ölçeğini geliştiren Okyay ve Abacıgil (2016) yaptıkları değerlendirmede, genel sağlık okuryazarlık puanını 29,5 olarak bulmuştur. Tedavi ve hizmet boyutunun genel puanı (30,1) ölçeğin genel puanından yüksek, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun genel puanı (29,1) ölçeğin genel boyutundan küçüktür. Bu çalışmayı baz alarak yapmış olduğumuz araştırmada genel sağlık okuryazarlık puanı 33,51 olarak bulunmuştur. Tedavi ve hizmet boyutunun genel puanı (34,84) ölçeğin genel puanından yüksek, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun genel puanı (32,14) ölçeğin genel boyutundan düşüktür. Okyay & Abacıgil (2016) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların 29,1 puan değeri ile “sınırlı sağlık okuryazarlığı” düzeyinde olduğu saptanmışken, bu çalışmada genel okuryazarlık puanının 33,5'le “yeterli sağlık okuryazarlığı” düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Sınırlı sağlık okuryazarlık puan aralığı (>25-33) iken yeterli sağlık okuryazarlık puan aralığı (>33-42) olduğu için Zonguldak ili için yapılan bu çalışmada elde edilen puan değeri 33,5 ile aslında sınırlı sağlık okuryazarlık puan değerine daha yakındır. Boyutlar açısından elde edilen sonuçlar karşılaştırıldığında, bu çalışmanın sonuçlarının Okyay & Abacıgil (2016)'in çalışmalarının sonuçlarıyla ile örtüştüğü görülmektedir.

Günümüzde, sağlık okuryazarlığının hem birey hem de toplum açısından önemi anlaşılmaya başlanmıştır. Sağlık okuryazarlığının düşük düzeyde olması sağlık hizmetlerinin yanlış kullanımı, gereksiz kullanımı, maliyetlerin ve harcamaların artması gibi birçok probleme sebep olmaktadır. Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin artması için sadece bireylere değil sağlık çalışanlarına da sorumluluk yüklemek gerekmektedir. Hastanın sağlık problemi, korku, kaygı, tıp bilgisinin olmaması gibi faktörler göz önünde bulundurularak, anlayabileceği şekilde bilgiler aktarılmalıdır. Toplumdaki eğitim seviyesi düşük ve yüksek olan bütün kesime sağlık bilgisine nasıl erişebileceklerinin, hangi sağlık hizmetlerini kullanmaları (birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak gibi) gerektiğinin, koruyucu sağlık hizmetlerini ne zaman kullanmaları gerektiğinin anlatılması önem arz etmektedir. Sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseltilmesi için kültür ve toplum, eğitim sistemi, sağlık sistemi gibi müdahale alanlarının tümü hedef alınarak, sistemli bir şekilde sağlık okuryazarlığını geliştirme politikalarının belirlenmesi olumlu yönde etki yaratacaktır. Sağlık okuryazarlık kavramının öneminin artırılabilmesi için, sağlık çalışanlarına bu konuda eğitimler verilmeli daha açık bir ifadeyle sağlık işgücü sağlık okuryazarı olmalıdır. Hasta bilgilendirmesi yapılırken hastanın okuyup anlayabileceği yorum yapabileceği şekilde sözlü ve yazılı bilgilendirmelerin yapılması, sağlık okuryazarlığı düzeyini artırarak sağlık harcamaları ve maliyetler üzerinde olumlu etki yaratacaktır. Hasta doktor ileti-

şiminin daha etkili olması ve zamanın verimli bir şekilde kullanılması, hastaların çekinmeden soru sorabilmeleri, hastane içerisinde yer bulmada sorun yaşayanlar için çalışan personelin yardımcı olması sağlık okuryazarlığı düzeyini artıracaktır.

Etik Beyanı

Bu makale araştırma ve yayın etiği ilkelerine uygun biçimde yürütülmüştür.

Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı

Yazarların çalışmadaki katkı oranları eşittir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Çalışma kapsamında herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynakça

- Akgül, G. D., & Karaca, Ö. (2024). Fen bilimleri öğretmenlerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 21(1), 28-47.
- American Medical Association, A. H. C. O. T. C. O. S. A. (1999). Health literacy: Report of the council on scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 281(6), 552-557.
- Bakan, A. B., & Yıldız, M. (2019). 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 33-40.
- Baker, D. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883.
- Bayazit, T., & Sümer, H. (2019). Cumhuriyet üniversitesi lisans öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin araştırılması. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 34-47.
- Berberoğlu, U., Öztürk, O., İnci M. B., & Ekerbiçer, H. Ç. (2018). Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(3), 575-581.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009). Improving health literacy for older adults: Expert panel report 2009. *Atlanta: US Department of Health and Human Services*, 8.
- Chew, L. D., Bradley, K. A., Flum D. R., Cornia B. P., & Koepsell, T. D. (2004). The impact of low health literacy on surgical practice. *The American Journal of Surgery*, 188(3), 250-253.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions: A review of the evidence*. London: Health Foundation.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*, 335(7609), 24-27.
- David, W. B. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*, 21(8), 878-883.
- Davis, T. C., Crouch, M. A., Long, S. W., Jackson, R. H., Bates, P., George, R. B., & Bairnsfather, L. E. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family medicine*, 23(6), 433-435.
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1228-1239.
- Erdağ, Ç. (2015). Sağlığın temel belirleyicisi olarak sağlık okuryazarlığı. İçinde F. Yıldırım & A. Keser (Ed.). *Sağlık okuryazarlığı* (s. 1-14). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

- Ergün, S. (2017). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 6(3), 1-6.
- Eroğlu, N., & Oflaz, N. K. (2017). Türkiye’de yerleşik bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin genel sağlık harcamaları üzerindeki etkisi. *İşletme ve Finans Çalışmaları Dergisi*, 6(2), 44-59.
- Friedland, R., & O’Neill, G. (1998). *Understanding health literacy: New estimates of the costs of inadequate health literacy*. Washington: National Academy on Aging Society.
- Gazmararian, J., Baker, A., Williams, M. V., Parker, R. M., Scott, T. L., Green D. C., Fehrenbach, S. N., Ren, J., & Koplan, J. P. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 281(6), 545-551.
- Gözlü, K., & Kaya, S. (2020). Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi: Çankaya ilçesi örneği. *Ankara Medical Journal*, 20(2), 254-268.
- Güven, D. Y., Bulut, H., & Öztürk, S. (2018). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Journal of History Culture and Art Research*, 7(2), 400-409.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- Hanson-Divers, E. C. (1997). Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: A preliminary study. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 8(1), 56-69.
- Howard, D. H., Gazmararian, J., Parker, R. M. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118(4), 371-377.
- İlgaz, A. (2021). Bir aile sağlığı merkezi ’ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 151-159.
- İkizşik, H., Turan, G., Kutay, F., Sever, F., Keskin, S. N., Güdek, H., ... & Maral, I. (2020). Üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 73(3), 247-252.
- Kickbusch, I., & Maag D. (2008). *Health literacy*. International Encyclopedia of Public Health, San Diego: Academic Press.
- Kickbusch, I., Wait, S. & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future/International Longevity Centre.
- Morris, N. S., MacLean, C. D., Chew, L. D., & Littenberg, B. (2006). The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC family practice*, 7(21), 1-7.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A (Eds.). (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington: National Academies Press.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Okyay, P., & F. Abacıgil (Eds.). (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. Ankara: Anıl Reklam Matbaacılık.
- Osborne, H. (2013). *Health literacy from a to Z*. Burlington: Jones & Bartlett Publishers.
- Okur, E., Evcimen, H., & Şentürk, A. Y. (2021). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1), 18-24.
- Özkan, S., Baran, A., F. N., Çalışkan, D., Dikmen, A., & Tüzün, H. (2018). Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları

- Pelikan, J. M., Rothlin, F. & Kristin G. (2012). *Comperative report on health literacy in eight EU member states: The european health literacy project, 2009-2012*. Retrieved from www.health-literacy.eu. Accessed 17.04.2024.
- Rasu, R. S., Bawa, W. A., Suminski, R., Snella, K., & Warady, B. (2015). Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *International Journal Health Policy Management*, 4(11), 747-755.
- Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207-214.
- Ratzan, S., Parker, R., Selden, C., & Zorn, M. (2000). National library of medicine current bibliographies in medicine: Health literacy. *Bethesda, MD: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services*, 331-337.
- Rudd, R., Kirsch, I., & Yamamoto, K. (2004). Literacy and health in America. Policy information report. *Educational Testing service*. Retrieved from <https://www.ets.org/Media/Research/pdf/PIC-HEATH.pdf>. Accessed 10.01.2024.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1), 1-10.
- Sørensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13.
- Şantaş, G., Şantaş, F., & Kaya, S. (2023). Sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık arama davranışı arasındaki ilişki: Bir alan araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 781-796.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2024). *2024-2028 Stratejik Planı*. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklen-ti/47452/0/saglik-bakanligi-stratejik-plan-2024-2028> sayfasından erişilmiştir. Erişim Tarihi: 4.05.2024.
- Temel, A. B., & Çimen, Z. (2015). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.
- Vernon, J. A., Trujillo, A., Rosenbaum, S. J., & DeBuono, B. (2007). *Low health literacy: Implications for national health policy*. Retrieved from https://hsrchimmelfarbgwuedu/sphhs_policy_fac-pubs/172/. Accessed 05.05.2024
- Weiss, D. B., & Palmer, R. (2004). Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent medicaid population. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 17(1), 44-47.
- Williams, M. V., Parker, R. M., Baker, D. W., Parikh, N. S., Pitkin, K., Coates, W. C., ... Nurss, J. R. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 274(21), 1677-1682.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2006). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. John Wiley & Sons.