



## ORJİNAL MAKALE / ORIGINAL ARTICLE

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi / BAUN Sağ Bil Derg  
Balıkesir Health Sciences Journal / BAUN Health Sci J  
ISSN: 2146-9601- e ISSN: 2147-2238  
Doi: <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1177899>



### Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Algısı İlişkinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma

Nisa KERKEZ<sup>1</sup> Tezcan ŞAHİN<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı  
<sup>2</sup> Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

*Geliş Tarihi / Received: 20.09.2022, Kabul Tarihi / Accepted: 21.12.2022*

#### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi ve bu değişkenleri etkileyen demografik özelliklerin belirlenmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmada Bayık ve Aras (2017) tarafından Türkçeye uyarlanan "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" ve Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından Türkçeye uyarlanan "Sağlık Algısı Ölçeği" kullanılmıştır. 372 katılımcı aracılığı ile elde edilen veriler SPSS (ver. 24.0) istatistik paket programı ile parametrik testler yapılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Katılımcıların genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin (107.37±13.11) orta üstü ve genel sağlık algısının (53.07±7.19) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bazı demografik değişkenlerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı bakımından farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.458$ ;  $p<0.05$ ). Genel olarak sağlık algısının ve alt boyutlarından kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın öneminin sağlık okuryazarlığı üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu ve genel olarak sağlık okuryazarlığının ve bilgiye erişim ve uygulama alt boyutlarının sağlık algısı üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. **Sonuç:** Sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeyinin toplumdaki dengesiz dağılımı, sağlık eşitsizliklerinin giderilmesinin önünde engel oluşturan faktörlerden biri olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin iyileştirilmesinde toplumun her kesiminin katılımının güçlendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Sağlık Okuryazarlığı, Algılama.

### A Study on Investigation of the Relationship Between Health Literacy and Health Perception

#### ABSTRACT

**Aim:** The aims of this study are to examine the relationship between health literacy and health perception level and to determine the demographic characteristics that affect these variables. **Materials and Methods:** In the research, the "Health Literacy Scale" adapted to Turkish by Bayık and Aras (2017), and the "Health Perception Scale" adapted to Turkish by Kadioğlu and Yıldız (2012) have been used. The data obtained through 372 participants were evaluated by performing parametric tests with SPSS (ver. 24.0) statistical package program. **Results:** It was determined that the general health literacy level of the participants (107.37±13.11) was above medium and the general health perception (53.07±7.19) was medium. It has been found that some demographic variables make a difference in terms of health literacy and health perception. A statistically significant, moderate, and positive correlation has been found between health literacy and health perception levels ( $r=0.458$ ;  $p<0.05$ ). It has been determined that both the perception of health in general and the sub-dimensions of certainty, self-awareness, and the importance of health have a positive effect on health literacy and health literacy in general and the sub-dimensions of access to information and application have a positive effect on health perception. **Conclusion:** The uneven distribution of health literacy and health perception levels in society can be considered as one of the factors that hinder the elimination of health inequalities. For this reason, it is recommended to strengthen the participation of all segments of society in improving health literacy and health perception levels.

**Keywords:** Health, Health Literacy, Perception.

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Tezcan ŞAHİN, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye

**E-mail:** [tezcankasmer@mu.edu.tr](mailto:tezcankasmer@mu.edu.tr)

**Bu makaleye atıf yapmak için / Cite this article:** Kerkez, N., Şahin, T. (2023). A study on investigation of the relationship between health literacy and health perception. *BAUN Health Sci J*, 12(2), 336-346. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1177899>



BAUN Health Sci J, OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

## GİRİŞ

İçinde bulunduğumuz çağda bilginin erişilebilirliği, hastalık çeşitleri ve özellikle kronik hastalıklar artmaya ve insanların yaşam süresi uzamaya başlamıştır. Bu gibi etmenler sağlık hizmetlerinde dönüşümü zorunlu hale getirmiştir (Erdağ Çiler, 2015). Bu değişimler sadece sağlık kurumlarına düşen görevleri arttırmakla kalmamış, bireylerin de sağlıklı olma sürecinde aktif rol alması ve iyi oluşları için karar verme ve uygulama konusunda doğru eylemler gerçekleştirmelerini daha da önemli hale getirmiştir. Örneğin, Covid-19 pandemisi bilgi salgınının da yönetilmesi gerekliliğini gözler önüne sermiştir. Bilgilerin kullanımı ve paylaşımı esnasında bireyler tarafından gerekli değerlendirmenin yapılamaması kısmen yetersiz sağlık bilgisi eksikliği ile de ilişkilendirilmiştir (Cangussú ve ark., 2020). Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü tarafından “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” olarak tanımladığı sağlık okuryazarlığı (World Health Organization, 1998) konusu günümüzde daha da çok önem kazanmıştır. Hastalık ile ilgili sahip olunan bilgilerin anlaşılması sadece hastalıklara ilişkin bilimsel anlayışı geliştirmek için değil, aynı zamanda bireylerin sağlık okuryazarlığını geliştirmek ve halk sağlığı açısından doğru mesajların verildiğinden emin olunması açısından da önemlidir (Spring, 2020). Türkiye’de yetişkinler arasında yapılan ulusal bir çalışmada, katılımcıların %64,6’sının (Durusu Tanrıöver vd., 2014), başka bir çalışmada ise %42,2’sinin yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip olduğu ortaya konmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Sağlık okuryazarlığı halk sağlığında geniş ve önemli bir yer tutarken, mevcut sağlık okuryazarlığı düzeyleri değerlendirildiğinde küresel boyutta gerekli önemin vermediği ortaya çıkmaktadır (Cangussú vd., 2020). Bu sebeple sağlık okuryazarlığı sessiz bir salgın olarak değerlendirilmektedir (Parker ve Ratzan, 2010). Tüm bu sebepler sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için planlama yapma ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Sağlık algısı ise “bireylerin sağlığına ilişkin düşünceleri, duyguları, önyargıları ve beklentilerinin tümünü kapsayan bir kavramdır” (Dursun ve ark., 2019). Toplum sağlığının geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığının yanı sıra sağlığa ilişkin inanç ve algıların önemli motivasyon kaynakları olduğu ifade edilmektedir. Bu noktada bireyin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin geliştirilerek sistem içerisinde güçlendirilmeleri gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Erdoğan & Araman, 2017). Sağlık sistemi, eğitim sistemi, kültürel ve toplumsal özellikler gibi önemli faktörler bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili düşünce ve davranışlarının yanı sıra sağlık hizmetlerine olan taleplerini de etkilemektedir. Dolayısıyla bireylerin kendi sağlıkları hakkındaki algıları açısından önemli olan bu faktörlerin “kültürel, sosyal ve bireysel faktörlerin

paylaşılan bir fonksiyonu olarak değerlendirilen sağlık okuryazarlığı” kavramı için de önem taşıdığı ifade edilebilir (Deniz ve ark., 2018). Bu bakımdan sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık algısı düzeyi arasında olan ilişkinin varlığından söz edilebilmektedir. Örneğin, kendisinde mevcut olan bir hastalığın bulgularını yorumlayamayan bir bireyin sağlık kuruluşuna başvuru ve tedavi süreci bu durumdan etkilenecektir. Bu da sağlık algısını olumsuz yönde etkileyebilecek bir durum olarak değerlendirilmektedir (Yalçın, 2020). Bununla birlikte sağlıklı beslenme, sağlıklı yaşam biçimi aktiviteleri, sağlığa zararlı davranışlardan kaçınma gibi sağlığa ilişkin olumlu davranışların birey tarafından anlaşılması ve günlük hayatta uygulanmasında sağlık okuryazarlığı düzeyinin etkisi söz konusudur. Bu iki kavramın benzer unsurlardan etkilenmesi ve karşılıklı etkileşimleri, bireyin sağlık ve hastalık durumu ile ilgili verdiği kararları ve davranışları büyük ölçüde etkilemektedir (Kuloğlu & Uslu, 2022). Buradan yola çıkılarak çalışma kapsamında sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın tipi, yeri ve zamanı

Araştırma, sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ilişkisini belirlemeyi amaçlayan kesitsel bir araştırmadır. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı olguları belirli bir yerde ve belirli bir andaki (22.4.2021-8.9.2021) durumu ortaya konulmuştur. Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

$1H_1$ : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri demografik bilgiler bakımından farklılaşmaktadır.

$2H_1$ : Üniversite personelinin sağlık algısı düzeyleri demografik bilgiler bakımından farklılaşmaktadır.

$3H_1$ : Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlık algısı düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

$4H_1$ : Üniversite personelinin genel sağlık algısı düzeyi genel sağlık okuryazarlığı düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak etkilemektedir.

$5H_1$ : Üniversite personelinin genel sağlık okuryazarlığı düzeyi genel sağlık algısı düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak etkilemektedir.

### Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri

Katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, eğitim düzeyi, gelir durumu, çocuk sayısı, unvanı, sağlıkla ilgili bilgi alınan yer, hekime gitme nedeni, sağlık durumunu değerlendirme düzeyi ve yaşam kalitesini değerlendirme düzeyi çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluştururken, sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı bağımlı değişkenleridir. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı hem genel anlamda hem de alt boyutları bakımından birbirlerini nasıl etkilediklerini tespit etmek amacıyla bağımlı ve bağımsız değişkenler olarak da ele alınmışlardır.

**Araştırmanın evreni ve örnekleme**

Çalışmanın evrenini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi personeli oluşturmakta olup kurumda toplam 2889 kişinin çalıştığı belirlenmiştir (Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, 2019; YÖK İstatistik, n.d.) Örnekleme büyüklüğünün hesaplanmasında aşağıda belirtilen formül (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004) kullanılarak yapılan hesaplama sonucuna göre %95 güven düzeyinde araştırmanın yürütülmesi için en az 339 bireye ulaşılması gerektiği tespit edilmiştir.

$$n = \frac{N \cdot t^2(p \cdot q)}{d^2(N - 1) + t^2(p \cdot q)}$$

N: Örnekleme alınacak birey sayısı

N: Hedef kitledeki birey sayısı

t: Belirli bir anlamlılık düzeyine, t tablosuna göre bulunan teorik değer

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasıdır.

Örneklemin belirlenmesinde kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış olup tüm üniversite personelinin mail adreslerine anket linki gönderilmiştir. Araştırma izin süresinin bittiği tarihte tam cevaplanan 372 anket değerlendirmeye alınmıştır. Örneklemin tespitinde sadece Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi personeli olması dahil edilme kriteri olarak belirlenmiş, herhangi bir dışlanma kriteri uygulanmamıştır.

**Veri toplama araçları**

Çalışmada veri toplama araçları olarak Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği kullanılmıştır.

**Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği:** Sağlık okuryazarlığı düzeyinin ölçülmesi için Sørensen ve ark. tarafından geliştirilen, Bayık Temel ve Aras (2017) tarafından Türkçeye uyarlanan "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek 25 madde ve dört alt boyuttan (Bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme, uygulama/kullanma) oluşmaktadır (Bayık Temel & Aras, 2017). Bu çalışmada ölçek alt boyutlarının Cronbach Alpha değerlerinin 0.71 ile 0.83 değerleri arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçek maddeleri katılımcılar tarafından beşli Likert yapıda yanıtlanmaktadır.

**Sağlık Algısı Ölçeği:** Sağlık algısı düzeyinin ölçülmesi için Diamond ve ark. tarafından geliştirilen, Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından Türkçeye uyarlanan "Sağlık Algısı Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek 15 madde ve dört alt boyuttan (kontrol merkezi, kesinlik, öz farkındalık, sağlığın önemi) oluşmaktadır (Kadioğlu & Yıldız, 2012). 1, 5, 9, 10, 11 ve 14 maddeler olumlu ifadeler, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13 ve 15 maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler "Çok katılıyorum= 5", "Katılıyorum= 4", "Kararsızım= 3", "Katılmıyorum= 2", "Hiç katılmıyorum= 1" şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75'tir. Bu

çalışmada ölçek alt boyutlarının Cronbach Alpha değerlerinin 0.58 ile 0.75 değerleri arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçekte yer alan ifadeler beşli Likert yapıda yanıtlanmaktadır.

**Verilerin toplanması**

Soru formları online formatta hazırlanmış olup (Google Forms) üniversite personeline 22.04.2021-08.09.2021 tarihleri arasında e-postaları aracılığıyla gönderilmiştir.

**İstatistiksel analiz**

Araştırma verileri SPSS 24.0 programı ile analiz edilmiştir. Hipotezlere ilişkin analiz sonuçlarının tespit edilmesi için ilk olarak merkezi eğilim ölçümleri aracılığıyla verilerin dağılımı incelenmiştir. Hipotezlere ilişkin değişkenler arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Demografik değişkenlerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı bakımından farkının tespit edilmesinde t testi, Anova testi ve Scheffe testleri kullanılmıştır. Bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin tespit edilmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizi, birden çok bağımsız değişken için çoklu regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizi uygulanmadan önce regresyon analizlerinin varsayımları olan; verilerin dağılımının normal olduğu ve değişkenler arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Modeldeki her yol katsayısına ait regresyon modeli için otokorelasyon olup olmadığının incelenmesinde Durbin Watson değerine bakılmış ve bu değerlerin 1-3 arasında olması nedeniyle kurulan her regresyon katsayısı için otokorelasyon olmadığına karar verilmiştir (Field, 2005). Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkilerinin incelenmesinde çoklu doğrusal regresyon modeli yapılmıştır. İlgili modelde çoklu bağıntı olup olmadığına karar verilirken VIF değerleri incelenmiş ve VIF değerlerinin 10'nun altında olması nedeniyle çoklu bağıntı probleminin olmadığı belirlenmiştir (Field, 2005).

**Araştırmanın etik yönü**

Araştırmanın yürütülmesi için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Rektörlüğünden E-28677689-302.08-274115 sayılı yazısı ile kurum izni alınmıştır. Araştırma Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu tarafından 30.12.2020 tarihli ve 53 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur. Çalışma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yürütülmüştür.

**BULGULAR**

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların %55.9'unun erkek; %71'inin evli; %28.2'sinin 36-41 yaşında; %46.2'sinin doktora mezunu olduğu; %44.9'unun gelirini giderine eşit olarak değerlendirdiği ve %32.8'inin hiç çocuğu olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %61.3'ünün öğretim elemanı olduğu ve en çok sağlık kurumlarından (%55.9) sağlıkla ilgili bilgi aldıkları; en çok hasta hissettikleri zaman hekime gitmeyi tercih ettikleri (%34.1); %67.2'sinin

sağlık durumunu ve %54.3'ünün yaşam kalitesini iyi bulduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Sağlık okuryazarlığı bakımından Tablo 1'deki sonuçlar incelendiğinde ( $1H_1$  kısmen kabul);

- Gelir durumunu giderlerinden az olarak değerlendirenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri gelir durumunu giderlerine eşit olarak değerlendirenlere ve gelir durumunu giderlerinden fazla olarak değerlendirenlere göre daha düşük olmasından,
- Çocuk sahibi olmayanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin 1 çocuk sahibi olanlara göre daha düşük olmasından,
- Öğretim elemanı unvanına sahip olanların idari personele göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmasından,
- Sağlıkla ilgili bilgiye internet/sosyal medya kullanarak ulaşanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık kurumları aracılığıyla ulaşanlara göre daha düşük olmasından,
- Hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin şiddetli ağrı durumunda gidenlere göre daha yüksek olmasından,
- Sağlık durumlarını orta olarak değerlendirenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumlarını iyi ve çok iyi olarak değerlendirenlere göre daha düşük olmasından,
- Yaşam kalitelerini orta olarak değerlendirenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yaşam kalitelerini iyi ve çok iyi olarak

değerlendirenlere göre daha düşük olmasından kaynaklı farklılıklar bulunmaktadır.

Sağlık algısı bakımından Tablo 1'deki sonuçlar incelendiğinde ( $2H_1$  kısmen kabul);

- Ön lisans mezunu olanların doktora mezunu olanlara göre; lisans mezunu olanların ise yüksek lisans ve doktora mezunu olanlara göre sağlık algısı düzeylerinin daha düşük olması,
- Öğretim elemanı unvanına sahip olanların sağlık algısı düzeylerinin idari personele göre daha yüksek olması,
- Sağlıkla ilgili bilgilere en çok diğer kaynakları (eş, dost, tanıdık, televizyon) kullanarak ulaşan katılımcıların sağlık algısı düzeylerinin sağlık kurumları aracılığıyla ulaşan katılımcılara göre daha düşük olması,
- Hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için gidenlerin sağlık algısı düzeylerinin hekime en çok kendilerini hasta hissettiklerinde, hastalıklarını kendileri iyileştiremediklerinde, herhangi bir hastalıktan şüphelendiklerinde ve şiddetli ağrı durumunda gidenlere göre daha yüksek olması,
- Sağlık durumlarını orta olarak değerlendirenlerin sağlık algısı düzeylerinin iyi ve çok iyi olarak değerlendirenlere göre daha düşük olması,
- Yaşam kalitelerini orta olarak değerlendirenlerin sağlık algısı düzeylerinin iyi ve çok iyi olarak değerlendirenlere göre daha düşük olması nedeni ile istatistiksel bakımdan anlamlı farklılıklar bulunduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri ve bu özelliklere bağlı sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı farklılıklarına ilişkin analiz sonuçları.**

Demografik Özellikler	Grup	Sağlık Okuryazarlığı				Sağlık Algısı		
		n	$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p
Cinsiyet	Kadın	164	108.65	12.54	0.095	53.17	7.15	0.805
	Erkek	208	106.36	13.49		52.99	7.23	
Medeni durum	Evli	264	107.94	13.04	0.192	53.11	7.47	0.846
	Bekar	108	105.98	13.26		52.95	6.48	
Yaş	35 yaş ve altı	83	105.58	12.75	0.606	53.17	6.17	0.991
	36-41 yaş	105	107.05	13.07		53.07	7.73	
	42-47 yaş	84	108.17	14.11		52.74	8.12	
	48-53 yaş	60	108.73	11.89		53.33	6.63	
	54 yaş ve üzeri	40	108.20	13.74		53.15	6.70	
Eğitim durumu	Ön Lisans	22	103.68	12.06	0.187	49.95	6.11	0.000*
	Lisans	104	106.37	12.23		51.12	6.77	
	Yüksek Lisans	74	106.49	15.35		53.89	7.08	
	Doktora	172	108.83	12.64		54.29	7.29	
Gelir durumu	Gelir giderden az	90	103.20	13.73	0.002*	52.27	7.46	0.480
	Gelir gidere eşit	167	108.55	12.24		53.34	7.57	
	Gelir giderden fazla	115	108.91	13.27		53.30	6.37	
Çocuk sayısı	Yok	122	105.22	12.77	0.029*	52.79	7.02	0.837
	1 çocuk	110	110.31	12.10		53.59	7.91	
	2 çocuk	116	106.99	13.63		52.93	6.62	
	3 çocuk ve üzeri	24	106.63	14.99		52.75	7.50	

p<0.05\*

**Tablo 2 (Devam). Katılımcıların demografik özellikleri ve bu özelliklere bağlı sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı farklılıklarına ilişkin analiz sonuçları.**

		Sağlık Okuryazarlığı			Sağlık Algısı			
Unvan	Öğretim elemanı	228	109.02	12.70	0.002*	54.14	6.99	0.000*
	İdari personel	144	104.76	13.39		51.36	7.17	
Sağlıkla ilgili en çok bilgi alınan yer	İnternet/sosyal medya	129	105.63	14.31	0.033*	52.93	7.21	0.025*
	Sağlık kurumları	208	108.92	12.09		53.65	7.02	
	Diğer	35	104.54	13.45		50.11	7.47	
Hekime gitme nedeni	Düzenli/yıllık kontrol	66	111.56	12.53	0.014*	55.80	7.75	0.002*
	Kendimi hasta hissettiğimde	127	107.35	13.41		53.50	6.83	
	Hastalığı kendim iyileştiremediğimde	63	106.65	12.72		51.40	6.95	
	Herhangi bir hastalıktan şüphelendiğimde	87	106.62	13.00		51.95	6.86	
	Şiddetli ağrı durumunda	29	101.69	12.24		51.93	7.30	
Sağlık durumunu değerlendirme düzeyleri	Orta	79	101.15	13.28	0.000*	50.10	5.84	0.000*
	İyi	250	107.88	12.60		53.16	6.93	
	Çok iyi	43	115.79	10.12		58.00	8.13	
Yaşam kalitesini değerlendirme düzeyleri	Orta	126	101.08	13.36	0.000*	50.43	6.50	0.000*
	İyi	202	109.40	11.87		53.42	6.51	
	Çok iyi	44	116.05	9.71		59.02	8.21	

Verilerin dağılımlarının incelenmesinde aritmetik ortalama, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları kullanılmıştır. Medyan ile aritmetik ortalama değerleri birbirine yakın olduğu ve çarpıklık ve basıklık değerleri  $\pm 1.5$  sınırları içerisinde yer aldığı için verilerin normal dağılım gösterdiği değerlendirilmiştir (Tabachnick & Fidell, 2019). Katılımcıların hem sağlık okuryazarlığı ( $\bar{x}=107.37$ ) hem de bilgiye erişim ( $\bar{x}=22.26$ ), bilgiyi anlama ( $\bar{x}=30.08$ ), değer biçme ( $\bar{x}=34.19$ ),

uygulama/kullanma alt boyutlarına ilişkin düzeylerinin ( $\bar{x}=20.84$ ) orta üstü olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Katılımcıların sağlık algısı genel ortalama puanının ( $\bar{x}=53.07$ ) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sağlık algısı ölçeğine ait alt boyut ortalamaları incelendiğinde; kontrol merkezi ( $\bar{x}=17.64$ ), kesinlik ( $\bar{x}=13.16$ ), öz farkındalık ( $\bar{x}=10.81$ ) ve sağlığın önemi düzeylerinin ( $\bar{x}=11.45$ ) de orta ve üstü olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2. Üniversite personelinin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerine ait normallik testi sonuçları ile betimsel bulgular.**

Alt Boyutlar	Merkezi Eğilim Ölçüleri					
	$\bar{X}$	SS	Min/Max	Medyan	Çarpıklık	Basıklık
Bilgiye erişim	22.26	2.75	13-25	23.00	-0.926	0.266
bilgileri anlama	30.08	3.84	19-35	30.00	-0.525	-0.515
değer biçme/değerlendirme	34.19	4.66	22-40	35.00	-0.580	-0.430
uygulama/kullanma	20.84	3.19	10-25	21.00	-0.564	-0.274
<b>Sağlık okuryazarlığı (genel)</b>	<b>107.37</b>	<b>13.11</b>	<b>71-125</b>	<b>109.00</b>	<b>-0.573</b>	<b>-0.426</b>
Kontrol merkezi	17.64	3.87	5-25	18.00	-0.415	0.165
kesinlik	13.16	3.21	4-20	13.00	-0.100	-0.062
öz farkındalık	10.81	2.11	4-15	11.00	-0.239	-0.059
sağlığın önemi	11.45	2.08	5-15	12.00	-0.600	0.629
<b>Sağlık algısı (genel)</b>	<b>53.07</b>	<b>7.19</b>	<b>33-75</b>	<b>53.00</b>	<b>0.121</b>	<b>0.013</b>

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmış olup, genel olarak sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ölçeği arasında ( $r=0.458$ ) pozitif yönlü orta seviyede bir ilişki tespit edilmiştir ( $3H_1$  kabul) (Tablo 3).

Araştırmanın 2. ve 3. hipotezlerinin test edilmesi amacıyla regresyon analizi uygulanmıştır. Sağlık algısı ( $t=9.919$ ;  $p=0.001$ ) boyutunun sağlık okuryazarlığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu %95 güven düzeyinde belirlenmiştir. Sağlık algısı düzeyinin sağlık

okuryazarlığının %20.8'ini açıkladığı tespit edilmiştir ( $R^2=0.208$ ) (Tablo 4). Bu durumda sağlık algısı düzeylerindeki bir birimlik artışın sağlık

okuryazarlığında 0.836'lık bir artışa neden olacağı bulunmuştur ( $4H_1$  kabul).

**Tablo 3. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ölçeklerine ilişkin korelasyon analizi sonuçları.**

Alt Boyutlar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	
Bilgiye erişim <sup>(1)</sup>	r	1	.777*	.796*	.695*	.889*	.213*	.392*	.279*	.180*	.424*
Bilgileri anlama <sup>(2)</sup>	r		1	.831*	.665*	.912*	.168*	.373*	.256*	.186*	.386*
Değer Bıçme/Değerlendirme <sup>(3)</sup>	r			1	.771*	.953*	.172*	.384*	.304*	.293*	.438*
Uygulama/Kullanma <sup>(4)</sup>	r				1	.857*	.123*	.343*	.341*	.331*	.415*
Sağlık okuryazarlığı <sup>(5)</sup>	r					1	.185*	.411*	.324*	.277*	.458*
Kontrol merkezi <sup>(6)</sup>	r						1	.451*	.185*	-0.90	.768*
Kesinlik <sup>(7)</sup>	r							1	.199*	.005	.749*
Öz farkındalık <sup>(8)</sup>	r								1	.237*	.551*
Sağlığın önemi <sup>(9)</sup>	r									1	.313*
Sağlık algısı <sup>(10)</sup>	r										1

\*Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

**Tablo 4. Sağlık algısının sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları.**

Değişken	$\beta$	Standart Hata	t	p	F	p anlamlılık
Sabit	62.980	4.516	13.947	<b>0.001*</b>	98.393	<b>0.001*</b>
Sağlık algısı	0.836	0.084	9.919	<b>0.001*</b>		

$p<0.05$ \* Düzeltilmiş  $R^2=0.208$ ; Durbin Watson= 1.888 Bağımsız: Sağlık Algısı, Bağımlı: Sağlık Okuryazarlığı

Kesinlik ( $t=7.387$ ;  $p=0.001$ ), öz farkındalık ( $t=4.168$ ;  $p=0.001$ ) ve sağlığın önemi ( $t=4.963$ ;  $p=0.001$ ) boyutlarının sağlık okuryazarlığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu %95 güven düzeyinde belirlenmiştir. Kesinlik, öz farkındalık ve sağlığın önemi düzeylerinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin %27.2'sini açıkladığı belirlenmiştir ( $R^2=0.272$ ). Kontrol merkezi düzeyinin

ise sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5). Kesinlik düzeyindeki bir birimlik artışın sağlık okuryazarlığında 1.513'lük, sağlığın önemi düzeyindeki bir birimlik artışın 1.441'lik ve öz farkındalık düzeyindeki bir birimlik artışın 1.218'lik bir artışa neden olacağı belirlenmiştir.

**Tablo 5. Sağlık algısı alt boyut düzeylerinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları.**

Değişken	$\beta$	Standart Hata	t	p	VIF	F	p anlamlılık
Sabit	57.647	4.801	12.008	<b>0.001*</b>		35.576	<b>0.001*</b>
Kontrol merkezi	0.007	0.171	0.042	0.966	1.293		
Kesinlik	1.513	0.205	7.387	<b>0.001*</b>	1.278		
Öz farkındalık	1.218	0.292	4.168	<b>0.001*</b>	1.127		
Sağlığın önemi	1.441	0.290	4.963	<b>0.001*</b>	1.081		

$p<0.05$ \* Düzeltilmiş  $R^2=0.272$ ; Durbin Watson= 1.841, Bağımsız: Kontrol Merkezi, Kesinlik, Öz Farkındalık, Sağlığın Önemi, Bağımlı: Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu %95 güven düzeyinde belirlenmiştir ( $t=10.243$ ;  $p=0.001$ ). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık algısının %21.9'unu ( $R^2=0.219$ ) açıkladığı belirlenmiştir ( $5H_1$  kabul) (Tablo 6). Bu durumda sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bir birimlik artışın sağlık algısında 0.255'lik bir artışa neden olacağı belirlenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı alt boyutlarının sağlık algısı üzerindeki etkilerinin incelenmesinde çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılmıştır. Bilgiye erişim ( $t=2.232$ ;  $p=0.026$ ) ve uygulama/kullanma ( $t=2.409$ ;

$p=0.016$ ) boyutlarının sağlık algısı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu %95 güven düzeyinde bulunmuştur. Bilgiye erişim ve uygulama/kullanma düzeylerinin sağlık algısı düzeyinin %22.2'sini açıkladığı belirlenmiştir ( $R^2=0.222$ ). Bilgileri anlama ve değer biçme/değerlendirme boyutlarının ise sağlık algısı üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur (Tablo 7). Bu sonuçlara göre; bilgiye erişim düzeyindeki bir birimlik artışın sağlık algısında 0.474'lük, uygulama/kullanma düzeyindeki bir birimlik artışın ise sağlık algısında 0.395'lik bir artışa neden olacağı tespit edilmiştir.

Tablo 6. Sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları.

Değişken	$\beta$	Standart Hata	t	p	F	p anlamlılık
Sabit	25.653	2.691	9.535	<b>0.001*</b>	104.913	<b>0.001*</b>
Sağlık Okuryazarlığı	0.255	0.025	10.243	<b>0.001*</b>		

p<0.05\* Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=0.219; Durbin Watson= 2.061, Bağımsız: Sağlık Okuryazarlığı, Bağımlı: Sağlık Algısı

Tablo 7. Sağlık okuryazarlığı alt boyut düzeylerinin sağlık algısı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları.

Değişken	$\beta$	Standart Hata	t	p	VIF	F	p anlamlılık
Sabit	25.795	2.781	9.274	<b>0.001*</b>		27.362	<b>0.001*</b>
Bilgiye Erişim	0.474	0.213	2.232	<b>0.026*</b>	3.222		
Bilgileri Anlama	-0.027	0.162	-0.165	0.869	3.662		
Değer Biçme/ Değerlendirme	0.269	0.154	1.746	0.082	4.875		
Uygulama/Kullanma	0.395	0.164	2.409	<b>0.016*</b>	2.576		

p<0.05\* Düzeltilmiş R<sup>2</sup>=0.222; Durbin Watson= 2.072, Bağımsız: Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme/Değerlendirme, Uygulama/Kullanma, Bağımlı: Sağlık Algısı

## TARTIŞMA

Sağlık okuryazarlığı; gelir düzeyi, istihdam durumu ve eğitim düzeyi gibi diğer faktörlerle karşılaştırıldığında, bireylerin sağlık durumunu belirleyen temel faktör olarak kabul edilmektedir (Örsal ve ark., 2021). Nitekim 1986 yılında Ottawa'da Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı (International Conference on Health Promotion) sonunda yayınlanan "Ottawa Şartı"nda "sağlığı geliştirme" hedefinin salt sağlık sektörü çabaları ile başaramayacağı, diğer sektörlerin de bu konuda sorumluluk alması gerektiği belirtilmiştir (Bilir, 2014). Bu nedenle sağlık okuryazarlığı konusunda iki taraflı bir etkileşimden bahsetmek mümkündür. Birinci tarafta bilgilerin üretilmesi ve bunların halkın anlayacağı biçimde paylaşılması konusunda önemli olan rol üstlenen kişi ve kurumlar, ikinci tarafta bu bilgileri doğru bir biçimde anlayıp daha sağlıklı şekilde yaşamını devam ettirebilecek olan kişiler yer alır. Böylelikle sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişiler, sağlığı teşvik edici davranışlar arama ve sağlık durumlarını daha iyi değerlendirme eğilimindedir. Olumlu sağlık algısına sahip olan bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yüksek olması beklenmektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı değişkenleri birbirleri üzerinde etkileri olan değişkenlerdir. Çalışma sonucunda değişkenler arasında orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Literatür incelendiğinde pek çok çalışmada iki değişken arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Deniz ve Oğuzöncül (2020) ve Yiğitalp, Bayram Değer ve Çiftçi (2021) tarafından yapılan çalışmalarda da sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında istatistiksel açıdan pozitif doğrusal bir etki olduğu saptanmıştır (Deniz & Oğuzöncül, 2020;

Yiğitalp, Bayram Değer ve Çiftçi, 2021). Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında da kişisel sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasında ilişkinin olduğu raporlanmıştır (The HLS-EU Consortium, 2012).

Regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, sağlık algısı boyutunun kontrol merkezi hariç diğer tüm alt boyutlarının (kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık) sağlık okuryazarlığı üzerinde anlamlı etkilerinin olduğu ve genel olarak sağlık algısının sağlık okuryazarlığı üzerinde anlamlı etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Birey sağlığına ne kadar önem verirse, sağlıklı olmak için yapılması gerekenler hakkında ne kadar çok kesin düşüncelere sahip olursa ve bununla ilgili farkındalığı ne kadar fazla olursa sağlık okuryazarlık düzeyinin de o kadar yüksek olması beklenmektedir. Akça, Gökyıldız Sürücü ve Akbaş (2020) tarafından yapılan çalışmada kesinlik boyutunun sağlık okuryazarlığı tüm alt boyutları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (Akça ve ark., 2020). Mollaoğlu, Başer ve Candan (2021) tarafından yapılan çalışmada da değişkenler arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (Mollaoğlu ve ark., 2021). Bu sonuçlar değerlendirildiğinde sağlık algısı düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin de artması beklenmektedir. Sağlık algısı alt boyutlarından kontrol merkezi boyutunun sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde anlamlı bir ilişkisi tespit edilmemiştir.

Hem genel olarak sağlık okuryazarlığının hem de alt boyutları olan bilgiye erişim ve uygulama/kullanma boyutlarının sağlık algısı düzeyleri üzerinde anlamlı etkilerinin olduğu tespit edilmiştir. Say Şahin, Özer ve Songur (2018) tarafından yapılan çalışmada

değer biçme ve uygulama boyutlarının sağlık algısının sağlığın önemi alt boyutu ile pozitif yönde anlamlı ilişkileri olduğu tespit edilmiştir (Say Şahin ve ark., 2018) Yalçın (2020) tarafından yapılan araştırmada bilgiye erişim ve bilgileri anlama boyutlarının sağlık algısı düzeylerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Yalçın, 2020). Kuloğlu ve Uslu (2022) bilgileri anlama ve uygulama boyutlarının sağlık algısı alt boyutlarından sağlığın önemi ve öz farkındalık üzerinde pozitif yönde etkisi olduğunu tespit etmişlerdir. (Kuloğlu & Uslu, 2022). Akça ve ark. (2020) gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri arttıkça sağlık algılarının da arttığı sonucuna ulaşmıştır (Akça ve ark., 2020).

Demografik değişkenler bakımından sağlık okuryazarlığı farklılıkları değerlendirildiğinde; akademisyenlerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin idari personele göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Liu (2015) yaptıkları işte profesyonel olanların daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduklarını tespit etmiştir. Kobayashi vd. (2015) meslek sınıflarındaki düşüklüğün sağlık okuryazarlığı düzeyini de düşüren faktörlerden biri olduğunu tespit etmişlerdir. Gelir durumunu gider durumundan az değerlendirenlerin sağlık okuryazarlığı ortalama puanları diğer katılımcılara göre daha düşüktür. Gelir seviyesi yükseldikçe bireylerin yaşam kalitelerinin ve sağlıklı yaşam biçimine yöneliminin arttığı düşünülmektedir (Kıraç, 2019). Diğer bazı çalışmalarda da gelir seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığı ortalama puanının arttığı bulunmuştur (Karabulut, 2021; Suka ve ark., 2015). Sağlık okuryazarlığının çocuk sayılarına göre farklılık gösterdiği bulunmuştur; 1 çocuk sahibi olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi çocuğu olmayanlara kıyasla daha yüksektir. Farklı olarak Güven (2016) çocuk sayısı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında ilişki bulmazken; Kaya (2018) çocuk sayısı arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğünü bulmuştur. Çocuk sahibi olan bireylerin çocuklarının sağlıklarıyla ilgili sorumluluk taşıdıkları düşünüldüğünde, sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme ve uygulama konusunda daha hassas davranmaları muhtemeldir. Ancak bu sonuçların genellenebilmesi için ayrıntılı bir biçimde araştırılmasına ihtiyaç vardır. Sağlıkla ilgili bilgilere en çok sağlık kurumları aracılığıyla ulaşan katılımcıların sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin internet/sosyal medya kaynaklarını kullanan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bilgiye formel kaynak olan sağlık kurumları aracılığıyla erişen bireylerin sağlıkla ilgili daha doğru bilgilere ulaşma imkânlarının arttığı düşünüldüğünde, bu durumun sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerine de olumlu yansıtacağı beklenen bir sonuçtur. Örneğin Covid-19 pandemi döneminde bilgi salgını ile mücadele de söz konusu olmuştur. Bilgilerin kullanımı ve paylaşımı esnasında gerekli değerlendirmenin yapılamaması kısmen yetersiz sağlık bilgisi eksikliği ile de

ilişkilendirilmiştir. Bu durum kişilerin kendi sağlıkları hakkında nasıl değerlendirme yapacakları konusunda belirsizliklere yol açmıştır (Cangussú vd., 2020). Hekime en çok düzenli/yıllık kontrol için giden katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin şiddetli ağrı durumunda doktora giden katılımcılara göre; sağlık algılarının ise tüm diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını arttıracığı (Güven, 2016) düşünüldüğünde elde edilen sonucun literatürle uyumlu olduğu ifade edilebilmektedir. Ayrıca düzenli/yıllık kontrolünü yaptıran katılımcıların sağlıklarına yönelik olarak olumlu davranış sergiledikleri düşünülmektedir. Olumlu sağlık algısı da bu durumun bir çıktısı olarak değerlendirilebilmektedir. Sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların orta ve iyi olarak değerlendiren katılımcılara göre sağlık okuryazarlık ve sağlık algısı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer sonuçlara farklı çalışmalarda da rastlanmaktadır (Doğan & Çetinkaya, 2019; Güven, 2016; Sentell ve ark., 2013). Ön lisans mezunu olanların doktora mezunu olanlara, lisans mezunu olanların ise yüksek lisans ve doktora mezunu olanlara göre sağlık algısı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalar genel olarak artan eğitim durumunun olumlu sağlık algısı ile ilişkisini ortaya koymaktadır (Ahmad ve ark., 2005; Vissandjee ve ark., 2004).

#### **Araştırmanın güçlü yönleri ve sınırlılıkları**

Elde edilen bulgular kapsamında sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerine ilişkin durum tespiti yapılmış olup; düzeyleri farklılaştıran sosyo-demografik özellikler tespit edilmiştir. Bu anlamda çalışma sonuçlarının karar vericilere sağlıkla ilgili politika geliştirme konusunda hangi faktörleri daha fazla ön planda tutabileceklerine ilişkin fikir sağladığı düşünülmektedir. Buna ek olarak çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı farklılıklarına ait nedenlerin ve iki değişken arasındaki ilişkinin ortaya konmuş olmasının ilgili literatürün zenginleştirilmesine katkı sunduğu düşünülmektedir. Araştırmada veri toplama tekniği olarak anket kullanılmıştır. Daha kapsamlı sonuçlara farklı ölçek çalışmaları yürütülerek ulaşılabilir. Bunun yanı sıra nitel veya karma araştırma yöntemleri aracılığıyla konu ile ilgili farklı çalışmalar gerçekleştirilebilir. Böylece konu ile ilgili derinlemesine inceleme yapılabilir. Bu araştırmanın Muğla ilinde bir kamu üniversitesinde yapılmış olması ise en önemli sınırlılığı oluşturmaktadır. Bu nedenle elde edilen sonuçlar genellenemez.

#### **SONUÇ**

Sağlığın geliştirilmesi ve korunmasına yönelik olarak sağlıklı davranış biçimlerinin benimsenmesi, sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumun göstergesi olarak değerlendirilebilir. Sağlık okuryazarlığı ile sağlık



algısının, sağlığın geliştirilmesi ve korunması sürecinde olumlu etkileri olan değişkenler olduğu göze çarpmaktadır. Çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında orta seviyede ilişki olduğu saptanmış olup alt boyutların genel düzeyler arasındaki pozitif etkileşimleri ortaya koyulmuştur. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerindeki iyileşmelerin daha sağlıklı birey ve toplumların oluşmasına katkı sunacağı, bu durumun da bireylerin kendilerine ilişkin sağlık yönetimlerini gerçekleştirmelerini kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Böylelikle sağlık sisteminin içerisinde güçlendirilen bireylerin, mevcut sistemin geliştirilmesi yönündeki olumlu etkileri gözlenebilecektir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin iyileştirilmesinde toplumun her kesiminin katılımının güçlendirilmesi gerekliliği söz konusudur. Bireylerin sağlık ile ilgili talepleri hem bireysel hem de kamusal sağlık harcamalarını etkileyen en önemli dinamiktir. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinden daha düşük maliyetle sahip olunabilen sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısının geliştirilmesi hususu sağlığın geliştirilmesi ve teşvikiyle ilgili yeni stratejilerin geliştirilmesinde daha çok gündeme getirilebilir. Sağlığın bireysel, kültürel, sosyal, ekonomik ve çevresel olmak üzere birden fazla faktörden etkilendiği göz önüne alındığında; sağlıklı bireyler ve sağlıklı toplumlar oluşturabilmek adına daha bütüncül bakış açısıyla tüm toplumsal sistemlerin incelenmesi yararlı olacaktır.

### Teşekkür

Çalışmaya katılan tüm Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi personeline teşekkürlerimizi sunarız. Bu çalışma Nisa KERKEZ'in yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

### Çıkar Çatışması

Bu çalışmada araştırma, yazarlık ve/veya yayın ile ilgili olarak herhangi bir potansiyel çıkar çatışması yoktur.

### Yazar Katkıları

**Plan, tasarım:** NK, TŞ; **Gereç, yöntem ve veri toplama:** NK, TŞ; **Analiz ve yorum:** NK, TŞ; **Yazım ve eleştirel değerlendirme:** NK, TŞ.

### KAYNAKLAR

Ahmad, K., Jafar, T. H., & Chaturvedi, N. (2005). Self-rated health in Pakistan: Results of a national health survey. *BMC Public Health*, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-51/TABLES/3>.

Akça, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., & Akbaş, M. (2020). Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 630–642. <https://doi.org/10.33715/INONUSAGLIK.735467>.

Bayık Temel, A., & Aras, Z. (2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2), 85–94. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-18>.

Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 12(1), 61–68. <https://doi.org/10.20518/THSD.46492>.

Cangussú, L. R., de Barros, I. R. P., de Lima Botelho Filho, C. A., Sampaio Filho, J. D. R., & Lopes, M. R. (2020). COVID-19 and health literacy: the yell of a silent epidemic amidst the pandemic. *Revista Da Associacao Medica Brasileira (1992)*, 66Suppl 2(Suppl 2), 31–33. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S2.31>.

Deniz, S., & Oğuzöncül, F. (2020). Malatya, Akçadağ'da sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 25(1), 5–13.

Deniz, S. Ş., D., Özer, Ö., & Songur, C. (2018). Effect of health literacy on health perception: an application in individuals at age 65 and older. *Social Work in Public Health*, 33(2), 85–95. <https://doi.org/10.1080/19371918.2017.1409680>.

Doğan, M., & Çetinkaya, F. (2019). The level of health literacy of academicians and factors affecting it. *Hacettepe Journal Of Health Administration*, 22(2), 389-400.

Dursun, S.İ., Vural, B., Keskin, B., Kaçar, H.B., Beyhan, A., & Kadioğlu, H. (2019). Yetişkinlerde geleneksel/tamamlayıcı tıp tutumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 1-10.

Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, F.N., Çakır, B. & Akalın, H.E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması*. Birinci Baskı. Ankara. Sağlık-Sen Yayınları. <http://www.saglikksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf> Erişim Tarihi: 17.02.2020.

Erdağ Çiler, G. (2015). Sağlığın temel belirleyicisi olarak sağlık okuryazarlığı. *Sağlık Okuryazarlığı içinde* (1-14). Yıldırım, F. & Keser, A. (Ed.), ISBN: 978-605-136-178-9. [https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/114967/mod\\_resource/content/1/SağlıkOkuryazarlığı.pdf](https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/114967/mod_resource/content/1/SağlıkOkuryazarlığı.pdf) Erişim Tarihi: 20.09.2022.

Erdoğan, Ö. N., & Araman, A. O. (2017). Health beliefs and functional health literacy; Interaction with the pharmaceutical services. *Istanbul Journal of Pharmacy*, 47(2), 68–71. <https://doi.org/10.5152/ISTANBULJPHARM.2017.0011>.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: Sage Publications.

- Güven, A. (2016). *Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Kadioğlu, H., & Yıldız, A. (2012). Validity and reliability of Turkish version of perception of health scale. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(1), 47–53. <https://doi.org/10.5336/medsci.2010-21761>.
- Karabulut, M. (2021). *Öğretmenlerin geleneksel/tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik tutumu ile sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki*. Yayınlanmış tıpta uzmanlık tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Kaya, M. (2018). *Kişilerin sağlık okuryazarlıkları ve sağlık hizmeti kullanımlarının değerlendirilmesi: Kırıkkale örneği* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye.
- Kıraç, R. (2019). *Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler: yapısal eşitlik modellemesine dayalı bir çalışma*. Yayınlanmış doktora tezi, Selçuk Üniversitesi.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S. & Von Wagner, C. (2015). Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults. *Journal of General Internal Medicine*, 30(7), 958-964.
- Kuloğlu, Y., & Uslu, K. (2022). Geleceğin sağlık çalışanlarında sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkisi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 23(1), 255–277. <https://doi.org/10.31671/DOUJOURNAL.955317>.
- Liu, Y. B, Liu, L., Li, Y. F. & Chen, Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8), 9714-9725.
- Mollaoğlu, M., Başer, E., & Candan, F. (2021). Examination of the relationship between health literacy and health perceptions in hemodialysis patients. *Journal of Renal Endocrinology*, 7(1), e11–e11. <https://doi.org/10.34172/JRE.2021.11>.
- Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi (2019). *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Faaliyet Raporu*. [https://muweb.mu.edu.tr/Newfiles/130/Content/MSKÜ FAALİYET RAP%0AORU 2019 web ver\\_2\(1\).pdf](https://muweb.mu.edu.tr/Newfiles/130/Content/MSKÜ_FAALİYET_RAP%0AORU_2019_web_ver_2(1).pdf) Erişim Tarihi: 20.09.2022.
- Örsal, Ö., Duru, P., Örsal, Ö., Tirpan, K., & Çulhaci, A. (2021). Evaluation of the factors affecting the health literacy levels of patients admitted to family health centers. *Family Medicine & Primary Care Review*, 23(3), 330–336. <https://doi.org/10.5114/FMPCR.2021.108199>.
- Parker, R. & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15(Suppl 2), 20-33. DOI: 10.1080/10810730.2010.501094.
- Sentell, T., Zhang, W., Davis, J., Kromer Baker, K., & Braun, K. L. (2013). The influence of community and individual health literacy on self-reported health status. *J Gen Intern Med*, 29(2), 298–304. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2638-3>.
- Spring, H. (2020). Health literacy and COVID-19. *Health Information & Libraries Journal*, 37(3), 171–172. <https://doi.org/10.1111/HIR.12322>.
- Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., Sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Kusama, M., Yamamoto, M., Nakayama, T., & Sugimori, H. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 660–668. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2015.02.013>.
- Şahin, G. (2021). *Palyatif bakım hastalarına evde bakım verenlerin bakım yükünün sağlık algısına etkisi*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics*. Seventh edition. Boston: Pearson.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçüğü, güvenilirlik ve geçerlilik uygulaması*. P. Okyay, F. Abacıgil (Editörler). Birinci Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- The HLS-EU Consortium (2012). *Comparative report on health literacy in eight eu member states. The European Health Literacy Project 2009–2012*. (J. M. Pelikan, F. Röthlin, & K. Ganahl (Eds.)). [http://cpme.dyndns.org:591/adopted/2015/Comparative\\_report\\_on\\_health\\_literacy\\_in\\_eight\\_EU\\_member\\_states.pdf](http://cpme.dyndns.org:591/adopted/2015/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf) Erişim Tarihi: 20.09.2022.
- Vissandjee, B., Desmeules, M., Cao, Z., & Abdool, S. (2004). Integrating Socio-Economic Determinants of Canadian Women's Health. *BMC Women's Health*, 4(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-S1-S34>.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546> Erişim Tarihi: 20.09.2022.
- Yalçın, B. (2020). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkisi: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 23–33.
- Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S (2004). *SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.

- Yiğitalp, G., Bayram Değer, V., & Çifçi, S. (2021). Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups: a cross-sectional study in southeastern Turkey. *BMC Public Health*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12889-021-11119-7/TABLES/4>.
- YÖK İstatistik. (n.d.). *Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi*. <https://istatistik.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 20.09.2022.