

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK İLETİŞİMİ SORUNLARINA ETKİSİ: MANİSA İLİ İÇİN DEĞERLENDİRME*

THE EFFECT OF HEALTH LITERACY ON HEALTH COMMUNICATION PROBLEMS: AN EVALUATION FOR MANİSA PROVINCE

Nazlı GÜL¹

Dr. Öğr. Üyesi Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ²

ÖZ

Sağlık okuryazarlığı kavramı; bireyin sağlık enformasyonlarını okuma, anlama ve bunları sağlığını geliştirme yönünde kullanma olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu okuryazarlığı yüksek düzeyde edinen bireyler sağlık iletişimine yönelik sorunların üstesinden gelebilmektedir. Bu çalışmada Manisa’da ikamet eden kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemeyi ve sağlık okuryazarlığın sağlık iletişimi sorunlarına etkisini ortaya koymayı hedeflemektedir. Araştırmanın örneklem hacmi 384 bireyden oluştuğu tespit edilmiş olup araştırmaya toplamda 586 birey dahil edilmiştir. Araştırmada sağlık okuryazarlığı ve alt boyutlarıyla demografik değişkenler arasında farklılığın olup olmadığı, sağlık iletişimi sorunları ve alt boyutlarıyla demografik değişkenler arasında farklılığın olup olmadığı ve sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarına etkisinin olup olmadığı tespit edilmek istenmiştir. Veriler anket tekniği kullanılarak toplanmış olup SPSS 25 paket programından yararlanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizi için tanımlayıcı istatistiklerden, t testinden, ANOVA testinden ve regresyon analizinden faydalanılmıştır. Araştırma sonucunda Sağlık okuryazarlığı ölçeği ile sağlık iletişimi sorunları ölçeği arasında yapılan regresyon analizinde istatistik açıdan anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan analize göre Sağlık İletişimi Sorunlarında meydana gelen değişimin %0,8’i Sağlık Okuryazarlığı ölçeği tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,008$). Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinde meydana gelen artış Sağlık İletişimi Sorunlarına yansımaktadır ($B=0,11$).

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık İletişimi, Sağlık İletişimi Sorunları.

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I18, P36.

ABSTRACT

The concept of health literacy is seen as reading, understanding and using the health information of the individual to improve his/her health. Individuals who acquire this literacy at a high level can overcome the problems related to health communication. The study aims to determine the health literacy levels of individuals residing in Manisa and to reveal the effect of health literacy on health communication problems. The sample size is calculated to be 384, and a total of 586 individuals are included in the study. In the study, it is aimed to determine whether there is a difference between health literacy and its sub-dimensions and demographic characteristics, whether there is a difference between health communication problems and sub-dimensions and demographic characteristics, and whether there is an effect of health literacy on health communication problems. The data are collected using the questionnaire technique and analyzed using the SPSS 25 package program. Descriptive statistics, t-test analysis, ANOVA test analysis and regression analysis are used in the analysis of the data. As a result of the research, statistical significance is determined according to the regression analysis between the health literacy scale and the health communication problems scale ($p<0.05$). According to the analysis, 0.8% of the change in Health Communication Problems is explained by the Health Literacy scale ($R^2=0.008$). The increase in Health Literacy scale is reflected in Health Communication Problems ($B=0.11$).

Keywords: Health Literacy, Health Communication, Health Communication Problems.

JEL Classification Codes: I10, I18, P36.

* Bu çalışma Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ danışmanlığında Nazlı GÜL tarafından hazırlanmakta olan “Sağlık Okuryazarlığının Sağlık İletişimi Sorunlarına Etkisi: Manisa İli İçin Değerlendirme” başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanarak hazırlanmıştır. Çalışma için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2022-1095 sayılı ve 03.11.2022 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

¹ Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, ngul03555@gmail.com

² Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, akmnhl@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Health communication can be expressed as the application of communication concepts and theories to health-related interactions and processes between individuals for the purpose of improving health. The World Health Organization defines health literacy as an individual's ability to access, understand and use health information for the protection and maintenance of health. With the effective provision of health communication, an environment of trust is created in the health institution and health professionals, a healthy individual profile is formed, and there is a situation of mutual understanding. In addition, the information obtained in communication with a high level of health literacy is understood, responsibility is assumed in the way of being healthy, and it affects the absence of problems in health communication. In this context, the aim of the study is to reveal the effect of health literacy on health communication problems. In addition, the study reveals whether there is a difference between health literacy and its sub-dimensions and demographic characteristics, whether there is a difference between health communication problems and sub-dimensions and demographic characteristics.

Design/methodology/approach:

The population of the research consists of 1.456.626 adult individuals living in Manisa. Convenience sampling method was used in the research. It has been determined that 384 adults living in Manisa constitute the sample size of the research with the formula used in cases where the number of population is known. A total of 106 people were not included in the research since 99 people from outside of Manisa and seven people under the age of 18 participated in the research. As a result, a sufficient sample size was reached by including 586 people in the scope of the research. The data were collected online on a voluntary basis by the researcher between 01.06.2022 and 30.06.2022. Filling out the questionnaire takes 5-8 minutes. The collected data were transferred to the computer environment and analyzes were made with the SPSS 25.0 (Statistical Program for Social Sciences) program. Analysis of variance, t-test for independent groups, Pearson correlation analysis and regression analysis were performed in the study. In addition, LSD, Bonferroni and Tamhane's T2 tests from Post Hoc Tests were used to determine which groups caused the difference in the results that were found to be significant in the one-way analysis of variance.

Findings:

As a result of the research, statistical significance was determined according to the regression analysis between the health literacy scale and the health communication problems scale ($p < 0.05$). According to the analysis, 0.8% of the change in Health Communication Problems is explained by the Health Literacy scale ($R^2 = 0.008$). The increase in Health Literacy scale is reflected in Health Communication Problems ($B = 0.11$). In addition, a significant difference was found between health literacy and gender, marital status, age, education level, health status and occupation. A significant difference was found between health communication problems and gender, educational status and health status.

Conclusion and Discussion:

As a result of the analysis, a significant difference was found between health literacy and gender. It was concluded that men's health literacy levels are higher than women's. In addition, it was concluded that the health literacy levels of single individuals were higher than those of married individuals. In the study, it was determined that the level of health literacy increased in advancing ages. It has been determined that individuals working in the private sector have a higher level of health literacy than other occupations. In the study, it was determined that as the level of education increased, the level of health literacy decreased. According to the literature, it was concluded that the level of education does not directly affect the level of health literacy. In the study, the average score for the expression 'Health professionals (physicians, nurses, dentists and others) use a harsh language when talking about my disease' $\bar{x} = 2.71$, the average score for the expression 'I usually get nervous when I need an examination' $\bar{x} = 3.02$, 'The mean score for the expression 'I hesitate to express myself during the examination' was determined as $\bar{x} = 2.56$, and the mean score for the expression 'Doctors act hastily during the examination' was determined as $\bar{x} = 3.33$. In addition, 0.8% of the change in health communication problems is explained by health literacy. It has been determined that the increase in health literacy is reflected in health communication problems.

1. GİRİŞ

Toplumun kendi sağlığına ilişkin yükümlü olması, tedavi sürecine aktif bir şekilde katılması, sağlığını geliştirmek için uygun davranışlar sergilemesi önem arz etmektedir. Bu doğrultuda sağlık konusunda bilgiler edinmek, bu bilgileri anlayıp uygulamak ve sağlık sorunlarına yönelik farkındalığa sahip olmak gerekmektedir. Bu gereklilik ise sağlık okuryazarlığı ile kazanılmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı kavramı geçmişte insanların sağlıkla ilgili enformasyonları okuma, yazma ve elde edilen bilgileri uygulama becerileri olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde yapılan tanıma göre ise sağlık okuryazarlığı, sosyal yetenekleri ve iletişim becerilerini kapsayan, karar verme sürecini kolay hale getiren bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı, bireylerin tıbbi eğitim broşürlerini ve ilaç reçetelerini okuma, randevuları ile ilgili bilgileri ve sağlık profesyonellerinin açıklamalarını anlama, anladıklarını da karar verme sürecinde kullanma becerisini kapsamaktadır. Bu beceriye sahip olunduğunda sağlık okuryazarlığı düzeyi yükselmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olduğunda hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim anlaşılır bir hal almakta, tedaviye uyum kolaylaşmakta, faydalı sağlık çıktılarının meydana gelmesi söz konusu olmaktadır (Ölmez ve Barkan, 2015; Akbolat vd. 2016). Sağlık okuryazarlığı ile hastaların sağlık hizmeti alırken iletişim konusunda sorun yaşamamaları tedavi sürecini olumlu etkilemektedir. Bu çalışmada, sağlık iletişimi için göz ardı edilemeyecek öneme sahip olan sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarına olan etkisi açıklanmaktadır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

Temel okuryazarlık düzeyinin ve bilişsel gelişiminin yüksek olması sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkilemektedir. Okuma ve yazma yeteneğine sahip olmayan bireyler, sağlık bilgilerine daha az oranda ulaşmakta, ulaşılan bilgileri de uygun sağlık kararları vermede kullanamamaktadır. Bu doğrultuda bireylerin okuryazarlık durumunu geliştirmeye çalışması aynı zamanda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine zemin hazırlamaktadır (Nutbeam, 2000).

1974 yılında Simonds tarafından ele alınan “Health Education as Social Policy” isimli kitapta sağlık okuryazarlığı kavramı ilk defa kullanılmıştır (Simonds, 1974; Sezgin, 2013). Bunun yanında Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık okuryazarlığı, ‘sağlıklı durumu devam ettirme ve bu duruma fayda sağlayan yollarla; kişilerin bilgiye erişimi, bilgiyi anlayabilme ve kullanma becerisi ile güdüsünü belirleyen sosyal ve bilişsel yetenekler’ şeklinde tanımlanarak genel kapsamı ortaya konulmuştur (Sezgin, 2013).

Bir toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek seviyede olması önem arz etmektedir. Artan sağlık okuryazarlığı düzeyi ile bireyler sağlık olanaklarına erişebilmekte, bunları verimli bir biçimde kullanabilmektedir. Sağlık kurumunu seçme konusunda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması doğru karar vermeyi sağlamaktadır. Artan sağlık okuryazarlığı ile bireyler birinci basamak sağlık kuruluşlarında çözülecek bir sağlık sorunu için üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunu tercih etmeyecektir. Bu çerçevede de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda gereksiz kalabalıklar meydana gelmeyecektir. Ayrıca sağlık profesyonellerini tanıma, onların açıklamalarını anlama, onları sağlık sorunları çerçevesinde tam bilgilendirebilme, teşhis ve tedavi sürecine katılma yeteneği hastaların yüksek sağlık okuryazarlığı düzeylerine bağlı olmaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireyler, sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde faydalanmakta, yeterli sağlık bilgisini edinmektedir. Bu bireyler sayesinde sağlık hizmetlerinin maliyetleri azalmakta, yaşam kalitesi ile sağlık hizmetleri kalitesi yükselmektedir (Altun 2021). Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan kişiler yeteri kadar sağlık bilgisine sahip olmadıklarından dolayı sağlık sorunu yaşama riskleri ve hastaneye yatma süreleri artmakta, sağlık profesyonellerini anlamakta güçlük çekmekte, sağlık hizmetleri maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır (Çatı vd. 2018). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında iletişim sorununun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi hastaların medikal kelime ve kavramlara yabancı olması ile yerinde soru sormaların önüne geçmektedir. Bunun yanında hastaların sağlık profesyonellerini anlamayıp soru sormaya utanma, mahcup olma vb. davranışlar gösterme eğilimi ortaya çıkmaktadır. Sağlık profesyonelleri hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğunu düşünerek tıbbi bilgileri ve talimatları anlayıp anlamadıklarıyla ilgilenmemektedir (Kripalani ve Waiss, 2006; Sezgin, 2013).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan kişilere göre, sağlık bilgilerini doğru anlamama durumu yüksek olmakta, tıbbi sorumluluklarını yerine getirememekte, sağlık

hizmetlerini sık sık ya da çok az kullanmakta, daha fazla sağlık sorunu yaşamaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması hususunda yalnızca bireyin değil, sağlık hizmeti sağlayıcılarında gayret göstermeleri gerekmektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta ile iletişimde anlaşılır bir dil kullanmak, hasta merkezli eğitim gereçleri kullanmak, sağlık çalışanlarını sağlık okuryazarlığı alanında eğitmek, hasta formlarını daha açık bir şekilde düzenlemek, hasta ile iletişimde öğretmeyi amaçlamak, sağlık bilgisinin doğru anlaşılıp anlaşılmadığını değerlendirmek vb. faaliyetlerde bulunmaları düşük sağlık okuryazarlığı sorununu çözmektedir (Wynia ve Osborn, 2010; Sezgin, 2013).

2.2. Sağlık İletişimi Sorunları

İnsanların sosyal ilişkilerde bulunmak için kendilerini ifade etmeleri ve başkalarını anlamaları gerekmektedir. Bunların olması içinde iletişimin kurulması şart olmaktadır. Yaşamın göz ardı edilmeyen bir parçası olan iletişim kavramı sağlık konusunda da önem arz etmektedir. Sağlık hizmeti ortamlarında hastalar ve sağlık profesyonellerinin bilgi alışverişi aracı olan iletişim önemli bir role sahip olmaktadır. Hastalar ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim anlayışlı, açık, zamanında, yanlış olmayan ve çift taraflı olduğunda ortaya etkili iletişim çıkmaktadır. Ortaya çıkan bu etkili iletişim ile başarılı tedavi sonuçları, kaliteli hizmet, karşılıklı güven ilişkisi elde edilmektedir. Ayrıca hastalara müşteri gözüyle bakan sağlık kuruluşları, sağlık hizmetini kaliteli bir şekilde sunup pazarlayarak hastaların sağlık kuruluşunu seçmelerini sağlamaktadır. Bunda hastalarla etkili iletişim kurmanın payı büyük olmaktadır (Parlayan ve Dökme, 2016; Zhao, 2021).

Sağlık iletişiminin birtakım türleri, yöntemleri ve modelleri bulunmaktadır. Kişisel, kişilerarası, örgütsel ve toplumsal iletişim kavramları sağlık iletişiminin türleri iken halkla ilişkiler, sosyal pazarlama ve medya savunuculuğu sağlık iletişiminin yöntemleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında sağlık iletişiminin semiyotik, retorik, fenomenolojik, sibernetik, sosyo-kültürel, sosyo-psikolojik gibi modelleri bulunmaktadır.

Sağlık alanında etkili ve doğru olmayan iletişimin kurulması olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Kötü iletişim sağlık profesyonellerinden dolayı ortaya çıktığında, sağlık profesyonellerine ve sağlık kuruluşuna güvensizliği meydana getirirken; hastalardan dolayı ortaya çıktığında, sağlık profesyonelleri ile çatışma ortamı ve güç hasta profili oluşmaktadır. Sağlık profesyonelleri ile hasta iletişimine gereken önemin verilmemesi, sağlık profesyonellerinin gereken neyse onun yapılacağı konusunda hastaların kendilerine güvenmelerini ummaları, sağlık sorunu yaşayan hastanın ve hasta yakınının stres ve gerginlik yaşamaları, sağlık profesyonellerinin hastaları bilgilendirme konusunun zaman israfı olacağını düşünerek bilgilendirmeyi göz ardı etmeleri sağlık iletişimi sorunlarına neden olmaktadır. Ayrıca sağlık profesyonellerinin bilgi ve otoritelerinden dolayı hastalarla olan iletişimlerinde asimetrik iletişim ortamı kurulmaktadır. Bilgiye sahip taraf yönlendirici, üstün konumda bulunmaktadır. Kurulan iletişimde her iki tarafta söylenenleri anladığında ve denge kurulduğunda çift taraflı bilgi alışverişi söz konusu olmaktadır (Başol, 2018).

Sağlık iletişimi konusuna bakıldığında, geçmiş ve yeni dönem anlayış farklılıkları olduğunu görmekteyiz. Hastalığın merkeze alındığı, sağlık profesyonellerinin üstün olduğu, üretimin lider olduğu, biyomedikal anlayışın hâkim olduğu dönemde etkili sağlık iletişiminin kurulması güç olmaktadır. Ancak hastanın merkezde ve üstün olduğu, isteğin lider olduğu, biyopsikososyal anlayışta etkili ve başarılı iletişimin kurulması söz konusu olmaktadır (Başol, 2018).

Yaşanan sağlık iletişimi sorunlarına yönelik sağlık profesyonelleri hastalara kapsamlı bilgi vermeden önce hastaların hastalık hakkında temel anlayışını değerlendirmesi, sade bir dil kullanarak her şeyi net bir biçimde açıklaması, tıbbi terimlerden ve belirsiz kelimelerden kaçınması, hastaları soru sormaya teşvik etmesi, hastanın söylenenleri anladığını doğrulaması, önemli talimatları yazması, yararlı eğitim materyalleri sağlaması gerekmektedir (Kripalani ve Weiss 2006).

Zamanla gelişen teknoloji ve artan internet kullanımı ile etkili sağlık iletişimi ortamının kurulması yönünde değişimler yaşanmaktadır. Bu çerçevede sağlık problemleri hakkında iletişimde bulunmak için toplum, hastalar ve sağlık profesyonelleri ortaya çıkan yeni medya mecralarını kullanmaktadır (Moorhead vd. 2013).

Bu araştırma sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık iletişimi sorunlarını nasıl etkilediğini saptama nedeniyle yapılmıştır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu makaleye konu olan çalışmanın amacı yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık iletişimi sorunlarına etkisinin incelenmesidir. Tıp alanındaki gelişmeler ile birçok hastalığın tedavisi bulunmuştur. Yapılan tedavilerle hastaların sağlık durumlarındaki iyileştirmeleri sürdürmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık konusunda bilgiye sahip olup bunu sağlığın geliştirilmesi için kullanmak önem arz etmektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı seviyesinin yüksekliği ile sağlık bilgisi edinme, bilgiyi anlama ve sağlık probleminin çözümü çerçevesinde kullanma söz konusu olmaktadır. Ayrıca yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesi ile hasta ve sağlık profesyonelleri arasında etkili bir iletişim kurularak, sağlık kuruluşuna ve profesyonellerine güvenen, başarılı tedavi sonuçları elde eden hasta profili ortaya çıkmaktadır. Sonuçta da hem hasta hem de sağlık profesyonelleri memnun olmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarına etkisinin araştırıldığı bu çalışma yerel literatüre kazandırılıp katkıda bulunarak bu konuda yapılan çalışmalara öncülük etmesi çalışmanın önemini ortaya koymaktadır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma yetişkinler üzerinde gerçekleştirilen kesitsel bir araştırmadır.

3.3. Araştırma Etiği

Bu araştırma için Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2022 yılı, 10 no'lu toplantı ve 1095 proje numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışma Manisa ilinde yaşayan 18 yaş ve üstü bireyler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma evreni Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2021 yılı verilerine göre Manisa ilinde yaşayan 18 yaş ve üstü 1.105.698 bireyden oluşmaktadır. Araştırma Manisa ilini ve burada yaşayan yetişkin bireyleri ele aldığından Manisa ili dışından katılan ve bu ilde yaşayan 18 yaşın altında olup araştırmaya katılan bireyler araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

$$n_0 = [(t \times s) / d]^2, \quad (1)$$

$$n = [n_0 / (1 + (n_0 / N))] \quad (2)$$

Evreni bilinen örneklem hesaplama formülünden yola çıkılarak yeterli örneklem sayısı elde edilmiştir (Gürbüz ve Şahin, 2018).

Gerekli değerler formülde yerine yerleştirildiğinde;

$$n_0 = [(1,96 \times 0,5) / 0,05]^2 = 384,16 \quad (3)$$

$$n = [384,16 / (1 + (384,16 / 1.105.698))] = 384,02 \quad (4)$$

örneklem sayısı bulunmuştur. Evrenin bilindiği durumlarda yararlanılan formülle Manisa'da yaşayan 384 yetişkinin araştırmanın örneklem hacmini oluşturduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya Manisa ili dışından 99 kişi ve 18 yaşından küçük yedi kişi katıldığından toplamda 106 kişi araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Bunun sonucunda toplamda 586 kişi araştırma kapsamına dahil edilerek yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır. Örneklem belirlemede kolayda örnekleme metodundan yararlanılmıştır. Neuman'ın (2010) belirttiği çeşitli evrenler için örneklem tablosuna göre 400 kişilik bir örneklemin 1.000.000 kişilik bir evreni %95 güven düzeyi ile temsil ettiği bilinmektedir. Bu çalışmaya da 586 kişi dahil edilmiştir.

Araştırma kapsamına dahil edilen katılımcılara ait tanımlayıcı özelliklere ait bulgulara Tablo 1'de yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Özellikler (n=586)		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	374	63,8
	Erkek	212	36,2
Yaş	18-25	298	50,9
	26-33	109	18,6
	34 ve üzeri	179	30,5
Medeni durum	Evli	350	59,7
	Bekar	236	40,3
Gelir durumu	0-2500₺	188	32,1
	2501-5000₺	218	37,2
	5001 ₺ ve üzeri	180	30,7
Eğitim düzeyi	İlköğretim	110	18,8
	Lise	174	29,7
	Üniversite ve üzeri	302	51,5
Sağlık durumu	Çok iyi	142	24,2
	İyi	339	57,8
	Orta ve düşük	105	17,9
Meslek	Kamu çalışanı	66	11,3
	Özel sektör	213	36,3
	Ev hanımı ve işsiz	131	22,4
	Öğrenci	176	30,0
Son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı	1-3 defa	359	61,3
	4 defa ve üzeri	227	38,7
En son başvuru hastane	Manisa Şehir Hastanesi	256	43,7
	Merkez Efendi Devlet Hastanesi	156	26,6
	Özel Grandmedical ve Sekiz Eylül Hastanesi, ADSM	103	17,6
	CBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi	71	12,1
Bu hastaneye başvuru sebebi	Evime yakın olması	202	34,5
	Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması	106	18,1
	Eş-dost tavsiyesi ve hastaneye duyduğum güven	75	12,8
	Hastane personelinin nezaketi ve hastanede çalışan doktorların daha bilgili olması	57	9,7
	Ulaşımının kolay olması	63	10,8
	Diğer	83	14,2
Bu hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşadınız mı?	Evet	88	15,0
	Hayır	498	85,0

Tablo 1’de görüldüğü üzere çalışmaya katılanların %63,8’i kadın, %50,9’u 18-25 yaş aralığında bulunmakta ve %59,7’si evlidir. Katılımcıların %37,2’si 2501-5000 ₺ gelire sahiptir. Araştırma verilerinin toplandığı dönemde asgari ücret 4250 tl’dir. Katılımcıların %51,5’inin eğitim düzeyi üniversite ve üzerinde, %57,8’inin sağlık durumu iyi, %36,3’ü özel sektör çalışanı, %61,3’ü son bir yılda sağlık kuruluşuna 1-3 defa gitmiştir. Katılımcıların en son başvurdukları hastane %43,7 oranı ile Manisa Şehir Hastanesi olmaktadır. Ayrıca katılımcıların hastaneyi tercih sebebi ise %34,5 oranıyla evlerine yakın olmasından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların %85’i başvurdukları hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşamamışlardır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama amacıyla yararlanılan anket formu toplamda üç kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda araştırmacı tarafından katılımcıların demografik bilgilerine ulaşmak üzere hazırlanan yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, sağlık durumu, bir yılda hastaneye başvuru sayısı, en son başvurulmuş hastane, bu hastanenin tercih edilmesi nedenleri, bu hastaneden sağlık çalışanları ile iletişim sorunlarının yaşanıp yaşanmadığına dair sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise Türkoğlu ve Kılıç (2021) tarafından Türkçeye uyarlanan 14 maddelik ve “fonksiyonel sağlık okuryazarlığı”, “interaktif sağlık okuryazarlığı” ve “eleştirel sağlık okuryazarlığı” olarak üç alt boyutlu Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) kullanılmıştır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır. Anketin üçüncü bölümünde ise Yeşildal ve diğerleri (2021) tarafından geliştirilen 13 maddelik Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği’nden yararlanılmıştır. Söz konusu ölçek Etkili İletişim, Sosyal İletişim ve İletişim Engelleri olmak üzere toplamda üç alt boyuttan oluşmaktadır. Geliştirilen ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha katsayısı 0,88 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması ve Analizi

Veriler araştırmacı tarafından 01.06.2022-30.06.2022 tarihleri arasında gönüllülük esasında çevrimiçi olarak kolayda örnekleme yöntemiyle toplanmıştır. Anketin doldurma işlemi 5-8 dakika sürmektedir. Toplanan veriler bilgisayara aktararak SPSS 25,0 (Statistical Programme for Social Sciences) programı ile analizler yapılmıştır. Veriler üzerinde analizler yapılmadan önce normal dağılıma uyup uymadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda ölçek puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere yapılan istatistiksel analiz ile çarpıklık ve basıklık değerlerine ulaşılmaktadır. Sosyal bilimlerde bu değerlerin +1,5 ve -1,96 aralığında bulunması normal dağılımı sağlamaktadır.

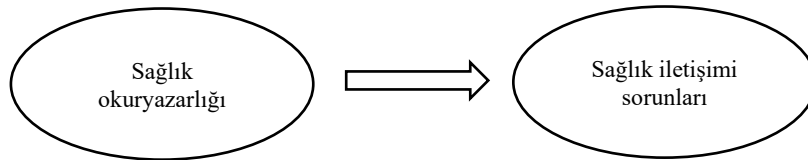
Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeğinin Normallik Dağılımları

Ölçekler	Skewness	Kurtosis
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0,225	1,131
Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği	0,171	0,033

Araştırmada kullanılan ölçek puanlarının Tablo 2’de görülen değerler arasında olması ile normal dağılımın sağlandığı tespit edilmiştir. Bu çerçevede tanımlayıcı istatistikler yanında normal dağılım sağlandığından parametrik analiz yöntemlerinden varyans analizi, pearson korelasyon testi, bağımsız gruplarda t testi ve basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Ayrıca tek yönlü varyans analizinde anlamlı bulunan sonuçlarda farkın hangi grup veya gruplardan kaynaklı olduğunun belirlenmesi için ise Post Hoc Testlerinden LSD, Bonferroni ve Tamhane’s T2 testleri kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Modeli

Şekil 1. Araştırmanın Modeli



3.8. Araştırma Soruları

- Sağlık Okuryazarlığı ile cinsiyet, yaş, medeni hal ve öğrenim düzeyi gibi demografik değişkenler arasında istatistiki olarak bir farklılık var mıdır?
- Sağlık İletişimi Sorunları ile yaş, cinsiyet, medeni hal ve öğrenim düzeyi gibi demografik özellikler arasında istatistiki olarak bir farklılık var mıdır?
- Sağlık Okuryazarlığının Sağlık İletişimi Sorunlarına bir etkisi var mıdır?
- Sağlık Okuryazarlığının Sağlık İletişimi Sorunlarına nasıl bir etkisi bulunmaktadır?

4. BULGULAR

Araştırma sorularına göre veriler üzerinde yapılan analiz sonuçları tablo şeklinde bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin t Testi Analizi

		SOY ölçeği	Alt Boyutlar		
			Fonksiyonel SOY	İnteraktif SOY	Eleştirel SOY
Cinsiyet	Kadın	3,51±0,44	2,52±0,87	4,00±0,56	4,14±0,64
	Erkek	3,64±0,52	2,71±0,98	4,11±0,68	4,20±0,73
<i>t</i>		t=-2,89	t=-2,36	t=-1,89	t=-1,01
<i>p</i>		p=0,00	p=0,01	p=0,05	p=0,31
Medeni durum	Evli	3,51±0,45	2,44±0,86	4,04±0,59	4,17±0,68
	Bekar	3,63±0,49	2,81±0,96	4,04±0,64	4,15±0,67
<i>t</i>		t=-3,09	t=-4,68	t=0,04	t=0,38
<i>p</i>		p=0,002	p=0,000	p=0,966	p=0,703
Son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı	1-3 defa	3,55±0,48	2,56±0,90	4,04±0,63	4,17±0,68
	4 defa ve üzeri	3,57±0,46	2,64±0,94	4,04±0,57	4,16±0,67
<i>t</i>		t=-0,66	t=-1,00	t=-0,06	t=0,13
<i>p</i>		p=0,504	p=0,316	p=0,947	p=0,896
Hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama	Evet	3,61±0,43	2,78±0,91	4,00±0,54	4,17±0,62
	Hayır	3,55±0,48	2,56±0,92	4,05±0,62	4,16±0,68
<i>t</i>		t=1,15	t=2,10	t=-0,68	t=0,05
<i>p</i>		p=0,250	p=0,036	p=0,491	p=0,958

Tablo 3'te araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile demografik özelliklerinin karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet ve medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Alt boyutlardan biri olan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ve interaktif sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında istatistiksel yönden anlamlılık tespit edilirken ($p<0,05$); eleştirel sağlık okuryazarlığı ile cinsiyet arasında istatistiki açıdan anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile medeni hal arasında istatistiki açıdan anlamlılık tespit edilirken ($p<0,05$); interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı ile medeni hal arasında istatistiki yönden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık okuryazarlığı ile son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ve hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu arasında istatistiki açıdan anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı arasında istatistiki açıdan anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu arasında istatistiki yönden anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). İnteraktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı ile son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı, hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu arasında istatistiki yönden anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin t Testi Analizi

		Sağlık iletişimi sorunları ölçeği	Alt Boyutlar		
			Etkili iletişim	Sosyal iletişim	İletişim engelleri
Cinsiyet	Kadın	2,83±0,61	3,08±0,48	3,11±0,62	3,14±0,82
	Erkek	2,71±0,63	3,25±0,57	3,04±0,67	3,14±0,90
<i>t</i>		t=2,16	t=-3,72	t=1,21	t=-0,03
<i>p</i>		p=0,031	p=0,000	p=0,223	p=0,975

		Sağlık iletişimi sorunları ölçeği	Alt Boyutlar		
			Etkili iletişim	Sosyal iletişim	İletişim engelleri
Medeni durum	Evli	2,77±0,63	3,13±0,51	3,09±0,63	3,09±0,84
	Bekar	2,82±0,60	3,16±0,55	3,08±0,65	3,21±0,85
<i>t</i>		t=-0,97	t=-0,76	t=0,21	t=-1,67
<i>p</i>		p=0,330	p=0,443	p=0,832	p=0,095
Son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı	1-3 defa	2,77±0,61	3,18±0,55	3,11±0,65	3,12±0,84
	4 defa ve üzeri	2,81±0,64	3,09±0,49	3,05±0,61	3,17±0,86
<i>t</i>		t=-0,72	t=2,03	t=0,98	t=-0,69
<i>p</i>		p=0,468	p=0,042	p=0,324	p=0,491
Hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama	Evet	3,16±0,62	3,02±0,64	3,06±0,69	3,55±0,85
	Hayır	2,72±0,60	3,16±0,50	3,09±0,63	3,06±0,83
<i>t</i>		t=6,30	t=-1,94	t=-0,37	t=5,02
<i>p</i>		p=0,000	p=0,054	p=0,711	p=0,000

Tablo 4'te katılımcıların sağlık iletişimi sorunları ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile demografik özelliklerinin karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Sağlık iletişimi sorunları ile cinsiyet, hastane çalışanlarıyla sorun yaşama durumu arasında istatistiki açıdan anlamlılık bulunmamıştır ($p < 0,05$). Sağlık iletişimi sorunları ile medeni durum ve son bir yılda hastaneye başvuru sayısı arasında istatistiksel yönden anlamlılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Etkili iletişim alt boyutu ile cinsiyet ve son bir yılda hastaneye başvuru sayısı arasında istatistiki yönden anlamlılık bulunmamıştır ($p < 0,05$). Etkili iletişim alt boyutu ile medeni durum ve hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu arasında istatistiki yönden anlamlılık tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Sosyal iletişim alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum, son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ve hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). İletişim engelleri alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum, son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı arasında istatistiki açıdan anlamlılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). İletişim engelleri ile ve hastane çalışanlarıyla iletişim sorunu yaşama durumu arasında istatistiki yönden anlamlılık elde edilmiştir ($p < 0,05$).

Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin ANOVA testi

		SOY ölçeği	Alt Boyutlar		
			Fonksiyonel SOY	İnteraktif SOY	Eleştirel SOY
Yaş	18-25 ¹	3,46±0,41	2,36±0,79	4,02±0,57	4,12±0,67
	26-33 ²	3,54±0,49	2,54±0,84	4,00±0,68	4,19±0,69
	34 ve üzeri ³	3,73±0,51	2,99±1,03	4,08±0,62	4,23±0,67
<i>Test ve p değeri</i>		F=18,32 p=0,000	F=24,34 p=0,000	F=0,76 p=0,467	F=1,46 p=0,231
<i>Post-Hoc</i>		3 ¹ >1,2	3 ¹ >1,2	-	-
Gelir durumu	0-2500 ¹	3,51±0,44	2,52±0,92	3,99±0,58	4,15±0,64
	2501-5000 ²	3,60±0,52	2,72±0,96	4,04±0,64	4,14±0,72
	5001 ve üzeri ³	3,56±0,44	2,51±0,85	4,09±0,59	4,20±0,64
<i>Test ve p değeri</i>		F=1,60 p=0,202	F=3,51 p=0,031	F=1,09 p=0,335	F=0,37 p=0,689
<i>Post-Hoc</i>		-	2 ¹ >1,3	-	-
Eğitim düzeyi	İlköğretim ¹	3,63±0,60	3,03±1,01	3,89±0,75	4,07±0,78
	Lise ²	3,60±0,47	2,55±0,92	4,14±0,58	4,24±0,67
	Üniversite ve üzeri ³	3,50±0,42	2,45±0,83	4,03±0,55	4,15±0,63

		SOY ölçeği	Alt Boyutlar		
			Fonksiyonel SOY	İnteraktif SOY	Eleştirel SOY
<i>Test ve p değeri</i>		F=4,02 p=0,019	F=14,45 p=0,000	F=4,88 p=0,000	F=1,80 p=0,166
<i>Post-Hoc</i>		1 [!] ,2 [!] >3	1 [!] >2,3	2 [!] >1	-
Sağlık durumu	Çok iyi ¹	3,58±0,53	2,44±0,97	4,19±0,70	4,26±0,72
	İyi ²	3,51±0,44	2,54±0,86	3,99±0,56	4,13±0,65
	Orta ve düşük ³	3,67±0,47	2,96±0,94	3,99±0,60	4,16±0,66
<i>Test ve p değeri</i>		F=4,76 p=0,009	F=11,28 p=0,000	F=4,59 p=0,011	F=1,90 p=0,149
<i>Post-Hoc</i>		3 ^b >2	3 ^b >1,2	1 [!] >2,3	-
Meslek	Kamu çalışanı ¹	3,44±0,46	2,45±0,84	3,98±0,54	4,00±0,74
	Özel sektör ²	3,70±0,51	2,72±0,99	4,20±0,62	4,29±0,69
	Ev hanımı ve İşsiz ³	3,53±0,46	2,71±0,97	3,89±0,59	4,10±0,61
	Öğrenci ⁴	3,45±0,39	2,40±0,77	3,97±0,58	4,12±0,65
<i>Test ve p değeri</i>		F=10,32 p=0,000	F=5,66 p=0,001	F=8,36 p=0,000	F=4,36 p=0,000
<i>Post-Hoc</i>		2 [!] >1,3,4	4 [!] <2,3	2 [!] >1,3,4	2 ^b >1
En son başvuru hastane	Manisa Şehir Hastanesi ¹	3,52±0,49	2,65±0,97	3,98±0,61	4,05±0,71
	Merkez Efendi Devlet Hastanesi ²	3,58±0,43	2,53±0,87	4,08±0,55	4,26±0,60
	Özel Grandmedical ve Sekiz Eylül Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi ³	3,59±0,51	2,63±0,91	4,04±0,70	4,24±0,65
	CBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi ⁴	3,57±0,43	2,45±0,83	4,13±0,55	4,26±0,68
<i>Test ve p değeri</i>		F=0,74 p=0,523	F=1,14 p=0,331	F=1,52 p=0,207	F=4,70 p=0,000
<i>Post-Hoc</i>		-	-	-	2 ^b >1
Bu hastaneye başvuru sebepleri	Evime yakın olması ¹	3,59±0,50	2,70±0,93	4,03±0,63	4,15±0,68
	Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması ²	3,55±0,48	2,53±0,93	4,06±0,56	4,20±0,76
	Eş-dost tavsiyesi ve hastaneye duyduğum güven ³	3,53±0,48	2,50±0,91	4,04±0,61	4,18±0,68
	Hastane personelinin nezaketi ve hastanede çalışan doktorların daha bilgili olması ⁴	3,57±0,53	2,48±0,99	4,15±0,80	4,21±0,72
	Ulaşımının kolay olması ⁵	3,61±0,42	2,68±0,89	4,05±0,48	4,22±0,53
	Diğer ⁶	3,46±0,37	2,48±0,82	3,95±0,52	4,07±0,60
<i>Test ve p değeri</i>		F=1,06 p=0,380	F=1,33 p=0,247	F=0,67 p=0,646	F=0,47 p=0,793
<i>Post-Hoc</i>		-	-	-	-
<i>Post-Hoc Testleri b=Bonferroni, t=Tamhane's T2, L=LSD</i>					

Tablo 5’te katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması ile gelir durumu, en son başvuru hastane ve bu hastaneye başvuru sebepleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin puan ortalaması ile yaş, eğitim düzeyi, sağlık durumu ve meslek arasında istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu durumda 34 yaş ve üzerindeki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin 18-25 ile 26-33 yaş aralığında olanlara göre daha yüksek olduğu, eğitim düzeyi ilköğretim ve lise olanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin üniversite ve üzerindeki göre daha yüksek olduğu, sağlık durumu orta ve düşük olanların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık durumu iyi olanlara göre daha yüksek olduğu, özel sektör çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin kamu çalışanlarına, ev hanımları ve işsizlere, öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alt boyutlardan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ile en son başvuru hastane ve bu hastaneye başvuru sebepleri arasında istatistiksel yönden anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ile yaş, gelir durumu, eğitim düzeyi, sağlık durumu ve meslek arasında istatistiksel açıdan anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre 34 yaş ve üzerindeki ortalamasının 18-25 ve 26-33 yaş aralığında olanlara göre daha yüksek olduğu, gelir durumu 2501-5000 ₺ arasında olanların ortalamasının gelir durumu 0-2500 ₺ ile 5001 ₺ ve üzerindeki göre daha yüksek olduğu, eğitim düzeyi ilköğretim olanların ortalamasının lise ile üniversite ve üzerindeki göre daha yüksek olduğu, sağlık durumu orta ve düşük olanların ortalamasının sağlık durumu çok iyi ve iyi olanlara göre daha yüksek olduğu, öğrencilerin ortalamasının özel sektör çalışanlarına, ev hanımları ve işsizlere, göre daha düşük olduğu saptanmıştır. İnteraktif sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile yaş, gelir durumu, en son başvuru hastane ve bu hastaneye başvuru sebepleri arasında istatistiksel yönden anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$). İnteraktif sağlık okuryazarlığı ile eğitim düzeyi, sağlık durumu ve meslek arasında istatistiksel açıdan anlamlılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre eğitim düzeyi lise olanların ortalamasının eğitim düzeyi ilköğretim olanlardan daha yüksek olduğu, sağlık durumu çok iyi olanların ortalamasının sağlık durumu iyi ile orta ve düşük olanlardan daha yüksek olduğu, özel sektör çalışanlarının ortalamasının kamu çalışanlarına, ev hanımları ve işsizlere, öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eleştirel sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile yaş, gelir durumu, eğitim düzeyi, sağlık durumu ve hastaneye başvuru sebepleri arasında istatistiksel yönden anlamlılık elde edilmemiştir ($p>0,05$). Eleştirel sağlık okuryazarlığı ile meslek ve en son başvuru hastane arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumda özel sektör çalışanlarının ortalamasının kamu çalışanlarına göre daha yüksek olduğu, Merkez Efendi Devlet Hastanesi’ne başvuranların ortalamasının Manisa Şehir Hastanesi’ne göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin ANOVA Testi

		Sağlık iletişimi sorunları ölçeği		Alt Boyutlar	
			Etkili iletişim	Sosyal iletişim	İletişim engelleri
Yaş	18-25 ¹	2,75±0,60	3,13±0,50	3,09±0,61	3,08±0,80
	26-33 ²	2,80±0,74	3,15±0,57	3,08±0,68	3,15±0,98
	34 ve üzeri ³	2,83±0,58	3,16±0,54	3,09±0,66	3,21±0,84
<i>Test ve p değeri</i>		F=0,87 p=0,419	F=0,24 p=0,783	F=0,01 p=0,985	F=1,42 p=0,244
<i>Post-Hoc</i>		-	-	-	-
Gelir durumu	0-2500 ¹	2,82±0,62	3,08±0,47	3,12±0,62	3,13±0,82
	2501-5000 ²	2,81±0,60	3,18±0,57	3,16±0,64	3,16±0,84
	5001 ve üzeri ³	2,72±0,65	3,16±0,52	2,96±0,63	3,11±0,89
<i>Test ve p değeri</i>		F=1,47 p=0,230	F=1,88 p=0,152	F=5,47 p=0,004	F=0,16 p=0,851
<i>Post-Hoc</i>		-	-	3 ^b <1,2	-
Eğitim düzeyi	İlköğretim ¹	2,93±0,62	3,23±0,56	3,30±0,73	3,34±0,88
	Lise ²	2,68±0,64	3,19±0,56	3,04±0,65	3,04±0,92
	Üniversite ve üzeri ³	2,80±0,60	3,08±0,48	3,03±0,57	3,12±0,78

		Sağlık iletişimi sorunları ölçeği	Alt Boyutlar		
			Etkili iletişim	Sosyal iletişim	İletişim engelleri
<i>Test ve p değeri</i>		F=5,56 p=0,004	F=4,43 p=0,011	F=6,40 p=0,002	F=4,44 p=0,012
<i>Post-Hoc</i>		1 ^b >2	1 ^t >3	1 ^t >2,3	1 ^t >2
Sağlık durumu	Çok iyi ¹	2,62±0,62	3,27±0,58	3,08±0,72	2,99±0,87
	İyi ²	2,80±0,60	3,12±0,50	3,07±0,59	3,14±0,82
	Orta ve düşük ³	2,97±0,64	3,03±0,50	3,15±0,66	3,33±0,88
<i>Test ve p değeri</i>		F=9,69 p=0,000	F=6,58 p=0,001	F=0,56 p=0,567	F=4,91 p=0,000
<i>Post-Hoc</i>		1 ^b , 2 ^b , 3 ^b	1 ^b >2,3	-	3 ^b >1
Meslek	Kamu çalışanı ¹	2,75±0,52	3,06±0,51	2,95±0,64	3,10±0,84
	Özel sektör ²	2,75±0,66	3,24±0,55	3,06±0,67	3,17±0,89
	Ev hanımı ve işsiz ³	2,87±0,67	3,07±0,55	3,15±0,64	3,20±0,88
	Öğrenci ⁴	2,78±0,57	3,10±0,47	3,12±0,59	3,06±0,77
<i>Test ve p değeri</i>		F=1,05 p=0,370	F=4,31 p=0,005	F=1,58 p=0,192	F=0,83 p=0,478
<i>Post-Hoc</i>		-	2 ^b >3	-	-
En son başvuru hastane	Manisa Şehir Hastanesi ¹	2,85±0,65	3,15±0,59	3,12±0,67	3,20±0,89
	Merkez Efendi Devlet Hastanesi ²	2,75±0,56	3,17±0,52	3,10±0,60	3,12±0,83
	Özel Grandmedical ve Sekiz Eylül Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi ³	2,76±0,60	3,03±0,40	2,96±0,60	3,10±0,80
	CBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi ⁴	2,71±0,65	3,22±0,45	3,11±0,65	2,99±0,80
<i>Test ve p değeri</i>		F=1,16 p=0,322	F=3,21 p=0,024	F=1,75 p=0,155	F=1,34 p=0,259
<i>Post-Hoc</i>		-	4 ^t >3	-	-
Bu hastaneye başvuru sebepleri	Evime yakın olması ¹	2,90±0,62	3,17±0,60	3,18±0,65	3,28±0,84
	Hastanenin hizmet kalitesinin iyi olması ²	2,66±0,62	3,23±0,56	3,12±0,75	2,98±0,94
	Eş-dost tavsiyesi ve hastaneye duyduğum güven ³	2,62±0,63	3,14±0,46	3,03±0,54	2,93±0,81
	Hastane personelinin nezaketi ve hastanede çalışan doktorların daha bilgili olması ⁴	2,65±0,56	3,14±0,39	3,05±0,70	3,01±0,80
	Ulaşımının kolay olması ⁵	2,91±0,65	3,05±0,43	3,04±0,55	3,29±0,86
	Diğer ⁶	2,81±0,56	3,02±0,46	2,94±0,53	3,14±0,74
<i>Test ve p değeri</i>		F=4,48 p=0,00	F=2,30 p=0,062	F=2,25 p=0,051	F=3,56 p=0,003
<i>Post-Hoc</i>		1 ^b >2,3	-	-	1 ^b >2,3

Tablo 6’da katılımcıların Sağlık İletişimi Sorunları ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Sağlık iletişimi sorunları ile yaş, gelir durumu, meslek ve en son başvuru hastane arasında

istatistiki açıdan anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Sağlık iletişimi sorunları ile sağlık durumu arasında istatistiki açıdan anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu anlamlılık sağlık durumu çok iyi, iyi, orta ve düşük düzeylerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık iletişimi sorunları ile eğitim düzeyi ve hastaneye başvuru sebepleri arasında istatistiki açıdan anlamlılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre eğitim düzeyi ilköğretim olanların ortalamasının eğitim düzeyi lise olanlardan daha büyük olduğu, hastaneye başvuru sebeplerinde eve yakın olması durumunun ortalamasının hastane kalitesinin iyi olması, eş-dost tavsiyesi ve hastaneye duyulan güven nedenlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alt boyutlardan etkili iletişim ile yaş, gelir durumu ve hastaneye başvuru sebepleri arasında istatistiki açıdan anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Etkili iletişim ile eğitim düzeyi, sağlık durumu, meslek ve en son başvuru hastane arasında istatistiki açıdan anlamlılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre eğitim düzeyi ilköğretim olanların ortalaması eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanlardan daha yüksek olduğu, sağlık durumu çok iyi olanların ortalamasının sağlık durumu iyi ile orta ve düşük olanlardan daha yüksek olduğu, özel sektör çalışanlarının ortalamasının ev hanımı ve işsiz olanlardan daha yüksek olduğu, CBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi ortalamasının Özel Grandmedical, Özel Sekiz Eylül ve Ağız ve Diş Sağlığı hastanelerinden yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal İletişim alt boyutu ile yaş, sağlık durumu, meslek, en son başvuru hastane ve bu hastaneye başvuru sebepleri arasında istatistiki yönden anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Sosyal iletişim ile gelir durumu ve eğitim düzeyi arasında istatistiki olarak anlamlılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre gelir durumu 5001 ₺ ve üzerinde olanların ortalamasının gelir durumu 0-2500 ₺ ve 2501-5000 ₺ arasında olanlardan daha yüksek olduğu, eğitim düzeyi ilköğretim olanların ortalamasının eğitim düzeyi lise ile üniversite ve üzeri olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. İletişim Engelleri alt boyutu ile yaş, gelir, meslek ve en son başvuru hastane arasında istatistiki yönden anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). İletişim engelleri ile eğitim düzeyi, sağlık durumu ve hastaneye başvuru sebepleri arasında istatistiki yönden anlamlılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre eğitim seviyesi ilk öğretim olanların ortalamasının eğitim düzeyi lise olanlardan daha yüksek olduğu, sağlık durumu orta ve düşük olanların ortalamasının sağlık durumu çok iyi olanlardan daha yüksek olduğu, hastaneye başvuru sebeplerinde eve yakın olması durumunun ortalamasının hastane kalitesinin iyi olması, eş-dost tavsiyesi ve hastaneye duyulan güven nedenlerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği Arasında Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız değişken	B	sh	t	F	p	R2
Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği	Sabit	2,37	0,19	12,22	4,73	0,030	0,008
	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0,11	0,05	2,17			
	Sabit	2,22	0,07	30,39	66,56	0,000	,102
	FSOY	0,21	0,02	8,15			
	Sabit	3,31	0,16	20,70	10,89	0,001	0,018
	ESoy	-0,12	0,03	-3,30			
Sabit	3,48	0,17	20,35	16,59	0,000	0,028	
İSOY	-0,17	0,04	-4,07				

Tablo 7’ de sağlık okuryazarlığı ölçeği ile sağlık iletişimi sorunları ölçeği arasında yapılan basit doğrusal regresyon analizi bulguları yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ile sağlık iletişimi sorunları ölçeği arasında yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucu istatistiki açıdan anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan analize göre sağlık iletişimi sorunlarında meydana gelen değişimin %0,8’i sağlık okuryazarlığı ölçeği tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,008$). Sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarına etkisi pozitif yönde olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinde meydana gelen artış sağlık iletişimi sorunlarına yansımaktadır ($b=0,11$). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, eleştirel sağlık okuryazarlığı ve İnteraktif sağlık okuryazarlığı ile sağlık iletişimi sorunları arasında istatistiki açıdan anlamlılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan analize göre Sağlık İletişimi Sorunlarında meydana gelen değişimin %10,2’si fonksiyonel sağlık okuryazarlığı tarafından ($R^2=0,102$), %1,8’i eleştirel sağlık okuryazarlığı tarafından ($R^2=0,018$) ve %2,8’i interaktif sağlık okuryazarlığı tarafından ($R^2=0,028$) açıklanmaktadır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Gelişen teknoloji ve tıp sonucunda insanların sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı artış göstermiştir. Bu durumun sonucunda sağlık iletişimi faktörü önem kazanmıştır. Başarılı, etkin kurulan sağlık iletişimi ile hem hasta ve hasta yakınları hem de sağlık profesyonelleri memnun olmaktadır. Bununla birlikte sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması sağlık iletişiminin başarısına katkıda bulunmaktadır. Artan sağlık okuryazarlık düzeyi ile hasta ve hasta yakınları, sağlık profesyonellerinin geri bildirimlerini anlamakta, akıllarındaki soruları sormaktan çekinmemekte, teşhis ve tedavi süreci aktif olarak katılmaktadır. Bunun sonucunda da sorunlu bir sağlık iletişimi ortaya çıkmamaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri sağlık iletişimi sorunları açısından önem arz etmektedir. Bu araştırma da sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmanın özgünlüğü ve sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin literatüre yeni eklenmiş olması sebebiyle tartışmaya konu olabilecek çalışmalar sınırlıdır. Bu sebeple tartışma kısmında araştırma konularına yakın bulunan çalışmaların sonuçlarına ilişkin tartışmaya yer verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların cinsiyetleri ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir. Bu durumda kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri erkekler göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Literatüre göre erkeklerin eğitim seviyesinin kadınlara göre daha yüksek olması ve eğitim seviyesinin sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkilemesi erkeklerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek bulunmasının sebebi olabilmektedir. Ayrıca kadınların yazılı materyalleri daha az okuma, kullanma ve anlama, sağlık bilgisine daha az erişebilme nedenleri de kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerini düşürmektedir. Yapılan araştırmalara göre kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyleri erkeklerden daha düşük çıkmıştır (Yakar vd. 2019; Ilgaz 2021). Malatyalı ve Biçer (2018) tarafından yapılan araştırmaya göre ve Akyol Güner, Kuzu ve Bayraktaroğlu (2020) tarafından yapılan bir araştırmaya göre ise kadınların genel sağlık okuryazarlık düzeyleri erkekler göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların medeni halleri ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre evli olanların sağlık okuryazarlık düzeyleri bekar olan katılımcılara göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Kaya (2018) tarafından yapılan bir araştırmaya göre de sağlık okuryazarlığı ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiş olup, evlilerin sağlık okuryazarlık düzeyi bekarlara göre daha düşük bulunmuştur.

Katılımcıların son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Yine Kaya (2018) tarafından gerçekleştirilen bir araştırma sonucuna göre de sağlık okuryazarlığı ile son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Yaşın ilerlemesi ile sağlık okuryazarlık düzeyinde artış tespit edilmiştir. Yeşildal ve Kaya (2021) tarafından yapılan bir araştırmaya göre de yaş ilerledikçe sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseldiği tespit edilmiştir.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile gelir durumu arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Yapılan araştırmalara göre de sağlık okuryazarlığı ile gelir durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Bakan ve Yıldız 2019; Ilgaz 2021).

Araştırmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinde düşüş görülmüştür. Literatür incelendiğinde tam tersi bir durum olduğu tespit edilmiş, buna göre eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinde de artış meydana gelmiştir. Ancak Sezgin (2013) tarafından yapılan bir araştırmaya göre eğitim düzeyinin yükselmesi ile sağlık okuryazarlık düzeyinin de yükseldiğini düşünmenin doğru olmadığını belirtmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlık düzeyinin eğitim düzeyi ile doğrudan bir ilgisinin olmadığını üzerinde durmuştur (Akbolat vd. 2016).

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile meslek arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Buna göre özel sektör çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyleri, kamu çalışanı, öğrenci, ev hanımı ve işsiz olanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Çimen ve Bayık Temel (2017) tarafından yürütülen bir çalışmada meslek ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ve bu farkında çiftçilerden ve diğer (bakkal, emlakçı, taksici vb.) mesleklerde çalışanlardan kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile en son başvurdukları hastaneler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Güven (2016) tarafından gerçekleştirilen tez çalışmasına göre de sağlık okuryazarlığı düzeyi ile en son başvurdukları hastaneler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Araştırmada sağlık iletişimi sorunları ölçeğine ilişkin ortalama puan $\bar{x}=2,79$ olarak tespit edilmiştir. Sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin alt boyutlarından etkili iletişim alt boyutunun ortalama puanı $\bar{x}=3,14$, Sosyal İletişim alt boyutu ortalama puanı $\bar{x}=3,09$ ve iletişim engelleri alt boyutunun ortalama puanı $\bar{x}=3,14$ olarak tespit edilmiş olup genel ortalamadan daha yüksek puan alınmıştır. Araştırmada katılımcılar etkili iletişim alt boyutunda bulunan ‘Sağlık profesyonelleri (diş hekimi, hemşire, doktor ve diğerleri) hastalığım hakkında konuşurken sert üslup kullanır’ ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}=2,71$, sosyal iletişim alt boyutunda bulunan ‘Muayene olmam gerektiğinde genellikle gergin olurum’ ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}=3,02$ ve ‘Muayene esnasında kendimi ifade etmekten çekinirim’ ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}=2,56$, iletişim engelleri alt boyutunda bulunan ‘Doktorlar muayene sırasında aceleci davranır’ ifadesinden alınan ortalama puan $\bar{x}=3,33$ olarak tespit edilmiştir. Işık (2021) tarafından yapılan bir araştırmaya göre hekimin hastayı dikkatle dinlemesi, yüzeysel tavırlar sergilememesi, samimi ve güler yüzlü davranması önem arz etmektedir. Ayrıca hekimin soğuk ve mesafeli davranması hastalarda gerginliğe ve çekimsizliğe neden olmaktadır (Işık, 2021).

Araştırmada sağlık iletişimi sorunları ölçeği ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinin toplam puanı ve alt boyutları arasında gerçekleştirilen basit doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre sağlık iletişimi sorunları ile sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık elde edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan analiz sonucunda etkinin pozitif yönde ve yalnızca %0,8 olduğu tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık iletişimi sorunlarını azda olsa etkilediği görülmüştür. Akbolat ve diğerleri (2016) tarafından yapılan bir araştırmaya göre fonksiyonel okuryazarlık ve eleştirel okuryazarlık ile hasta-hekim ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir. Ancak interaktif okuryazarlık ile hasta-hekim ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir.

Yapılan araştırma yalnızca Manisa ilini kapsadığından ülkemizin genel sağlık okuryazarlığını belirlemeye ve sağlık iletişimi sorunlarına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Düşük sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olan bölgelerde sağlık hizmetlerinin maliyetlerini ortaya koyan çalışmaların yapılması önerilmektedir. Bireylerde sağlık okuryazarlığı farkındalığı oluşması yönünde faaliyetlerin yapılması önerilmektedir. Etkili sağlık iletişimi kurmaya yönelik derslerin müfredatta yer alması önerilmektedir. Ayrıca sağlık iletişimi sorunları konusuna yönelik hem kamu hem de özel sağlık kuruluşunun karşılaştırılması önerilmektedir. Sağlık profesyonellerinin hasta ve hasta yakınları ile olan iletişimlerini denetlenmelidir.

Yazında yapılan araştırmalar sonucunda sağlık okuryazarlığı ve sağlık iletişimi sorunları ile ilgili birçok çalışmanın yapıldığı görülmektedir. Ancak hem sağlık okuryazarlığının hem de sağlık iletişimi sorunlarının bir arada kullanıldığı az çalışmaya rastlanmaktadır. Bu çerçevede sağlık okuryazarlığı ile sağlık iletişimi sorunlarının bir arada kullanıldığı bu araştırmanın katkısı önem arz etmektedir. Yerli literatüre ve benzer araştırmalara öncülük etmesi bu araştırmanın katkılarındandır.

Araştırmanın yalnızca Manisa ilini kapsamı kısıtlı oluşturmaktadır. Bu araştırma sonucunda sağlık okuryazarlığının sağlık iletişimi sorunlarını az oranda etkilediği tespit edilmiştir. Ancak farklı illerde yapılacak olan çalışmalarda farklı sonuçlar görülebilir. Bu nedenle araştırma sonuçları yetişkinler ile ilgili genelleme yapılabilmesini sağlar nitelikte değildir. Bu genellenmenin yapılabilmesi adına Türkiye’de yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve sağlık iletişimi sorunlarına yönelik benzer araştırmaların yaygınlaşması gerekmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G. ve Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 354-362.
- Akyol Güner, T., Kuzu, A. ve Bayraktaroğlu, T. (2020). Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım arasındaki ilişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4, 214-223.
- Altun, R. (2021). Aile sağlığı merkezlerinde sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi: Amasya örneği [Doktora Tezi]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Bakan, A. B. ve Yıldız, M. (2019). 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 29(3), 33-40.
- Başol, E. (2018). Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal*, 4(1), 76-93.
- Bayık Temel, A. ve Çimen, Z. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.
- Bıçer, E. B. ve Malatyalı, İ. (2018). Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas cumhuriyet üniversitesi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 17(2), 1-15.
- Çatı, K., Karagöz, Y., Yalman, F. ve Öcel, Y. (2018). Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14, 67-88.
- Çopurlar, C. K. ve Kartal, M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 42-47.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2018). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri (5. Baskı). Seçkin Yayıncılık.
- Güven, A. (2016). *Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- 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.
- Işık, T. (2021). Sağlık iletişimi bağlamında hekim-hasta, hasta-hekim iletişimi inceleme çalışması: Özel bir hastane analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26, 720-753.
- Karasar, N. (2016). *Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar ilkeler teknikler* (30. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kaya, M. (2018). *Kişilerin sağlık okuryazarlıkları ve sağlık hizmeti kullanımlarının değerlendirilmesi; Kırıkkale örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Selçuk Üniversitesi.
- Kripalani, S. ve Weiss, B. D. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 888-890.
- Moorhead, S., Hazlett, D., Harrison, L., Carroll, J., Irwin, A. ve Hoving, C. (2013). A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *Journal of Medical Internet Research*, 15(4), 85.
- Neuman, L. W. (2010). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Alpha Books.

- 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.
- Ölmez, E. H. ve Barkan, O. B. (2015). Sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi ve hasta hekim ilişkisinin değerlendirilmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 121-127.
- Parlayan, M. A. ve Dökme, S. (2016). Özel hastanelerdeki hemşire ve hastaların iletişim seviyelerinin değerlendirilmesi: Bir hastane örneği. *KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 265-284.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, (Sağlık İletişimi Özel Sayısı), 53-72.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*. 2(1), 1-25.
- Türkoğlu, N. ve Kılıç, D. (2021). Sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 25-33.
- Wynia, M. K. ve Osborn, C. Y. (2010). Health literacy and communication quality in health care organizations. *Journal of Health Communication*, 15(2), 102–115.
- Yakar, B., Gömleksiz, M. ve Pirinççi, E. (2019). Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Eurasian Journal Family Medicine*, 8(1), 27-35.
- Yeşildal, M. ve Kaya, Ş. D. (2021). Yetişkin bireylerde dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki: Konya örneği. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(2), 174-181.
- Yeşildal, M., Akman Dömbekci, H. ve Öztürk, Y. E. (2021). Sağlık iletişimi sorunları: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 108-119.
- Yılmazel, G. ve Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74.
- Zhao, X. (2021). Challenges and barriers in intercultural communication between patients with immigration backgrounds and health professionals: A systematic literature review. *Health communication*, 37(13), 1–10.